

Research Paper

Comparison of the efficacy of compassion-focused therapy and interpersonal psychotherapy on subjective well-being in women with coronary artery disease

Hashemiyeh Ahmadi¹, Sheida Jabalameli², Maryam Moghimian³, Seyed Mostafa SeyedHossieni Tezerjani⁴

1. Ph.D Student in Health Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran.

2. Assistant Professor, Department of Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran.

3. Assistant Professor, Department of Nursing, Nursing and Midwifery Sciences Development Research Center, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran.

4. Assistant Professor of Clinical Cardiac Electrophysiology, Department of Cardiology, School of Medicine Cardiovascular Research Center Afshar Heart Center, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran.

Citation: Ahmadi H, Jabalameli Sh, Moghimian M, SeyedHossieni Tezerjani S.M. Comparison of the efficacy of compassion-focused therapy and interpersonal psychotherapy on subjective well-being in women with coronary artery disease. J of Psychological Science. 2022; 21(114): 1265-1283.

URL: <https://psychologicalscience.ir/article-1-1588-fa.html>



ORCID



doi [10.52547/JPS.21.114.1265](https://doi.org/10.52547/JPS.21.114.1265)

ARTICLE INFO

ABSTRACT

Keywords:

Compassion - focused therapy,
Interpersonal psychotherapy,
Subjective well-being,
Women,
coronary artery disease

Background: A large number of studies point to the widespread low level of subjective well-being in patients with coronary artery disease, especially in women. Although the Compassion-Focused Therapy has been an effective treatment in enhancing the ability to become sensitive to suffering along with trying to heal, the Interpersonal Psycho-Therapy also focuses on changing and modifying interpersonal relationships through positive therapeutic alliance; so, can the short-term IPT improve these patients' subjective well-being as well?

Aims: The present study tries to compare the effectiveness of compassion-focused therapy and interpersonal psychotherapy on Women's Subjective well-being suffering from coronary artery disease.

Methods: This study was a quasi-experimental study with a pre-test-post-test-follow-up design and a control group. The statistical population of the study consisted of all female patients referring to the Cardiac Rehabilitation Clinic of Afshar Hospital in Yazd. A total of 41 patients were purposefully selected and randomly assigned to two experimental groups and a control group. The instrument of this study was Keys and Magyarmo's (2003) Subjective Well-Being Scale For the first experiment group, the compassion-focused therapy (Gilbert, 2014, 2010), and for the second experiment group, the and interpersonal psychotherapy (Weissman, 2007) were delivered in groups and in eight 90-minute sessions, but the control group received no intervention. The data were analyzed using the mixed variance analysis.

Results: The results showed that the CFT and IPT increased the subjective well-being and its components at the end of the intervention and the follow-up period ($P < 0/05$). There was no difference between these two treatments in terms of increasing the subjective well-being in the women with coronary artery disease ($p < 0/05$).

Conclusion: Considering its effects on subjective well-being, the IPT, alone or with a complementary treatment, can be effective in improving the subjective well-being in women with coronary artery disease.

Received: 11 Nov 2021

Accepted: 06 Mar 2022

Available: 23 Aug 2022

* **Corresponding Author:** Sheida Jabalameli, Assistant Professor, Department of Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran.

E-mail: jabalameli.sh@gmail.com

Tel: (+98) 9134139464

2476-5740/ © 2021 The Authors. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>.



Extended Abstract

Introduction

Coronary artery disease is a type of cardiovascular disease that is spreading increasingly in developing countries, like Iran, so that in Iran 43/7% of all deaths are associated with cardiovascular diseases (Safari, Ghasempour, Khosravani, and Mehraein, 2019). A large number of researches confirm the effects of psycho-behavioral factors on cardiovascular diseases (Copper and Denault, 2018; Giedren, 2019). Due to the negative psychological effects of the coronary artery disease, a decrease in these patients' level of subjective well-being is not unexpected. Research results has shown that the Compassion-Focused Therapy (CFT) as a guide to self-help promises mental health strategies for increasing well-being and reducing mental distress (Summers-Speekerman, Nrumpitter, Schorse, and Beumer, 2018). Another psychological treatment of this study is the Interpersonal Psycho-Therapy (IPT). According to the study, the IPT has much more beneficial and surprising results than the CBT does for the patient population (cardiovascular patients) with depression and HIV (Mavridis and Nemeroff, 2013). Considering the increasing prevalence of cardiovascular diseases and their mortality rate, providing effective strategies to promote subjective well-being is a necessity. For this end, this study tries to investigate the effectiveness of each of the therapeutic approaches focused on the CFT and IPT on the subjective well-being in women with coronary artery disease by comparing the effectiveness of these two therapies in order to help therapists choose the suitable treatment for improving these patients' subjective well-being, and if any of these treatment approaches is effective, the results and training methods will be provided to health centers. Given the research gap in the field of psychological interventions to compare these two approaches to the subjective well-being in women with coronary artery disease, the researcher seeks to answer the question of whether the effectiveness and sustainability of the Compassion-Focused Therapy (CFT) and the Interpersonal Psychotherapy (IPT) on the subjective

well-being in women with coronary artery disease are different?

Method

This study was conducted using a quasi-experimental method with a 45-day pretest-posttest follow-up design on a control group. The statistical population of study consisted of all female patients with coronary artery disease who were referring to the Cardiac Rehabilitation Clinic of Afshar Hospital in Yazd. After a preliminary interview, 41 people were purposefully selected based on the research inclusion and exclusion criteria and randomly assigned to the experimental and control groups: the experimental group for the CFT included 13 people after the loss of two people; the experimental group for the IPT included 14 people after the loss of one person; and control group included 14 people after the loss of one person. The inclusion criteria included the participants' informed consent, female gender, coronary artery disease based on the a cardiologist' diagnosis, non-simultaneous participation in other psychotherapy courses, no use of psychiatric drugs, literacy, aged between 30 and 64 years old (according to Ahmadi, Sajjadi, Etemad, Khaledifar, and Mobasheri, 2015), and physical and mental readiness to answer questions, while the exclusion criteria included the absence in more than 2 sessions. The CFT and IPT were hold by the researcher for the first and second experimental groups, respectively, in eight 90-minute group sessions with one session per week. The subjects in the control group did not receive any intervention. Before the intervention as well as in the post-test and follow-up periods, the subjects answered the research questionnaire, the Subjective Well-Being Scale (SWS) developed by Keys and Magyarmo (2003) to measure the emotional, psychological and social well-beings. The data were analyzed using mixed variance in the SPSS24 software.

Results

After the statistical assumptions of the research were satisfied, the mixed variance test was performed on the experimental and control groups in three stages: pre-test, post-test and control. The results are presented in Table 1.

Table 1. Results repeated measures ANOVA

Variable	Group(I)	Group(J)	Mean of Square	Standard Error Measurement	Level of Significance
Emotional well-being	interpersonal psychotherapy	compassion-focused therapy	-3/3	2/024	0/33
		Control	9/17	1/98	0/001
	compassion-focused therapy	Control	12/47	2/02	0/001
Psychological well-being	interpersonal psychotherapy	compassion-focused therapy	-7/71	3/35	0/081
		Control	2/45	3/29	1
	compassion-focused therapy	Control	10/16	3/35	0/013
Social well-being	interpersonal psychotherapy	compassion-focused therapy	-1/79	2/11	1
		Control	0/167	2/07	1
	compassion-focused therapy	Control	1/96	2/11	1
Subjective well-being	interpersonal psychotherapy	compassion-focused therapy	-12/81	5/64	0/087
		Control	11/78	5/54	0/12
	compassion-focused therapy	Control	24/6	5/64	0/001

As Table 1 shows, the effect of time is significant in the emotional well-being variable ($p < 0/05$). Therefore, there is a significant difference between the three stages of pre-test, post-test and follow-up in this variable. Also, according to the results of the table, there is a significant difference between the group and time in the variables of emotional well-being, psychological well-being, and subjective well-being. Also, it is clear that there is a difference between the pre-test and post-test and follow-up stages between the two treatment groups and the control group in the dependent variable. Also, there is a significant difference between the two CFT and IPT groups and the control group in terms of the F values

and the significance level in the variables of emotional well-being, psychological well-being, and subjective well-being. The pairwise comparison of these groups by each step has been done using the Bonferroni test, the results of which are presented in Table 2. According to Table 2, there is a significant difference between the IPT and control groups in the variable of emotional well-being ($P < 0/05$) and between the CFT and control groups in the variables of emotional well-being, psychological well-being, and subjective well-being ($P < 0/05$), while there is no significant difference between the two CFT and IPT groups in the studied variables.

Table 2. Results of the Bonferroni post-test for pairwise comparison of means of the well-being components

Variable	Factors	Sources of Change	Sum of Squares	df	Mean of Squares	F	Significance	Effect Size
Emotional well-being	Intra-group	Time	1991/76	2	995/88	27/61	0/001	0/42
		Time×Group	810/98	4	202/75	5/62	0/001	0/23
		Error	241/18	76	3607	-	-	-
	Inter-group	Group	3422/28	2	1711/14	2065	0/001	0/52
		Error	3148/68	38	82/86	-	-	-
Psychological well-being	Intra-group	Time	82/93	1/45	5206	0/25	0/78	0/01
		Time×Group	1619/63	2/91	557/24	2/45	0/05	0/11
		Error	12544/89	55/22	227/17	-	-	-
	Inter-group	Group	2255/22	2	1127/61	4/95	0/01	0/21
		Error	8656/41	38	227/8	-	-	-
Social well-being	Intra-group	Time	416/41	1/73	240/08	2/54	0/09	0/06
		Time×Group	151/33	3/47	43/63	0/46	0/74	0/02
		Error	6218/93	65/91	94/36	-	-	-
	Inter-group	Group	94/72	2	47/	0/52	0/6	0/03

Variable	Factors	Sources of Change	Sum of Squares	df	Mean of Squares	F	Significance	Effect Size
Subjective well-being	Intra-group	Error	3446/53	38	90/7	-	-	-
		Time	292/98	1/33	220/53	0/46	0/56	0/01
		Time×Group	5812/2	2/66	2187/5	4/55	0/01	0/19
	Inter-group	Error	24283/19	50/48	48/02	-	-	-
		Group	12240/33	2	6120/17	9/49	0/001	0/33
		Error	24498	38	644/68	-	-	-

Conclusion

This study sought to answer the question of whether there is a difference between the effectiveness and sustainability of the effectiveness of the CFT and IPT on the subjective well-being in women with coronary artery disease? The results of the mixed variance analysis showed that the both treatment groups were effective on subjective well-being compared to the control group, and also there was no significant difference between the two CFT and IPT groups in terms of increasing the subjective well-being. There was no study that its findings were directly consistent with the results of this study, but the results obtained were consistent with the findings obtained by Billy et al. (2022), Sarinen et al. (2020), Gordin et al. (2019), Speckerman et al. (2018), Phillips, Hein, and Marx (2017), Kuipz et al. (2016), Mavridin and Nemeroff (2013), Kviziki et al. (2004), Hadian and Jebel Ameli (2019), Adibizadeh and Sajjadian (1397), Ahmadi Sabzevari and Jalali (2017) who have confirmed the effectiveness of the CFT and IPT. In explaining the effectiveness of the CFT on the subjective well-being and its components in the patients, it can be said that when the relief system in the CFT is activated in the patients, it improves the function of the autonomic nervous system, especially the sympathetic system, eventually resulting in a decrease in the patients' physical damages. On the other hand, many mental health problems in these patients, including aggression, avoidance, and hostile behavior occur in the interpersonal tissue, which leads to a decrease in the patients' subjective well-being. Identifying interpersonal tissue problems, the IPT treats problems of transmission of the role of disease, communication deficits, and unresolved disputes, and gains social support that the patient has lost due to the suppression of emotions. Another finding of the present study showed that there is no significant difference between the two treatments in terms of increasing the patients'

subjective well-being. The CFT, by strengthening self-compassion, regulating emotions and reducing self-criticism via forgiving himself/herself and others in difficult situations, and the IPT by teaching skills, recounting expectations, identifying conflicts, and helping to resolve adjustment problems in these patients, have been able to improve the patients' subjective well-being. Among the limitations of the present study are the female gender of the research samples, purposive sampling, self-assessment tools, small sample size and virtual implementation of therapeutic interventions (because the research was performed during the corona pandemic), so generalization and inferencing from the results of this research should be done with caution. Accordingly, it is suggested to conduct longitudinal research with an appropriate sample size to investigate the long-term effects of the results obtained in this study. Cardiovascular Patients Support Association and Cardiac Rehabilitation Clinics in different hospitals of the country should pay special attention to psychological interventions, especially these two treatments. Based on the research findings, it is suggested that psychologists and counselors use therapeutic components of the both treatments in order to promote chronic patients' mental and physical health.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines: This study is part of the doctoral dissertation in the field of health psychology, which has been approved in terms of ethical principles before conducting research with the code IR.IAU.NAJAFABAD.REC/1400/040 in the Medical School of the Islamic Azad University, Najafabad Branch. In this research, ethical considerations such as the subjects' complete satisfaction and observance of the principle of information confidentiality have been satisfied

Funding: This research was conducted in the framework of a PhD. Dissertation without any sponsors.

Authors' contribution: The first author of this paper was the main researcher, the second author was the supervisor, the third author was the second supervisor, and the fourth author was the advisor.

Conflict of interest: The authors express no conflict of interest regarding this study.

Acknowledgments: We thank and appreciate all the patients participating in the study, professors, respected officials of the Islamic Azad University, Najafabad Branch and Shahid Sadoughi University of Medical Sciences in Yazd, who helped the authors in conducting this research.

مقاله پژوهشی

مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت (CFT) و روان‌درمانی بین فردی (IPT) بر بهزیستی ذهنی زنان مبتلا به بیماری عروق کرونر

هاشمیه احمدی^۱، شیدا جبل‌عاملی^{۲*}، مریم مقیمیان^۳، سید مصطفی سیدحسینی طرزجانی^۴

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران.

۲. استادیار، گروه روانشناسی، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران.

۳. استادیار، گروه پرستاری، مرکز تحقیقات توسعه علوم پرستاری و مامایی، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران.

۴. استادیار الکتروفیزیولوژی بالینی قلب، گروه قلب، دانشکده پزشکی مرکز تحقیقات قلب و عروق بیمارستان افشار، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی، یزد، ایران.

چکیده

مشخصات مقاله

زمینه: تحقیقات زیادی به پایین بودن گسترده سطح روان‌درستی بیماران مبتلا به عروق کرونر بخصوص زنان اشاره دارد. اگرچه درمان متمرکز بر شفقت بر توانایی حساسیت به رنج همراه با تلاش برای التیام یک درمان مؤثر بوده است اما روان‌درمانگری بین فردی نیز از طریق اتحاد درمانی مثبت بر تغییر و اصلاح در روابط بین فردی متمرکز است؛ بنابراین آیا درمان کوتاه‌مدت بین فردی نیز می‌تواند به بهبود روان‌درستی این بیماران منجر شود؟

هدف: هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و روان‌درمانی بین فردی بر بهزیستی ذهنی زنان مبتلا به بیماری عروق کرونر بود.

روش: پژوهش حاضر مطالعه شبه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون - پیگیری با گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه بیماران زن مراجعه‌کننده به کلینیک باز توانی قلب بیمارستان افشار یزد بود که تعداد ۴۱ نفر به شیوه هدفمند انتخاب و با گمارش تصادفی در دو گروه آزمایشی و یک گروه گواه قرار گرفتند. ابزار این پژوهش مقیاس بهزیستی ذهنی کینز و ماگیارمو (۲۰۰۳) بود. برای گروه آزمایش اول درمان متمرکز بر شفقت (گیلبرت، ۲۰۱۰، ۲۰۱۴) و برای گروه آزمایش دوم روان‌درمانی بین فردی (وایس من و همکاران ۲۰۰۷) در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برگزار شد، اما گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکرد. داده‌ها با بهره‌گیری از تحلیل واریانس آمیخته تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج حاکی از آن بود که درمان متمرکز بر شفقت و روان‌درمانی بین فردی باعث افزایش بهزیستی ذهنی و مؤلفه‌های آن در پایان مداخلات و دوره پیگیری شده بودند. ($P > ۰/۰۵$). بین این دو روش درمانی در افزایش بهزیستی ذهنی زنان مبتلا به بیماری عروق کرونر تفاوتی مشاهده نشد ($P > ۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: روان‌درمانی بین فردی به دلیل تأثیری که بر روان‌درستی دارد می‌تواند به‌تنهایی و یا با درمان مکمل در بهبود روان‌درستی زنان مبتلا به بیماری عروق کرونر مؤثر باشد.

کلیدواژه‌ها:

درمان متمرکز بر شفقت، روان‌درمانی بین فردی، بهزیستی ذهنی، زنان، بیماری عروق کرونر

دریافت شده: ۱۴۰۰/۰۸/۲۰

پذیرفته شده: ۱۴۰۰/۱۲/۱۵

منتشر شده: ۱۴۰۱/۰۶/۰۱

* نویسنده مسئول: شیدا جبل‌عاملی، استادیار، گروه روانشناسی، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران.

رایانامه: jabalameli.sh@gmail.com

تلفن: ۰۹۱۳۴۱۳۹۴۶۴

مقدمه

بیماری‌های مزمن غیر واگیردار ۷۴ درصد از مرگ‌ومیر در سال ۲۰۱۹ را به خود اختصاص داده است (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۲۰). از جمله بیماری‌های مزمن غیر واگیردار بیماری‌های قلبی و عروقی است. در میان خطرات بیماری‌های مزمن، بیماری‌های عروق مغزی و قلب و عروق از نظر میزان مرگ‌ومیر مقام اول را در طیف بیماری‌ها به خود اختصاص داده‌اند و میزان شیوع آن‌ها رو به افزایش است (بچار و مانا، ۲۰۱۸). بیماری عروق کرونر^۱ نوعی بیماری قلبی - عروقی است که شیوع آن در کشورهای در حال توسعه از جمله کشور ایران در حال افزایش است به طوری که در ایران ۴۳/۷ درصد از کل مرگ‌ومیر مرتبط با بیماری‌های قلبی و عروقی است (صفری، قاسم‌پور، خسروانی و مهرآئین، ۲۰۱۹). خطر مرگ در زنان مبتلا به بیماری عروق کرونر بالاتر از مردان است اگرچه در سال‌های اول بین هر دو جنس برابر است اما زنان جوان مبتلا به سندرم حاد کرونری به طور مکرر دچار افسردگی می‌شوند و در مقایسه با مردان، زنان ریسک مرگ‌ومیر بالاتری دارند (جولیندا و پاتریزیا، ۲۰۱۹). مطالعات بسیاری نقش عوامل روانی - رفتاری بر روی بیماری قلبی - عروقی را تأیید می‌کند (اودل، مسترز، اسپیلمنز و مایستو، ۲۰۱۱؛ ریچاردسون، شفر، فالزن، کروپکا، دیویدسون و ادموندسون، ۲۰۱۲؛ کارنی و همکاران، ۲۰۱۷؛ کاپر و دنالت، ۲۰۱۸؛ گیدرن، ۲۰۱۹). همچنین شواهدی برای ارتباط افسردگی، عوامل اجتماعی و در نتیجه ابتلا به نارسایی مزمن قلب وجود دارد (سامرژ و بیروبون، ۲۰۲۰). در کل عوامل خطر ساز بیماری عروق کرونر قلب را می‌توان در سه گروه زیستی - روانی - اجتماعی قرارداد. متخصصان قلب و عروق عوامل جسمانی شناخته شده‌ای را با بروز بیماری عروق کرونر مرتبط می‌دانند از جمله این عوامل می‌توان به فشارخون بالا، سطح بالای کلسترول مضر بیماری، بیماری دیابت، چاقی، وراثت و چربی خون و مصرف سیگار اشاره کرد که این عوامل خطر ساز قابل تعدیل و اصلاح هستند (خلیلی و همکاران، ۲۰۱۴؛ تابعی و همکاران، ۲۰۱۴). شواهد حاکی از آن است که این موارد حداکثر ۵۰ درصد از بروز این بیماری را پیش‌بینی می‌کند و همچنین به تنهایی قادر به تبیین بروز و تداوم بیماری کرونر قلب نیستند بنابراین امروزه پژوهش در مورد این بیماری متوجه عوامل روانشناختی شده است (بورنه، ۲۰۱۷).

با توجه به اثرات منفی روانشناختی بیماری عروق کرونر کاهش سطح بهزیستی ذهنی مبتلایان به این بیماری دور از انتظار نیست. بهزیستی ذهنی به معنای قابلیت یافتن تمام استعداد های فرد است و از تعادل بین عاطفه مثبت و منفی، رضایتمندی از زندگی و رضایتمندی شغلی و خانوادگی به وجود می‌آید (جاوانوویک، ۲۰۱۶). بهزیستی ذهنی شامل اصول مهمی است که از طریق تأثیر بر احساسات بر همه ابعاد رفتار انسان و پیشرفت او شامل سلامت فیزیکی و روانی، پیشرفت مهارتی و آموزشی، صلاحیت اجتماعی و ایجاد روابط مثبت اجتماعی قابل شناسایی است (گای کندال و تای، ۲۰۱۵). افراد با احساس بهزیستی بالا هیجان‌های مثبت بیشتری را تجربه می‌کنند، از گذشته، حال و آینده خودشان، دیگران، رویدادها و حوادث، ارزیابی مثبتی دارند و آن‌ها را خوشایند توصیف می‌کنند. در مقابل افراد با احساس بهزیستی پایین موارد مذکور را نامطلوب ارزیابی کرده و هیجان‌های منفی بیشتری را تجربه می‌کنند (جین، ۲۰۱۴).

با توجه به مشکلات روانشناختی عیدیده‌ای که بیماران مبتلا به عروق کرونر با آن مواجه هستند، ارائه درمان‌های روانشناختی می‌تواند گام مهمی در جهت ارتقای سلامت روان این بیماران باشد این بیماری به میزان قابل توجهی قابل پیشگیری است و با اجرای مداخلات مؤثر برای کاهش عوامل خطر آن می‌توان مرگ زودرس ناشی از بیماری قلبی - عروقی را کاهش داد (خیام نکویی، یوسفی و منشی، ۱۳۸۹؛ ریچاردسون و همکاران، ۲۰۱۲). از جمله مداخلاتی که توانسته است برای پیشگیری و درمان این بیماران مفید واقع شود درمان متمرکز بر شفقت است (ادیبی‌زاده و سجادیان، ۱۳۹۷؛ فیلیس و هاین، ۲۰۱۸؛ دی بلو و همکاران، ۲۰۲۰). طی سال‌های اخیر با پیشرفت در زمینه روانشناسی مثبت‌گرا توجه بسیاری به مقوله شفقت در سلامت روان افراد جلب شده است همچنین این درمان توجه درمانگران نوین را حتی برای بیماری‌های خاص جلب کرده است (روزمونه و همکاران، ۲۰۱۷). شفقت را می‌توان به عنوان توانایی حساسیت نسبت به رنج خود و دیگران همراه با تعهد به تلاش برای التیام یا پیشگیری از آن تعریف نمود (گیلبرت، ۲۰۱۴). این درمان یکپارچه‌نگر برگرفته از علم عصب‌شناسی، روانشناسی اجتماعی، روانشناسی رشد، روانشناسی تحولی و همچنین بسیاری از سایر مدل‌های درمانی در مشکلات ذهنی است (گیلبرت، ۲۰۰۹). همچنین درمان متمرکز بر شفقت به عنوان یک مدل

¹. Coronary Artery Disease

چندبعدی، از انواع مهارت‌های آموزشی مرتبط با توجه، استدلال، تمرین، تصویرسازی و مداخلات رفتاری تشکیل شده است (ایرون و لد، ۲۰۱۷).

درمان متمرکز بر شفقت سه سیستم تنظیم هیجانی را در افراد متصور است: سیستم تهدید، سیستم لذت و سیستم تسکین. سیستم تهدید وظیفه‌اش پایش خطرات و مقابله با آن‌هاست و هیجان‌ات خشم، ترس، اضطراب و تنفر متعلق به آن است. سیستم لذت، سیستم انگیزشی برای برانگیختن تلاش برای کسب پاداش و تأمین نیازهاست و احساس هیجان، لذت، انرژی و برانگیختگی مربوط به این سیستم است. سیستم تسکین، تنظیم‌کننده دو سیستم دیگر یعنی تهدید و لذت‌طلبی است. احساس رضایت، قناعت، آرامش، امنیت و بهزیستی از هیجان‌ات مربوط به این سیستم است. درمان متمرکز بر شفقت بیماری را ناشی از مشکل در دسترسی شخص به سیستم تسکین خود و در نتیجه بیش‌فعالی سیستم‌های دیگر می‌داند (گیلبرت، ۲۰۱۷؛ به نقل از شاهد پور، حاتمی، نوری و برجلی، ۱۳۹۸). شفقت به‌عنوان یک سازه ابعادی در نظر گرفته می‌شود که دو ذهنیت به هم مرتبط را دربر می‌گیرد (گیلبرت، ۲۰۱۴). اولین ذهنیت، توانایی حساس بودن نسبت به رنج خود و دیگران است که به تعدادی ویژگی مرتبط می‌شود، مثال انگیزش برای مراقبت و توانایی احساس همدلی و همدردی. دومین ذهنیت، یعنی تعهد به تسکین رنج، مستلزم مجموعه خاصی از مهارت‌های وابستگی در فضای توجه، شناخت، رفتار و هیجان است که به شکل‌گیری یک ذهن شفقت‌ورز کمک می‌کند. نمونه‌های آن شامل توانایی جایگزین کردن تفکرات خود انتقادی با خودتصحیحی دلسوزانه و ایجاد احساسات شفقت نسبت به خود و دیگران می‌شود (گیلبرت، ۲۰۱۴). نتایج پژوهشی نشان داد که درمان متمرکز بر شفقت به‌عنوان راهنمای خودیاری نویددهنده‌ی استراتژی‌های سلامت‌روانی برای افزایش بهزیستی و کاهش پریشانی روانی است (سامرز-اسپیکرمن، نرامپتر، شورز و بومایر، ۲۰۱۸).

همچنین یافته‌های پژوهش فیلیس، هین و مارکس (۲۰۱۷) نشان داد که شفقت به خود تأثیرات پیش‌بینی‌کننده دو شناخت‌ضمنی (سوگیری توجه مثبت و عزت‌نفس ضمنی) را بر روی دو شاخص بهزیستی ذهنی (رضایت از زندگی و علائم افسردگی) تعدیل می‌کند. عزت‌نفس ضمنی پایین و سوگیری توجه مثبت ضعیف، علائم افسردگی بیشتر و رضایت از زندگی کمتر را تنها در افرادی که شفقت به خود کمتری داشتند پیش‌بینی می‌کرد. پژوهش هادی فنوات (۱۳۹۸) باهدف بررسی اثر شفقت درمانی بر میزان

اضطراب در بیماران قلبی و عروقی نشان داد که با فراهم نمودن محیط شاد و مناسب برای بیماران قلبی می‌توان میزان اضطراب آن‌ها را کاهش داد. صادقی، سودانی و غلامزاده جفره (۱۳۹۹) در پژوهشی نشان دادند که می‌توان از آموزش متمرکز بر شفقت خود در کاهش عواطف منفی و بهبود کیفیت زندگی در افراد وابسته به مواد استفاده کرد. شفقت می‌تواند از طریق افزایش احساس مراقبت و آرامش باعث بهبود سلامت و کیفیت زندگی شود (گوردین، کلارک، کولتس و لاجوی، ۲۰۱۹). در این راستا مطالعات دیگری نیز تأیید کرده‌اند که درمان متمرکز بر شفقت درمان بسیار مؤثری بر بهزیستی ذهنی است (هادیان و جبل عاملی، ۱۳۹۸؛ سارینز و همکاران، ۲۰۱۹).

درمان روانشناختی دیگری که در مطالعه حاضر مورد بررسی قرار گرفت، روان‌درمانی بین فردی است. روان‌درمانی بین فردی یک درمان کوتاه‌مدت است که در آغاز برای بیماران مبتلا به افسردگی اساسی، اما در نهایت برای سایر اختلالات نیز توسعه یافت و شامل سه مرحله آغازین، میانی، پایانی و در صورت لزوم نگاه‌دارنده است، مرحله آغازین بر اساس اتحاد درمانی مثبت پایه‌گذاری می‌شود و مرحله میانی بر ۴ حوزه مشکل یعنی سوگ، مشاجره نقش، انتقال‌ها و نارسایی‌ها بین فردی متمرکز است و در مرحله پایانی در مورد آنچه انجام شده و آنچه باقی‌مانده، صحبت می‌شود (وایس من، مارکویتز و کلرمن، ۲۰۰۷). از لحاظ تجربی این درمان حمایتی به‌طور خاص بر روی ارتباطات بین فردی متمرکز است و به‌عنوان ابزاری برای تغییرات روابط بین فردی روی درمان علائم بیماری تمرکز می‌کند تا به بیماران در بهبود روابط بین فردی کمک کند و به آن‌ها راه‌های مناسبی برای درخواست حمایت عاطفی و عملی یاد دهد همچنین روان‌درمانی بین فردی بر تعدادی از بیماران که فکر می‌کنند آن‌ها تنها کسانی هستند که دچار اختلال شده‌اند تأکید می‌کند و شناسایی مشکلات معمول بیماران را تسهیل می‌کند (اورال و تانکی، ۲۰۲۰). مفروضه زیر بنایی روان‌درمانی بین فردی این است که علائم اختلالات روانی در بافت بین فردی رخ می‌دهند و اگر بر این بافت متمرکز باشند، بهبودی اختلال را تسهیل می‌کند (لوینسون، باتلر، پاورز و بیت من، ۲۰۰۸).

در پژوهش کویزیک، لافونتاین، فراشور-اسمیت، سونسون و لسپرانس (۲۰۰۴) به این نتیجه رسیدند که روان‌درمانی بین فردی در بیماران افسرده مبتلا به بیماری عروق کرونر به‌خوبی تحمل و پذیرفته شده و نسبت بالایی به

درمانی متمرکز بر شفقت و روان‌درمانی بین فردی بر بهزیستی ذهنی زنان مبتلا به بیماری عروق کرونر با مقایسه اثربخشی این دو درمان گامی در جهت کمک به درمانگران در تصمیم‌گیری برای انتخاب درمان مناسب برای بهبود بهزیستی ذهنی این بیماران بردارد و در صورت کارآمدی هر یک از این رویکردهای درمانی، نتایج و روش آموزشی در اختیار مراکز بهداشتی - درمانی قرار می‌گیرد. با توجه به خلأ پژوهشی در زمینه مداخلات روانشناختی برای مقایسه این دو رویکرد بر بهزیستی ذهنی زنان مبتلا به بیماری عروق کرونر، پژوهشگر به دنبال پاسخ این سؤال است که آیا اثربخشی و پایداری اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت (CFT) و درمان بین فردی (IPT) بر بهزیستی ذهنی زنان مبتلا به بیماری عروق کرونر متفاوت است؟

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان: پژوهش حاضر به روش شبه آزمایشی بود و از طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون - پیگیری ۴۵ روزه با گروه گواه استفاده گردید. جامعه آماری پژوهش حاضر را تمامی بیماران زن مبتلا به بیماری عروق کرونر مراجعه‌کننده به کلینیک باز توانی قلب بیمارستان افشار یزد در سال ۱۴۰۰ تشکیل دادند. حجم نمونه در این پژوهش با توجه به تعداد گروه‌ها و تعداد متغیرهای مورد بررسی تعیین شد. گروه‌های منتخب برای اجرای مداخله آزمایشی و ایفای نقش گواه، از قبل سه گروه متفاوت بودند. بر این اساس، از جامعه مذکور تعداد ۴۱ نفر پس از مصاحبه مقدماتی و بر اساس ملاک‌های ورود و خروج از پژوهش به شیوه هدفمند انتخاب و با گمارش تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه (گروه آزمایش درمان متمرکز بر شفقت، ۱۳ نفر بعد از افت دو نفر)، (گروه آزمایش روان‌درمانی بین فردی، ۱۴ نفر بعد از افت یک نفر) و (گروه گواه، ۱۴ نفر بعد از افت یک نفر) قرار گرفتند. یکی از دلایل عمده ریزش آزمودنی‌ها از گروه‌ها ابتلای خود آزمودنی یا اعضای خانواده اشان به بیماری کرونا بود. ملاک‌های ورود افراد به پژوهش شامل رضایت آگاهانه، جنسیت زن، ابتلا به بیماری عروق کرونر بر اساس تشخیص پزشک متخصص قلب و عروق، عدم شرکت هم‌زمان در دوره‌های روان‌درمانی دیگر، عدم مصرف داروهای اعصاب و روان، سواد خواندن و نوشتن، گروه سنی ۳۰ الی ۶۴ سال (طبق پژوهش احمدی، سجادی، اعتماد، خالدی‌فر،

بهبودی می‌رسند. در پژوهش دیگری نیز یافته‌ها نشان داد که روان‌درمانی بین فردی در درمان حاد افسردگی مؤثر است و همچنین ممکن است از پیشگیری و عود اختلالات افسردگی جدید نیز اثر داشته باشد روان‌درمانی بین فردی همچنین بر اختلالات خوردن و اضطرابی نیز مؤثر است و اثرات امیدبخشی را در برخی از اختلالات سلامت روان نشان می‌دهد. (کوپرز، دانکر، وایسمن، رایتز و کریستینا، ۲۰۱۶). درمان بین فردی (IPT) در مقایسه با درمان (CBT) برای جمعیت بیمار (بیماران قلبی) با افسردگی و مبتلا به HIV نتایج بسیار سودمند و شگفت‌انگیزانه‌تری را به همراه دارد (ماوردیس و نمروف، ۲۰۱۳). همچنین یافته‌های پژوهش بی‌لی، لایسنسو، تی‌جنه، سحی، زرگا، اجگو و هیل سلسی (۲۰۲۲) نشان داد که کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در بیماران مبتلا به سرطان سینه به‌وسیله روان‌درمانی بین فردی بهبود یافته است. این نوع درمان به جهت در نظر گرفتن نقش مشکلات اجتماعی در درک نامناسب افراد از زندگی‌اشان، سعی بر بهبود روابط بین فردی افراد دارد که طبق بررسی‌های انجام‌شده در پژوهش‌های زیادی تأثیر روان‌درمانی بین فردی بر بهزیستی روانی، مؤثر گزارش شده است (چان ۲۰۰۵؛ میلر، ۲۰۰۸؛ ترخان، ۱۳۹۰؛ احمدی سبزواری و جلالی، ۱۳۹۶).

با توجه به شیوع روزافزون بیماری‌های قلبی - عروقی و آمار مرگ‌ومیر مربوط به این بیماری به‌ویژه در جامعه‌ی زنان و همچنین تبعات منفی روانی، اجتماعی و اقتصادی بیماری قلبی - عروقی بر روی بیماران و خانواده و اطرافیان‌شان و سیستم بهداشت و درمان کشورها، اهمیت بررسی راهکارهای درمانی مؤثر برای ارتقاء بهزیستی ذهنی، اهمیت دارد. از آنجاکه درمان متمرکز بر شفقت یکی از درمان‌های نوپایی است که توانسته است نتایج امیدوارکننده‌ای را در بیماری‌های مزمن به دست آورد، لذا گسترش این درمان در سایر جمعیت‌ها به‌خصوص جمعیت زنان مبتلا به بیماری عروق کرونر ضرورت دارد، همچنین لزوم کاربرد این درمان در بافت فرهنگ شرقی با توجه به متفاوت بودن با فرهنگ غربی نیز احساس می‌شود. از طرفی علی‌رغم اینکه روان‌درمانی بین فردی در مطالعه کوپزیک و همکاران (۲۰۰۴) نتایج مؤثری بر بیماران عروق کرونر به دست آورده است، ولی تاکنون هیچ مطالعه‌ای در ایران در زمینه بررسی تأثیر روان‌درمانی بین فردی بر بیماران عروق کرونر صورت نگرفته است. برای این منظور پژوهش حاضر سعی دارد ضمن بررسی میزان اثربخشی هر یک از رویکردهای

مباشری، ۱۳۹۴)، آمادگی جسمانی و روانی برای پاسخگویی به سؤالات و معیارهای خروج از پژوهش شامل غیبت بیش از ۲ جلسه بود.

روش اجرای پژوهش به این صورت بود که پس از انجام هماهنگی‌های لازم با دانشگاه علوم پزشکی و مدیریت کلینیک باز توانی قلب بیمارستان افشار شهر یزد پرونده بیماران در اختیار پژوهشگر قرار گرفت و با تماس تلفنی مصاحبه اولیه‌ای با هریک از بیماران زن متقاضی به عمل آمده و بر اساس ملاک‌های ورود و خروج به پژوهش ۴۱ نفر از بیماران انتخاب و با گمارش تصادفی در سه گروه شامل دو گروه آزمایش و یک گروه گواه قرار گرفتند. پس از جایگزینی در گروه‌ها، آزمودنی‌ها پیش از اجرای مداخله به پرسشنامه پژوهش پاسخ دادند. گروه آزمایشی اول، درمان متمرکز بر شفقت و گروه آزمایشی دوم، روان‌درمانی بین فردی در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به شیوه گروهی به صورت مجازی (به علت هم‌زمانی اجرای پژوهش با پاندمی کرونا) با توالی هر هفته یک جلسه توسط پژوهشگر دریافت کردند اما آزمودنی‌های گروه گواه، مداخله‌ای دریافت نکردند. پس از پایان جلسات درمانی، مجدداً هر سه گروه در مرحله پس‌آزمون و پیگیری به پرسشنامه پژوهش پاسخ دادند همچنین برای شرکت‌کنندگان گروه گواه جهت رعایت مسائل اخلاقی در پژوهش و تشکر و قدردانی از آن‌ها، پس از پایان یافتن پژوهش، جلسات درمانی برگزار شد.

ساختار جلسات درمان متمرکز بر شفقت بر اساس مفاهیم و طرح درمانی گیلبرت (۲۰۱۰، ۲۰۱۴) و محتوای جلسات روان‌درمانی بین فردی از پکیج روان‌درمانی وایس من و همکاران (۲۰۰۷) اجرا گردید. شرح مختصر جلسات درمان متمرکز بر شفقت در جدول ۱ و خلاصه روان‌درمانی بین فردی در جدول ۲ ارائه گردیده است.

ب) ابزار

مقیاس بهزیستی ذهنی (SWS) توسط کیز و ماگیارمو (۲۰۰۳) برای سنجش بهزیستی هیجانی، روانشناختی و اجتماعی ساخته شد. این مقیاس، از ۴۵ سؤال تشکیل شده است که ۱۲ سؤال اول مربوط به بهزیستی هیجانی است که دارای دو زیر مؤلفه هیجان مثبت و منفی هست. ۱۸ سؤال دوم مربوط به بهزیستی روانشناختی است که این مقیاس دارای ۶ زیر مؤلفه است: پذیرش خویش، رشد شخصی، هدف در زندگی، تسلط بر محیط، خودمختاری و روابط مثبت با دیگران و ۱۵ سؤال سوم، مربوط به بهزیستی

اجتماعی است که این مقیاس شامل ۵ زیر مؤلفه است: مقبولیت و پذیرش اجتماعی، واقع‌گرایی اجتماعی، مشارکت اجتماعی، پیوستگی اجتماعی، همبستگی و یکپارچگی اجتماعی. گویه‌های مربوط به بهزیستی هیجانی در یک طیف لیکرت ۵ درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود و گویه‌های مربوط به بهزیستی روانشناختی و بهزیستی اجتماعی در یک طیف لیکرت ۷ درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود. برای نمره‌گذاری، سؤالات بخش هیجان مثبت (۶ سؤال اول) با سؤالات بخش هیجان منفی (۶ سؤال دوم) باهم جمع می‌شوند و نمره کل بهزیستی هیجانی به دست می‌آید البته همه سؤالات بخش هیجان منفی به‌غیر از سؤال ۵ از مقیاس بهزیستی هیجانی برعکس کدگذاری می‌شوند و سپس با یکدیگر جمع می‌گردند. با توجه به ارزش‌گذاری ۱ تا ۵ برای گزینه‌های اصلاً تا تمام مدت در این مقیاس حداقل نمره ۱۶ و حداکثر نمره ۵۶ است (گلستانی بخت، ۱۳۸۶). بهزیستی روان‌شناختی در این قسمت سؤالات (۱-۲-۳-۴-۵-۶-۷-۸-۹-۱۰-۱۱-۱۲-۱۳-۱۴-۱۵-۱۶-۱۷-۱۸) برعکس نمره‌گذاری شد و مجموع نمرات مؤلفه‌ها، نمره کل بهزیستی روانشناختی محسوب می‌شود. در قسمت مقیاس بهزیستی اجتماعی سؤالات (۱-۲-۳-۴-۵-۶-۷-۸-۹-۱۰-۱۱-۱۲-۱۳-۱۴) برعکس نمره‌گذاری شد. با توجه به ارزش‌گذاری ۱ تا ۷ برای گزینه‌های (بسیار زیاد مخالفم) تا (بسیار زیاد موافقم) در هر دو زیر مقیاس بهزیستی روانشناختی و اجتماعی، حداقل نمره در زیر مقیاس بهزیستی روانشناختی ۱۸ و حداکثر نمره ۱۲۶ و در زیر مقیاس بهزیستی اجتماعی حداقل نمره ۱۵ و حداکثر نمره ۱۰۵ است از مجموع نمرات بهزیستی هیجانی، روانشناختی و اجتماعی، نمره بهزیستی ذهنی به دست می‌آید. اعتبار درونی زیر مقیاس بهزیستی هیجانی در بخش هیجان مثبت ۰/۹۱ و بخش هیجان منفی ۰/۷۸ بود، زیر مقیاس‌های بهزیستی روانشناختی و اجتماعی دارای اعتبار درونی متوسط از ۰/۴ تا ۰/۷ و اعتبار مجموع هر دو این مقیاس‌ها ۰/۸ و بالاتر بود (کیز و ماگیارمو، ۲۰۰۳). در مطالعه کیز و ماگیارمو (۲۰۰۳) برای بررسی روایی این مقیاس از روایی عاملی استفاده شده است. نتایج تحلیل عامل تأییدی ساختار سه عاملی این مقیاس را تأیید کرده است در مطالعه دوست (۲۰۰۴) ضریب پایایی و پایایی باز آزمایشی ۰/۸۶ گزارش شده است. پایایی مقیاس بهزیستی ذهنی و زیر مقیاس‌های بهزیستی هیجانی، بهزیستی روانشناختی و بهزیستی اجتماعی به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۷۶، ۰/۶۴ و ۰/۷۶ است آلفای کرونباخ برای هر یک از موارد فوق به ترتیب ۰/۸۰، ۰/۸۶، ۰/۸۰ و ۰/۶۴ محاسبه شده که حاکی از

همسانی درونی مطلوب مقیاس است (گلستانی بخت، ۱۳۸۶) برای تحلیل داده‌ها در سطح آمار توصیفی از شاخص‌های میانگین و انحراف استاندارد و در سطح آمار استنباطی از تحلیل واریانس آمیخته با بهره‌گیری از نرم‌افزار SPSS ۲۴ استفاده گردید

جدول ۱. محتوای جلسات درمان متمرکز بر شفقت (۲۰۱۴-۲۰۱۰)

عنوان جلسه	اهداف	محتوا	تکلیف
اول	آشنایی با اصول کلی درمان	آشنایی درمانگر و اعضای گروه با یکدیگر، گفتگو درباره هدف تشکیل جلسات و ساخت کلی آن، بررسی انتظارات از برنامه درمانی، گروه‌بندی، مروری بر ساختار جلسات، آشنایی با اصول کلی درمان متمرکز بر شفقت؛ ارزیابی و بررسی میزان شرم، خود انتقادی و خود شفقتی اعضا، مفهوم‌سازی آموزش خود شفقتی.	ثبت موارد احساس شرم و خود انتقادی در فعالیت‌ها و چالش‌های روزانه
دوم	شناخت مؤلفه‌های خود شفقتی	شناسایی و معرفی مؤلفه‌های شفقت، بررسی هر مؤلفه شفقت در اعضا و شناسایی ویژگی‌های آن، آشنایی با خصوصیات افراد دارای شفقت و مروری بر خودشفقتی اعضا.	ثبت مؤلفه‌های خود شفقتی در فعالیت‌های روزانه
سوم	آموزش و پرورش خود شفقتی اعضا	مروری بر تکالیف جلسه قبل، 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 و شرم، آموزش همدردی با خود، شکل‌گیری و ایجاد احساسات بیشتر و متنوع‌تر در ارتباط با مسائل افراد برای افزایش مراقبت و توجه به سلامتی خود.	ثبت مؤلفه‌های خود شفقتی در فعالیت‌های روزانه
چهارم	خودشناسی و شناسایی عوامل خود انتقادی	مرور تمرین جلسه قبل، ترغیب آزمودنی‌ها به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به‌عنوان فرد « دارای شفقت «یا» بدون شفقت «شناسایی و کاربرد تمرین‌های» پرورش ذهن شفقت‌آمیز» ارزش خود شفقتی، همدلی و همدردی نسبت به خود و دیگران، آموزش استعاره فیزیوتراپ (پذیرش اشتباهات و بخشیدن خود به خاطر اشتباهات برای سرعت بخشیدن به ایجاد تغییرات.	ثبت اشتباهات روزانه و شناسایی عوامل آن
پنجم	اصلاح و گسترش شفقت	مرور تمرین جلسه قبل، آشنایی و کاربرد « تمرین‌های پرورش ذهن مشفق» بخشش، پذیرش بدون قضاوت، آموزش استعاره آنفلوآنزا و آموزش بردباری، آموزش پذیرش مسائل؛ پذیرش تغییرات پیش‌رو و تحمل شرایط سخت و چالش‌برانگیز با توجه به متغیر بودن روند زندگی و مواجه شدن افراد با چالش‌های مختلف	بخشش و پذیرش بدون قضاوت در فعالیت‌های چالش‌انگیز روزانه و ثبت این موارد
ششم	آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت	مرور تمرین جلسه قبل، تمرین عملی ایجاد تصاویر شفقت‌ورز، آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت، شفقت کلامی، شفقت عملی، شفقت مقطعی و شفقت پیوسته و به کارگیری این روش‌ها در زندگی روزمره، آموزش رشد احساسات ارزشمند و متعالی	به کارگیری شفقت در فعالیت‌های روزانه
هفتم	فنون ابراز شفقت	مرور تمرین جلسه قبل، آموزش نوشتن نامه‌های شفقت‌آمیز برای خود و دیگران، آموزش روش ثبت و یادداشت روزانه موقعیت‌های واقعی مبتنی بر شفقت و عملکرد فرد در آن موقعیت	نوشتن نامه‌های شفقت‌آمیز برای خود و اطرافیان
هشتم	ارزیابی و کاربرد	آموزش و تمرین مهارت‌ها؛ مرور و تمرین مهارت‌های ارائه شده در جلسات گذشته برای کمک به آزمودنی‌ها تا بتوانند به روش‌های مختلف با شرایط متفاوت زندگی خود مقابله کنند. راهکارهایی برای حفظ و به کارگیری این روش درمانی در زندگی روزمره، جمع‌بندی و نتیجه‌گیری و پاسخ‌گویی به سؤالات اعضا و ارزیابی کل جلسات، تشکر و قدردانی از اعضا جهت شرکت در جلسات، هماهنگی جهت اجرای پس‌آزمون و برگزاری جلسه پیگیری در ۴۵ روز آینده	ثبت و یادداشت خود شفقتی در چالش‌های روزانه

جدول ۲. روان‌درمانی بین فردی (۲۰۰۷)

جلسه	اهداف	محتوای جلسه
اول	آشنایی با اصول کلی درمان	هدف این جلسه تبیین ضرورت شرکت در گروه، ترویج هنجارهای گروهی و انسجام گروهی، تأکید بر مشترک بودن مشکلات، آشنایی اعضا باهم، تعهد به پیگیری جلسات، آموزش نظریه G-IPT به اعضای گروه و نقششان در درمان بود

دوم	شناخت حوزه‌های روان‌درمانی بین فردی	مرتبط ساختن مشکلات اعضاء به بافت بین فردی، یکی ساختن‌های حوزه مشکل اصلی (سوگ، مشاجرات بین فردی، نارسایی‌های بین فردی، انتقال نقش) و تعیین / تصحیح اهداف بود
سوم	بررسی حوزه انتقال نقش و تأثیر آن بر بافت بین فردی و سلامت جسمانی	فعالیت اصلی این جلسه کاربرد روی انتقال نقش به‌عنوان هرگونه تغییر زندگی (بیماری عروق کرونر) است که شامل تغییر دادن شکل یک نقش قدیمی و قرار گرفتن در نقش جدید می‌باشد. هدف عبارت است از کسب آمادگی برای پذیرفتن نقش بیمار و آسیب‌شناسی دوره بیماری و تأثیر آن بر روند زندگی و وضعیت سلامت فعلی
چهارم	آشنایی با مزایا و معایب حوزه انتقال نقش و بررسی روش‌های سازگاری	بررسی نقاط ضعف و قوت نقش قدیمی و نقش جدید به‌صورت فردی است تا گروه در خصوص روش‌های سازگاری بارش مغزی صورت دهد
پنجم	شناخت حوزه مشاجره و بررسی روش‌های حل مشاجره در افراد	موضوعات پیرامون مشاجره‌هاست. موضوعات مشاجره‌ها را تهیه کرده و بر روی مدل حل مشاجره کار می‌شود
ششم	آموزش الگوهای حل تعارضات	در این جلسه الگوهای حل تعارض به شرکت‌کنندگان آموزش داده می‌شود الگوهای، مشارکتی رقابت‌جویی (تحکم) اجتناب، انعطاف‌پذیری، مصالحه (توافق)، سبک‌های حل تعارض هستند. میانجی‌گری، مذاکره و داوری نیز روش‌های حل تعارض به شمار می‌روند
هفتم	شناخت حوزه نارسایی‌های تعاملات بین فردی و اصلاح تعاملات بین فردی	فعالیت اصلی این جلسه برطرف نمودن و تصحیح نارسایی‌های موجود در تعاملات بین فردی (الگوی تعقیب - گریز، شناسایی انتظارات یک‌سویه، ترحم به خود، سرزنش، رنجش و غیره) است و هدف این است که روابط صمیمانه و رضایت‌بخش ایجاد شود
هشتم	ارزیابی و کاربرد	بینش که نسبت به الگوی موجود در روابط اعضا کسب شده است، در این جلسه به اشتراک گذاشته می‌شود. همه ۴ حوزه مشکل (سوگ، مشاجرات بین فردی، انتقال نقش، نارسایی‌های موجود در تعاملات بین فردی) مرور شده و روش‌های کار با هر حوزه مشکل به‌صورت خلاصه بیان می‌شوند. تثبیت تغییرات و انتقال آن به زندگی روزمره تأکید و درنهایت ختم جلسه اعلام می‌شود

یافته‌ها

یافته‌های پژوهش در مورد اطلاعات جمعیت شناختی نشان داد میانگین سنی گروه تحت درمان متمرکز بر شفقت $6/59 \pm 48/85$ سال، گروه روان‌درمانی بین فردی $7/46 \pm 53/89$ سال و گروه گواه $6/13 \pm 55/71$ بود. در گروه گواه، ۹ نفر (۶۴/۳ درصد) خانه‌دار هستند، ۲ نفر (۱۴/۳ درصد) کارمند و ۳ نفر (۲۱/۴ درصد) شغل آزاد دارند. در گروه درمان متمرکز بر شفقت، ۸ نفر (۶۱/۵ درصد) خانه‌دار، ۳ نفر (۲۳/۱ درصد) کارمند و ۲ نفر (۱۵/۴ درصد) شغل آزاد دارند. در گروه روان‌درمانی بین فردی، ۱۳ نفر (۹۲/۹ درصد) خانه‌دار و ۱ نفر (۷/۱ درصد) کارمند هستند در گروه گواه، ۱۲ نفر (۸۵/۸ درصد) میزان تحصیلات آن‌ها کم‌تر از دیپلم است، یک نفر (۷/۱ درصد) فوق‌دیپلم و ۱ نفر (۷/۱ درصد) لیسانس است. در گروه درمان متمرکز بر شفقت، ۹ نفر (۶۹/۲ درصد) میزان تحصیلات آن‌ها کم‌تر از دیپلم، ۳ نفر (۲۳/۱ درصد) لیسانس و ۱ نفر (۷/۷ درصد) فوق‌لیسانس است. در گروه روان‌درمانی بین فردی، ۱۳ نفر (۹۲/۹ درصد) میزان تحصیلات آن‌ها کم‌تر از دیپلم و ۱ نفر (۷/۱ درصد) فوق‌دیپلم هستند.

با توجه به اطلاعات جدول ۳، در مرحله پیش‌آزمون میانگین و انحراف معیار نمرات بهزیستی ذهنی در گروه درمان متمرکز بر شفقت $22/99 \pm 199/46$ ، در گروه روان‌درمانی بین فردی $34/70 \pm 175/21$ و در گروه گواه $29/24 \pm 186/21$ است ولی در مرحله پس‌آزمون میانگین و انحراف معیار نمرات بهزیستی ذهنی در گروه درمان متمرکز بر شفقت $20/24 \pm 13/68$ ، در گروه روان‌درمانی بین فردی $11/97 \pm 191/71$ و در گروه گواه $21/84 \pm 173/43$ به دست آمد در مرحله پیگیری نیز میانگین و انحراف معیار نمرات بهزیستی ذهنی در گروه درمان متمرکز بر شفقت $7/94 \pm 202/38$ ، در گروه روان‌درمانی بین فردی $11/64 \pm 198/93$ و در گروه گواه $14/77 \pm 170/86$ به دست آمد. مقادیر میانگین مؤلفه‌های متغیر بهزیستی ذهنی برای گروه‌های مختلف نیز در جدول ۳ ارائه شده است. همان‌طور که در جدول ملاحظه می‌شود، نمرات آزمودنی‌های گروه‌های آزمایش در متغیر پژوهش و مؤلفه‌های آن در مراحل پس‌آزمون و پیگیری تغییراتی داشته است. بررسی معنادار بودن این تغییرات با استفاده از آزمون تحلیل واریانس آمیخته صورت گرفت. قبل از اجرای آزمون، آزمون تحلیل واریانس آمیخته، از آزمون شاپیرو - ویلک جهت بررسی نرمال

پیگیری (F= ۰/۱۶، P= ۰/۸۵) و برای بررسی همگنی ماتریس واریانس - کواریانس با استفاده از آزمون ام‌باکس در متغیر بهزیستی ذهنی (MBOX= ۱۴/۱۱، F= ۱/۰۴، P= ۰/۴۱)، متغیر بهزیستی هیجانی (MBOX= ۱۵/۳۱، F= ۱/۳، P= ۰/۲۱)، متغیر بهزیستی روانشناختی (MBOX= ۲۰/۸۴، F= ۱/۵۴، P= ۰/۱)، متغیر بهزیستی اجتماعی (MBOX= ۱۴/۹۵، F= ۱/۱، P= ۰/۳۵)، استفاده شد؛ که نتایج این آزمون‌ها معنی‌دار نبود، همچنین به منظور بررسی پیش فرض کرویت از آزمون موجلی استفاده شد و نتایج نشان داد پیش فرض کرویت برای هیچ کدام از مؤلفه‌های بهزیستی ذهنی به جز بهزیستی هیجانی رعایت نشده است بنابراین برای تفسیر نتایج از روش گرینهاوس - گیسر استفاده شد.

بودن توزیع نرمات بهزیستی ذهنی و مؤلفه‌های آن در مراحل سه گانه اندازه گیری ($p > ۰/۰۵$) از آزمون لوین جهت بررسی همگنی واریانس‌های بهزیستی ذهنی در سه مرحله اندازه گیری پیش آزمون (F= ۱/۸۶)، پس آزمون (F= ۲/۹۵، P= ۰/۰۷) و پیگیری (F= ۲/۳۳، P= ۰/۱۷) در متغیر بهزیستی هیجانی در ۳ مرحله اندازه گیری پیش آزمون (F= ۱/۶۸، P= ۰/۲)، پس آزمون (F= ۱/۸۲، P= ۰/۱۵) و پیگیری (F= ۰/۷۹۶، P= ۰/۴۶) در متغیر بهزیستی روانشناختی در سه مرحله اندازه گیری پیش آزمون (F= ۱/۲۳، P= ۰/۳)، پس آزمون (F= ۰/۸۱۷، P= ۰/۴۵) و پیگیری (F= ۱/۷۲، P= ۰/۱۹) در متغیر بهزیستی اجتماعی در سه مرحله اندازه گیری بهزیستی روانشناختی در سه مرحله اندازه گیری پیش آزمون (F= ۰/۶۴، P= ۰/۵۳)، پس آزمون (F= ۱/۰۷، P= ۰/۳۵) و

جدول ۳. میانگین و انحراف استاندارد متغیر بهزیستی ذهنی و مؤلفه‌های آن در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

زمان/متغیر	درمان متمرکز بر شفقت		روان‌درمانی بین فردی		گواه	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
پیش آزمون	۳۷/۱۵	۶/۳۵	۲۸/۲۱	۹/۴۴	۲۷/۶۴	۸/۷۱
بهزیستی هیجانی	۴۳/۸۵	۳/۷۶	۴۳/۲۹	۵/۸۵	۳۰/۶۴	۹/۵۴
پیگیری	۴۴/۸۵	۳/۸	۴۴/۴۳	۷/۹	۳۰/۱۴	۶/۰۴
پیش آزمون	۹۱/۳۸	۱۱/۷۹	۷۹/۹۳	۱۹/۱۴	۸۹/۲۹	۲۶/۱
بهزیستی روانشناختی	۹۱/۷۷	۹/۰۹	۸۴/۷۹	۱۳/۲	۷۹	۹/۸
پیگیری	۹۱/۸۵	۶/۲۲	۸۷/۱۴	۴/۶۷	۷۶/۲۱	۷/۱۳
پیش آزمون	۷۰/۹۲	۱۳/۹	۶۷/۰۷	۱۱/۳۶	۶۹/۲۹	۸/۶۳
بهزیستی اجتماعی	۶۶/۸۵	۸/۵۸	۶۳/۶۴	۷/۴۶	۶۳/۷۹	۵/۲۱
پیگیری	۶۵/۶۹	۶/۲	۶۷/۳۶	۱۰/۶۱	۶۴/۵	۷/۹۳
پیش آزمون	۱۹۹/۴۶	۲۲/۹۹	۱۷۵/۲۱	۳۴/۷	۱۸۶/۲۱	۲۹/۲۴
بهزیستی ذهنی	۲۰۲/۴۶	۱۳/۶۸	۱۹۱/۷۱	۱۱/۹۷	۱۷۳/۴۳	۲۱/۸۴
پیگیری	۲۰۲/۳۸	۷/۹۴	۱۹۸/۹۳	۱۱/۶۴	۱۷۰/۸۶	۱۴/۷۷

دارد همچنین در اثر گروه با توجه به مقادیر و سطح معناداری F در متغیرهای بهزیستی هیجانی، بهزیستی روانشناختی و بهزیستی ذهنی بین دو گروه درمان متمرکز بر شفقت و روان‌درمانی بین فردی و گروه گواه تفاوت معناداری وجود دارد مقایسه دوجه‌دوی این گروه‌ها به تفکیک هر مرحله با استفاده از آزمون بونفرونی صورت گرفته است که نتایج آن در جدول ۵ ارائه شده است. با توجه به جدول ۵ ملاحظه می‌شود تفاوت معناداری بین گروه‌های روان‌درمانی بین فردی و گواه در متغیر بهزیستی هیجانی ($P < ۰/۰۵$) و بین گروه‌های درمان متمرکز بر شفقت و گواه در

بر این اساس نتایج آزمون تحلیل واریانس آمیخته در جدول ۴ ارائه شده است. همان‌طور که همان‌طور که در جدول ۴ ملاحظه می‌گردد در متغیر بهزیستی هیجانی اثر زمان معنادار است ($P < ۰/۰۵$) بنابراین بین سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در این متغیر تفاوت معنادار وجود دارد. همچنین با توجه به نتایج جدول نشان می‌دهد بین گروه و زمان در متغیرهای بهزیستی هیجانی، بهزیستی روان‌شناختی و بهزیستی ذهنی تفاوت معناداری وجود دارد و مشخص می‌گردد بین مراحل پیش آزمون و پس آزمون و پیگیری بین دو گروه‌درمانی و گروه گواه در متغیر وابسته تفاوت وجود

درمان متمرکز بر شفقت و روان‌درمانی بین فردی در متغیرهای مورد بررسی تفاوت معناداری وجود ندارد.

متغیرهای بهزیستی هیجانی، بهزیستی روانشناختی و بهزیستی ذهنی متمرکز بر شفقت و گواه در متغیرهای بهزیستی هیجانی، بهزیستی روانشناختی و بهزیستی ذهنی ($P < 0/05$) وجود دارد و این در حالی هست که بین دو

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
بهزیستی هیجانی	درون‌گروهی	زمان × گروه	۸۱۰/۹۸	۴	۲۰۲/۷۵	۵/۶۲	۰/۰۰۰۱	۰/۲۳
		خطا	۲۴۱/۱۸	۷۶	۳۶/۰۷	-	-	-
بهزیستی روانشناختی	بین‌گروهی	گروه	۲۴۱/۱۸	۷۶	۱۷۱۱/۱۴	۲۰/۶۵	۰/۰۰۰۱	۰/۵۲
		خطا	۳۱۴۸/۶۸	۷۶	۸۲/۸۶	-	-	-
بهزیستی اجتماعی	درون‌گروهی	زمان × گروه	۱۶۱۹/۶۳	۲/۹۱	۵۵۷/۲۴	۲/۴۵	۰/۰۵	۰/۱۱
		خطا	۱۲۵۴۴/۸۹	۵۵/۲۲	۲۲۷/۱۷	-	-	-
بهزیستی اجتماعی	بین‌گروهی	گروه	۲۲۵۵/۲۲	۲	۱۱۲۷/۶۱	۴/۹۵	۰/۰۱	۰/۲۱
		خطا	۸۶۵۶/۴۱	۳۸/۰۰۲	۲۲۷/۸	-	-	-
بهزیستی اجتماعی	درون‌گروهی	زمان × گروه	۱۵۱/۳۱	۳/۴۷	۴۳/۶۳	۰/۴۶	۰/۷۴	۰/۰۲
		خطا	۶۲۱۸/۹۳	۶۵/۹۱	۹۴/۳۶	-	-	-
بهزیستی اجتماعی	بین‌گروهی	گروه	۹۴/۷۲	۲	۴۷/۳۶	۰/۵۲	۰/۶	۰/۰۳
		خطا	۳۴۴۶/۵۳	۳۸	۹۰/۷	-	-	-
بهزیستی ذهنی	درون‌گروهی	زمان × گروه	۵۸۱۲/۲	۲/۶۶	۲۱۸۷/۵	۴/۵۵	۰/۰۱	۰/۱۹
		خطا	۲۴۲۸۳/۱۹	۵۰/۴۸	۴۸۱/۰۲	-	-	-

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه زوجی میانگین مؤلفه‌های بهزیستی ذهنی

متغیر	مرحله مرجع	مرحله مقایسه	اختلاف میانگین	خطای استاندارد	سطح معناداری
بهزیستی هیجانی	روان‌درمانی بین فردی	درمان متمرکز بر شفقت	-۳/۳	۲/۰۲۴	۰/۳۳
	روان‌درمانی بین فردی	گواه	۹/۱۷	۱/۹۸	۰/۰۰۱
بهزیستی روانشناختی	درمان متمرکز بر شفقت	گواه	۱۲/۴۷	۲/۰۲	۰/۰۰۱
	روان‌درمانی بین فردی	درمان متمرکز بر شفقت	-۷/۷۱	۳/۳۵	۰/۰۸۱
بهزیستی اجتماعی	درمان متمرکز بر شفقت	گواه	۲/۴۵	۳/۲۹	۱
	روان‌درمانی بین فردی	گواه	۱۰/۱۶	۳/۳۵	۰/۰۱۳
بهزیستی اجتماعی	درمان متمرکز بر شفقت	گواه	-۱/۷۹	۲/۱۱	۱
	روان‌درمانی بین فردی	گواه	۰/۱۶۷	۲/۰۷	۱
بهزیستی ذهنی	درمان متمرکز بر شفقت	گواه	۱/۹۶	۲/۱۱	۱
	روان‌درمانی بین فردی	درمان متمرکز بر شفقت	-۱۲/۸۱	۷/۶۴	۰/۰۸۷
بهزیستی ذهنی	روان‌درمانی بین فردی	گواه	۱۱/۷۸	۵/۵۴	۰/۱۲۰
	درمان متمرکز بر شفقت	گواه	۲۴/۶	۵/۶۵	۰/۰۰۱

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر در پی پاسخگویی به این سؤال بود که آیا بین اثربخشی و پایداری اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و روان‌درمانی بین فردی بر بهزیستی ذهنی زنان مبتلا به بیماری عروق کرونر تفاوت وجود دارد؟ نتایج تحلیل واریانس آمیخته نشان داد که هر دو گروه درمانی در مقایسه با گروه گواه بر روی بهزیستی ذهنی مؤثر بودند و بین درمان متمرکز بر شفقت و روان‌درمانی بین فردی در افزایش بهزیستی ذهنی بیماران تفاوت معناداری وجود ندارد.

در تبیین اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر بهزیستی ذهنی و مؤلفه‌های آن در بیماران، مطالعه‌ای که یافته‌های آن به‌طور مستقیم با نتایج این پژوهش همسو باشد مشاهده نشد اما نتایج به‌دست آمده با یافته‌های، سارین و همکاران (۲۰۱۹)، گوردین و همکاران (۲۰۱۹)، سامرز-اسپیکرمن و همکاران (۲۰۱۸)، فیلیس هین و مارکس (۲۰۱۷)، منعیمان، مردانی راد، قبری پناه و امیدی (۱۴۰۰)، هادیان و جبل عاملی (۱۳۹۸)، ادیبی‌زاده و سجادیان (۱۳۹۷) که اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت را تأیید نموده بودند همسو می‌باشد. در تبیین اثربخشی این درمان بر بهزیستی ذهنی و مؤلفه‌های آن بر زنان مبتلا به بیماری عروق کرونر می‌توان گفت هنگامی که سیستم تسکین در درمان متمرکز بر شفقت در این بیماران فعال می‌شود منجر به بهبود عملکرد سیستم عصبی خودمختار به‌خصوص سیستم سمپاتیک می‌شود که به دنبال بهبود عملکرد سیستم سمپاتیک میزان انفارکتوس قلبی و ایست قلبی و تصلب شرایین و سایر آسیب‌های قلبی - عروقی در این بیماران کاهش می‌یابد. از اثرات دیگر فعال شدن سیستم تسکین ارتقای هیجان‌ات مثبت و کاهش هیجان‌ات منفی است که به افزایش بهزیستی ذهنی این بیماران کمک می‌کند. این درمان با متعادل ساختن سیستم‌های تنظیم هیجان و با فعال کردن سیستم تسکین به بیماران کمک می‌کند که با حس پذیرش و درک بالاتری با هیجان‌ات خود روبه‌رو شوند و بهتر بتوانند آن‌ها را به تعادل برسانند این مهارت در تمرین‌های ذهن آگاهانه این درمان به درک بهتر افراد از بهزیستی ذهنی کمک می‌کند. همچنین، این سیستم پشتیبان و زیربنای سیستم عصبی پاراسمپاتیک است و در شفقت درمانی به‌عنوان راهی برای متعادل ساختن تجربیات تهدید و هموار کردن راه برای شفقت‌ورزی روی آن متمرکز می‌شویم چون با

انعطاف‌پذیری توجه، تفکر بازتابی و تمایلات اجتماعی مرتبط است (گیلبرت، ۲۰۰۹، ۲۰۱۰). در تبیین دیگر می‌توان گفت از آنجا که طبق پژوهش حیدری پهلویان، قراخانی و محجوب (۱۳۸۷) بین تداوم گرفتگی عروق کرونر و خصومت‌ورزی ارتباط بالایی وجود دارد این بیماران به‌واسطه چنین ویژگی‌ای در روابطشان که همراه با دوست‌نداشتن دیگران و ارزیابی‌های منفی است بهزیستی ذهنی پایین‌تری دارند که در درمان این عوامل ریشه‌ای و روانشناختی از درمان متمرکز بر شفقت استفاده شد. همچنین به دلیل اینکه این بیماران با انبوهی از حوادث غیرقابل پیش‌بینی از جمله عود بیماری روبرو می‌شوند دچار استرس و اضطراب و افسردگی زیادی می‌شوند که با تأثیر بر احساسات آنان روی سلامت فیزیکی و روانی و مهارت‌های اجتماعی و روابط مثبت با دیگران اثر می‌گذارد و به‌واسطه اجتناب از ابراز هیجان چرخه‌های معیوبی از تکرار پیامدهای منفی این رفتار را تجربه می‌کنند این عدم شفقت به خود و عدم خود مراقبتی منجر به کاهش بهزیستی ذهنی این بیماران می‌شود. در فرآیند درمان افراد مهارت‌های کلیدی را می‌آموزند که برای گسترش صفات شفقت‌آمیز مورد نیاز هستند، از جمله داشتن انگیزه برای اهمیت دادن به پریشانی و تسکین آن (اهمیت به بهزیستی)، حساسیت نسبت به پریشانی، پاسخ به رنج با همدلی، تحمل کردن هیجان‌ات دشوار (تحمل پریشانی) و پاسخ به پریشانی بدون قضاوت‌گری (گیلبرت، ۲۰۱۰؛ به نقل از موسوی، خواجه‌وند خوشلی، اسدی و عبدالله‌زاده، ۱۴۰۰). درمان متمرکز بر شفقت می‌تواند به کاهش خود انتقادگری، شرم، فشار روانی، افسردگی و اضطراب کمک کند (مک اوان و گیلبرت، ۲۰۱۲).

اثربخشی روان‌درمانی بین فردی بر بهزیستی ذهنی و مؤلفه‌های آن در بیماران عروق کرونر با یافته‌های بی لی و همکاران (۲۰۲۲)، کوپرز و همکاران (۲۰۱۶)، ماوردین و نمراف (۲۰۱۳)، کوئزیک و همکاران (۲۰۰۴)، احمدی سبزواری و جلالی (۱۳۹۶) که اثربخشی درمان روان‌درمانی بین فردی را تأیید نموده بودند همسو است. بسیاری از مشکلات سلامت روانی در این بیماران، از جمله پرخاشگری، اجتناب و خصومت در بافت بین فردی رخ می‌دهد که منجر به کاهش بهزیستی ذهنی در بیماران می‌شود. معضلات بافت بین فردی در بیماران بر نحوه ایفای نقش بیمار در زندگی‌شان اثرگذار است. این درمان با شناسایی حوزه‌های مشکل‌دار در

بافت بین فردی و آگاهی بیمار از تعارضات و تشویق بیمار به گفتگو درباره انتظاراتش که اکثر اوقات سوء‌گیرانه است به درمان مشکلات انتقال نقش بیماری و نقایص ارتباطی و مشاجرات حل‌نشده می‌پردازد و حمایت اجتماعی که بیمار به خاطر تغییرات زندگی و سرکوب هیجان‌ها و اجتناب از دست داده بود را به دست می‌آورد. زمانی که شخص در کنار آمدن با تغییرات زندگی دچار مشکلاتی می‌شود که مستلزم رفتارهای متفاوت یا اصلاح‌هایی در یک یا چند رابطه نزدیک است. (وایس من، ۲۰۰۷).

از جمله مشکلات بیماران عروق کرونر این است که چگونه خشم و رنج خود را ابراز کنند و عزت‌نفسشان را بالا ببرند، بسیاری از این قبیل مشکلات در ارتباط با دیگران باعث مشکلات عمیق روانشناختی می‌گردد به گونه‌ای که بسیاری از بیماران از رویارویی با مشکلات اجتناب می‌کنند و در روابط بین فردی منفعل یا پرخاشگرند و این الگوهای ناسازگار منجر به افسردگی و اضطراب و سایر مشکلات روانشناختی می‌شود که این عوامل نقش مهمی در ایجاد و عود بیماری‌های قلبی و عروقی دارد. ویژگی‌های روانشناختی مثل حالت‌های هیجانی منفی مانند افسردگی، خشم، خصومت، اضطراب، استرس زهای روانشناختی، روابط اجتماعی و حمایت اجتماعی اندک و تعارضات اجتماعی به‌طور قابل توجهی تبیین‌کننده وقوع بیماری‌های قلبی و عروقی هستند (برت کانر، ۲۰۱۳). این درمان تأکید فراوانی بر ایجاد یک ارتباط میان فردی سالم و منطقی دارد، آموزش مهارت‌های اجتماعی و نقش حمایتی این درمان در کاهش مشکلات هیجانی و ارتباطی به‌ویژه آشفتگی‌های پس از بروز اولیه و عود بیماری و ناتوانی‌های جسمانی حاصل از آن در فرآیند پذیرش نقش فرد سالم به بیمار مبتلا به عروق کرونر، تأثیر به‌سزایی دارد به‌گونه‌ای که این بیماران با پذیرفتن نقش بیمار، ابراز غم برای نقش از دست‌رفته، کسب مهارت‌های ارتباطی جدید و ایجاد دل‌بستگی‌ها و گروه‌های حمایتی جدید و شناسایی جنبه‌های مثبت نقش جدید، به تجارب هیجانی مثبت بالاتری دست‌یافته و از بهزیستی ذهنی مؤثرتری برخوردار شدند. اهداف روان‌درمانی بین فردی بهبود علائم، افزایش حمایت اجتماعی و بهبود عملکرد بین فردی است (استورات و رابرتسون، ۲۰۱۲؛ وایس من، ۲۰۰۰). روان‌درمانی بین فردی این عامل بالقوه را دارد که به‌طور گسترده برای مشکلات سلامت‌روانی به‌عنوان یک درمان پیشگیرانه و رسیدگی‌کننده به عوامل استرس‌زای بین فردی که با

شروع یا بدتر شدن اختلالات مرتبط است، به‌کاربرده شود (کوپرز و همکاران، ۲۰۱۶).

یافته دیگر پژوهش حاضر نشان داد که درمان متمرکز بر شفقت در مقایسه با روان‌درمانی بین فردی برافزایش بهزیستی ذهنی زنان مبتلا به بیماری عروق کرونر تفاوت معناداری وجود ندارد، یعنی درمان متمرکز بر شفقت همانند روان‌درمانی بین فردی توانسته است به بهزیستی ذهنی این بیماران کمک کند. در تبیین این یافته می‌توان گفت درمان متمرکز بر شفقت با تقویت خود مشفق، تنظیم هیجان‌ها، کاهش خود انتقادگری یادگیری مهارت‌های اجتماعی و ارتباط مشفقانه و بخشش خود و دیگران به بهبود بهزیستی ذهنی کمک می‌کند و روان‌درمانی بین فردی با آموزش مهارت ارتباطی و بازگویی انتظارات و کاهش سبک مقابله‌ای اجتناب و کمک به حل مسأله و مشکلات سازگاری در این بیماران توانسته است بهزیستی ذهنی زنان مبتلا به بیماری عروق کرونر را بهبود بخشد.

این پژوهش نیز مانند سایر پژوهش‌ها با محدودیت‌هایی روبرو بوده است. از آنجاکه این پژوهش بر روی بیماران زن مبتلا به بیماری عروق کرونر در شهر یزد انجام شده است، لذا در تعمیم نتایج آن به دیگر شهرها باید جانب احتیاط را رعایت کرد. همچنین با توجه به جنسیت مؤنث نمونه‌های پژوهش، نمونه‌گیری هدفمند، ابزار خود سنجی، حجم نمونه اندک و اجرای مجازی مداخلات درمانی به علت این که پژوهش در زمان پاندمی کرونا انجام شده است، تعمیم‌پذیری و استنباط از نتایج این پژوهش باید با احتیاط انجام شود. بر این اساس پیشنهاد می‌شود جهت بررسی تأثیرات بلندمدت از نتایج به‌دست‌آمده در این پژوهش، تحقیقات طولی با حجم نمونه مناسب انجام شود. بهتر است پژوهش مشابهی در جمعیت مردان نیز انجام شود. همچنین پیشنهاد می‌شود انجمن حمایت از بیماران قلبی و عروقی و کلینیک‌های باز توانی قلب بیمارستان‌های مختلف کشور توجه ویژه‌ای به مداخلات روانشناختی به‌ویژه درمان متمرکز بر شفقت و روان‌درمانی بین فردی داشته باشند و این درمان‌های روانشناختی را در پکیج درمانی این بیماران قرار دهند. بر اساس یافته‌های پژوهش پیشنهاد می‌گردد، روانشناسان و مشاوران از مؤلفه‌های درمانی، درمان متمرکز بر شفقت و روان‌درمانی بین فردی در جهت کاهش مشکلات روانشناختی و ارتقای سلامت‌روان و جسم بیماران مزمن استفاده کنند.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش: پژوهش حاضر بخشی از پایان‌نامه دکتری رشته روانشناسی سلامت است که پیش از اجرای پژوهش با کد IR.IAU.NAJAFABAD.REC/1400/040 در دانشکده پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف‌آباد از نظر اصول اخلاقی مورد تأیید قرار گرفته است. در این پژوهش ملاحظات اخلاقی مانند رضایت کامل آزمودنی، رعایت اصل رازداری و محرمانه ماندن اطلاعات رعایت شده است.

حامی مالی: این مطالعه بدون حامی مالی و در قالب رساله دکتری انجام شده است.
نقش هر یک از نویسندگان: نویسنده نخست این مقاله به‌عنوان پژوهشگر اصلی، نویسنده دوم به‌عنوان استاد راهنما، نویسنده سوم به‌عنوان استاد راهنما دوم و نویسنده چهارم به‌عنوان استاد مشاور در این پژوهش نقش داشتند.

تضاد منافع: این پژوهش برای نویسندگان هیچ‌گونه تضاد منافی نداشته است.
تشکر و قدردانی: از تمامی بیماران شرکت‌کننده پژوهش، اساتید، مسئولان محترم دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف‌آباد و دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد که نویسندگان را در انجام این پژوهش یاری کردند، تشکر و قدردانی می‌شود.

References

- Adibizadeh, N., & Sajjadian, I. (2019). The Effectiveness of Compassion-Focused Therapy on Depression, Anxiety and Emotion Regulation in Patients with Coronary Heart Disease. *Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences*, 61(1), 103-115. [Link]
- Afsharnia, F., & Bayrami, M. (2018). Comparison of Quality of Life and Psychological Well-being of Patients with Cardiovascular Disease and Cancer as well as Healthy People. *Journal of Education and Community Health*, 5(3), 38-47. <https://doi.org/2/1//jech./2/1/.38>. [10.21859/jech.5.3.38Link]
- Ahmadi Sabzevari, F., & Jalali, M.r. (2017). Effect Of Short-Term Group Interpersonal Psychotherapy On Depression Symptoms Reduction And Mental Well-Being In Women Prisoners. *Police Medicine*, 6(3), 207-212. [Link]
- Bachar, B. J., & Manna, B. (2018). Coronary artery bypass graft. [Link]
- Belay, W., Labisso, W. L., Tigeneh, W., Sahile, Z., Zergaw, A., Ejigu, A., ... & Haileselassie, W. (2022). The effect of interpersonal psychotherapy on quality of life among breast cancer patients with common mental health disorder: a randomized control trial at Tikur Anbessa Specialized Hospital. *Supportive Care in Cancer*, 30(1), 965-972. [Link]
- Boehm, J. K., Peterson, C., Kivimaki, M., & Kubzansky, L. (2011). A Prospective Study of Positive Psychological Well-Being and Coronary Heart Disease. *Health Psychology*, 30(3), 259-267. [Link]
- Burnette, D., Duci, V., & Dhembo, E. (2017). Psychological distress, social support, and quality of life among cancer caregivers in Albania. *Psycho-oncology*, 26(6), 779-786. [Link]
- Chan, R. T., (2005). Interpersonal psychology as a treatment model for depressed with chronic medical problems. *Clinical child psychology and psychiatry*. 10: 88-101. [Link]
- Cuijpers, P., Donker, T., Weissman, M. M., Ravitz, P., & Cristea, I. A. (2016). Interpersonal Psychotherapy for Mental Health Problems: A Comprehensive Meta-Analysis. *American Journal of Psychiatry*, 173(7), 680-687. [Link]
- Gao, L., Moodie, M., & Chen, G. (2019). Measuring subjective wellbeing in patients with heart disease: relationship and comparison between health-related quality of life instruments. *Quality of Life Research*, 28(4), 1017-1028. [Link]
- Gilbert, P. (2010b). Compassion focused therapy: Its distinctive features. London: Rou. [Link]
- Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 53(1), 6-41. [Link]
- 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*. [Link]
- Irons, C., & Lad, S. (2017). Using compassion focused therapy to work with shame and self-criticism in complex trauma. *Australian Clinical Psychologist*, 3(1), 47-54. [Link]
- Khalili, D., Sheikholeslami, F. H., Bakhtiyari, M., Azizi, F., Momenan, A. A., & Hadaegh, F. (2014). The incidence of coronary heart disease and the population attributable fraction of its risk factors in Tehran: a 10-year population-based cohort study. *PloS one*, 9(8), e105804. [Link]
- Koszycki, D., Lafontaine, S., Frasure-Smith, N., Swenson, R., & Lespérance, F. (2004). An open-label trial of interpersonal psychotherapy in depressed patients with coronary disease. *Psychosomatics*, 45(4), 319-324. <https://doi.org/2/1//appi.psy./2/1/.319>. [Link]
- Kupper, N., & Denollet, J. (2018). Type D personality as a risk factor in coronary heart disease: a review of current evidence. *Current cardiology reports*, 20(11), 1-8. [Link]
- Miller, M. D., (2008). Using interpersonal therapy (IPT) with older adult today and tomorrow. A review of the literature and new developments. *Current psychology Reports*. 10 (1): 16- 22. [Link]
- Monemiyan, G., Mardanirad, M., h Ghanbari Panah, A., & Omid, A. (2021). Comparison of the effectiveness of cognitive-existential therapy and compassion-focused therapy in groups on psychological well-being of divorced female heads of household. *Journal of Psychological Science*, 20(99), 439-451. [Link]
- Mousavi, S. M., Khajevand Khoshli, A., Asadi, J., & Abdollahzadeh, H. (2021). Comparison of the effectiveness of compassion-focused therapy and acceptance and commitment therapy on distress tolerance in women with systemic lupus erythematosus. *Journal of Psychological Science*, 20(99), 453-469. [Link].

- Neff, K., & Germer, C. (2017). Self-Compassion and Psychological. *The Oxford handbook of compassion science*, 371. [Link]
- O'Dell, K. R., Masters, K. S., Spielmans, G. I., & Maisto, S. A. (2011). Does type-D personality predict outcomes among patients with cardiovascular disease? A meta-analytic review. *Journal of psychosomatic research*, 71(4), 199-206. [10.1016/j.jpsychores.2011.01.009Link]
- Phillips, W. J., Hine, D. W., & Marks, A. D. G. (2018). Self-compassion moderates the predictive effects of implicit cognitions on subjective well-being. *Stress and Health*, 34(1), 143-151. <https://doi.org/2/1/smi.2773>. [Link]
- Richardson, S., Shaffer, J. A., Falzon, L., Krupka, D., Davidson, K. W., & Edmondson, D. (2012). Meta-analysis of perceived stress and its association with incident coronary heart disease. *The American journal of cardiology*, 110(12), 1711-1716. [10.1016/j.amjcard.2012.08.004Link]
- Saarinen, A. I. L., Keltikangas-Järvinen, L., Hintsala, T., Pulkki-Råback, L., Ravaja, N., Lehtimäki, T., Raitakari, O., & Hintsanen, M. (2020). Does Compassion Predict Blood Pressure and Hypertension? The Modifying Role of Familial Risk for Hypertension. *International Journal of Behavioral Medicine*, 27(5), 527-538. [10.1007/s12529-020-09886-5Link]
- Shahedpour A, Hatami M, Noury R, Borjali M. (2019). Comparing the efficacy of compassionate therapy adapted to islamic teachings with compassionate therapy on self-compassion of breast cancer patients. *Journal of Psychological Science*, 80(18), 869-878. [Link]
- Sommaruga, M., & Pierobon, A. (2020). Psychotherapy and Psychological Support for Severe Heart Conditions. *Brain and Heart Dynamics*, 411-425. [Link]
- Sommers-Spijkerman, M. P. J., Trompetter, H. R., Schreurs, K. M. G., & Bohlmeijer, E. T. (2018). Compassion-focused therapy as guided self-help for enhancing public mental health: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 86(2), 101-115. <https://doi.org/2/1/ccp0000268>. [10.1037/ccp0000268Link]