



Comparison of effectiveness of functional analytic psychotherapy and compassionate therapy on distress tolerance and difficulty in emotion regulation in patients with cardiovascular disease

مقایسه اثربخشی روان‌درمانی تحلیلی کارکردی و شفقت‌درمانی بر تحمل‌پریشانی و دشواری تنظیم هیجان در بیماران قلبی و عروقی

Fatemeh Bronsi, PhD Student

Department of Psychology, Neyshabur Branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran

Zahra Bagherzadeh Gol Makani, Ph.D

Department of Psychology, Neyshabur Branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran

Ahmad Mansouri, Ph.D

Department of Psychology, Neyshabur Branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran

Ahmad Zendedel, Ph.D

Department of Mathematics, Islamic Azad University, Neyshabur Branch, Neyshabur, Iran

فاطمه برونی

گروه روان‌شناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران
زهرا باقرزاده گل‌مکانی*

گروه روان‌شناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران
احمد منصوری

گروه روان‌شناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران
احمد زنده دل

گروه ریاضی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران

چکیده

هدف این پژوهش بررسی تاثیر روان‌درمانی تحلیلی کارکردی و شفقت‌درمانی بر تحمل‌پریشانی و دشواری تنظیم هیجان بیماران قلبی-عروقی بود. این پژوهش نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه بیماران قلبی-عروقی شهر مشهد در سال ۱۳۹۹ بودند. نمونه پژوهش شامل ۴۵ بیمار قلبی-عروقی مراجعه‌کننده به کلینیک و درمانگاه ولیعصر بودند که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده و سپس به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (هر گروه ۱۵ نفر) و یک گروه کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند. پس از اجرای پیش‌آزمون، گروه‌های آزمایش تحت مداخلات روان‌درمانی تحلیلی کارکردی و شفقت‌درمانی قرار گرفتند و در پایان از هر دو گروه پس‌آزمون به عمل آمد، اما گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. ابزار پژوهش شامل مقیاس تحمل‌پریشانی Simons و Gaher (۲۰۰۵) و پرسشنامه دشواری در تنظیم هیجان Gratz و Roemer (۲۰۰۴) بود. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS و روش تحلیل کواریانس چندمتغیره تحلیل شد. نتایج نشان داد بین اثربخشی روان‌درمانی تحلیلی کارکردی و شفقت‌درمانی بر تحمل‌پریشانی و دشواری تنظیم هیجان بیماران مبتلا به بیماری قلبی و عروقی تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0.05$). شفقت‌درمانی اثربخشی بیشتری نسبت به روان‌درمانی تحلیلی کارکردی بر تحمل‌پریشانی و دشواری تنظیم هیجان بیماران مبتلا به بیماری قلبی و عروقی دارد. بر اساس یافته‌ها می‌توان نتیجه گرفت که شفقت‌درمانی منجر به افزایش تحمل‌پریشانی و کاهش دشواری در تنظیم هیجان بیماران قلبی-عروقی می‌شود.

واژگان کلیدی: روان‌درمانی تحلیلی کارکردی، شفقت‌درمانی، تحمل‌پریشانی، دشواری تنظیم هیجان، بیماران قلبی عروقی

Abstract

This study aimed at comparing functional analysis therapy and compassionate therapy on distress tolerance and difficulty in emotion regulation among cardiovascular patients. It was a quasi-experimental study with pre-test, post-test and a control group. The statistical population included all cardiovascular patients in Mashhad in 2020. The sample consisted of 45 cardiovascular patients referred to Valiasr clinic who were selected by convenience sampling method and then were randomly assigned to two experimental groups (15 patients in each group) and a control group (15 patients). After the pre-test, the experimental groups underwent functional analysis psychotherapy and compassionate therapy interventions, and at the end, both groups took the post-test, but the control group did not receive any intervention. The research instruments included the Distress Tolerance Scale (Simons & Gaher, 2005) and the Difficulties in Emotion Regulation Scale (Roemer and Gratz, 2004). Data were analyzed using SPSS software and multivariate analysis of covariance. The results showed that there was a significant difference between the effectiveness of functional analysis psychotherapy and compassion therapy on the distress tolerance and difficulty in emotion regulation in patients with cardiovascular diseases ($P < 0.05$). Compassionate therapy was more effective than the functional analysis psychotherapy on the distress tolerance and difficulty in emotion regulation in patients with cardiovascular disease. Based on the findings, it can be concluded that compassion therapy led to increased distress tolerance and reduced difficulty in emotion regulation of cardiovascular patients.

Keywords: functional analysis psychotherapy, compassion therapy, distress tolerance, difficulty in emotion regulation, cardiovascular disease

مقدمه

مفهومی پیچیده است که طیف گسترده‌ای از فرآیندهای زیستی، اجتماعی، رفتاری و همچنین فرآیندهای شناختی هوشیار و ناهوشیار را در بر می‌گیرد (Garnefski & Kraaij, 2006). از آنجایی که تنظیم هیجان نقشی محوری در تحول به‌هنگار داشته و ضعف در آن، عاملی مهم در ایجاد اختلال‌های روانی به‌شمار می‌رود، نظریه‌پردازان بر این باورند، افرادی که قادر به مدیریت صحیح هیجانات‌شان در برابر رویدادهای روزمره نیستند، بیشتر نشانه‌های تشخیصی، اختلال‌های درونی‌سازی از جمله خشم و اضطراب و افسردگی را نشان می‌دهند (Kim & Page, 2013). بسیاری از افراد مبتلا به اختلالات روانی، در تنظیم هیجان دچار مشکل هستند (Gross, 2013; Tull, Gratz, Litzman, 2010). پژوهش‌ها نشان می‌دهند که فشارزایی مانند ناتوانی در تنظیم شناختی، استرس و اضطراب نقشی کلیدی در رشد و گسترش بیماری‌های قلبی عروقی دارند. تنظیم هیجانی پایین سلامت جسمی را نیز به خطر می‌اندازد (Albert et al., 2017). با توجه به تاثیر منفی آسیب‌های روان شناختی بر سلامت روان بیماران قلبی عروقی توجه به درمان‌های روان شناختی اهمیت زیادی دارد از جمله روش‌های درمانی برای درمان آسیب‌ها و اختلالات روان شناختی، روان درمانی تحلیلی کارکردی و شفقت درمانی است.

روان درمانی تحلیلی کارکردی (Functional analytic psychotherapy, FAP)، مدلی بر اساس رفتارگرایی افراطی است و نخستین بار توسط Kohlenberg & Tsai (۱۹۹۱) تدوین شد. این مدل چنین فرض می‌کند که رابطه درمانی بافت اولیه برای تغییر رفتار در فرایند درمانی مراجعان و دارای مشکلات بین فردی است (Kohlenberg & Tsai, 2012; Kohlenberg, 2009). هدف اصلی روان‌درمانی تحلیلی کارکردی، کمک به درمانگر برای توسعه یک بافت درمانی است که توازن کارکردی را بین محیط درمان و زندگی روزمره که تقویت طبیعی فوری و شکل‌گیری در آن رخ می‌دهد، برانگیزد. اصول اساسی روان‌درمانی تحلیلی کارکردی مبتنی بر رفتار بالینی مناسب و کاربرد پنج قانون یا راهنمای درمانی است. سه نوع رفتار بالینی مناسب وجود دارد که نوع اول، شامل مشکلات مراجع است که در جلسه درمان رخ می‌دهند. همچنین این دسته از رفتارها بیشتر با حرکت‌های انزجاری کنترل

بیماری‌های قلبی عروقی به عنوان یکی از مهمترین علل مرگ و میر در جهان و یکی از بزرگترین مشکلات بهداشتی حال حاضر جهان به‌شمار می‌روند. طبق گزارش سازمان جهانی پیش بینی می‌شود تا سال ۲۰۳۰ حدود ۳۰ میلیون نفر به دلیل بیماری قلبی عروقی جان خود را از دست بدهند و تقریباً یک هفتم هزینه‌های حوزه مراقبت‌های بهداشتی صرف بیماری‌های قلبی عروقی می‌شود (Ramanathan, Tan, Loh, Soh, & Yap, 2018). به عقیده Barzin (۲۰۱۰) این بیماری نه تنها سلامتی بیماران بلکه ارتباطات اجتماعی، الگوی زندگی و سلامت روان آن‌ها را نیز تحت تاثیر قرار می‌دهد. بنابراین بیماران قلبی عروقی به واسطه محدودیت‌هایی که در زندگی برای آن‌ها ایجاد می‌شود دچار اختلالاتی در تحمل پریشانی و دشواری در تنظیم هیجانات می‌شوند (Taylor, 2010).

تحمل پریشانی توانایی فرد در تجربه و تحمل حالت هیجانی منفی تعریف شده است (Simons & Gaher, 2005). مطالعات بسیاری نشان داده‌اند که پریشانی روانشناختی با افزایش خطر ابتلا به بیماری قلبی همراه است (Stansfeld, Fuhrer, 2002). تحمل پریشانی در بیماران قلبی عروقی از اهمیت زیادی برخوردار است چرا که هرچه تحمل پریشانی در این بیماران کاهش یابد، استرس و اضطراب آن‌ها افزوده خواهد شد و به تبع آن سلامت جسمی آن‌ها با تهدید بیشتری مواجه می‌شود. دشواری در تنظیم هیجان نیز از مولفه‌های دیگری است که در بیماران قلبی عروقی به‌طور دیده می‌شود. تنظیم هیجان به ظرفیت نظارت، ارزیابی، فهم و اصلاح واکنش‌های هیجانی به شیوه‌ای که برای عملکرد به‌هنگار سودمند است، اشاره دارد و ماهیتاً فرایندی را در بر می‌گیرد که از طریق آن افراد هیجان‌هایشان را خواه به صورت هشیار یا ناهشیار به وسیله اصلاح تجارب یا تغییر موقعیت فراخواننده‌ی هیجان تنظیم می‌کنند (Pollock, McCabe, Southard, & Zeigler, 2016). دشواری در تنظیم هیجان، به مشکل افراد در آگاهی، فهم و پذیرش هیجانات، کنترل رفتارهای تکانشی، رفتار مطابق با اهداف موردنظر به‌هنگام تجربه هیجانات منفی و استفاده انعطاف‌پذیر از راهبردهای تنظیم هیجان برای مواجهه با الزامات موقعی اشاره دارد (Gratz & Roemer, 2004). تنظیم هیجان

شود، بلکه تلاش می‌شود تا احساسات به صورتی مهربانانه مورد پذیرش واقع شود (Allen & Leary, 2010). اثر بخشی شفقت درمانی بر کاهش هیجانات منفی (Imrie & Troop, 2013; Lincoln, Hohenhaus, & Hartmann, 2012); کاهش استرس (Heriot-Maitland, Vidal, Ball, & Irons, 2014); کاهش نشانه‌ها و علائم متداول اضطراب (Lucre & Corten, 2013); دشواری تنظیم هیجان (Braehler et al., 2013) نشان داده شده است و به عنوان رویکرد درمانی موثر بر اختلالات روان‌شناختی مورد استفاده قرار می‌گیرد.

مطابق با پیشینه پژوهش روان‌درمانی تحلیل کارکردی و شفقت درمانی جایگاه مناسبی در بهبود مشکلات روان‌شناختی ناشی از بیماری‌های جسمانی دارند (Bluth & Eisenlohr-Moul, 2017; Danson, 2015; García, 2008; Gilbert, 2014; Kirby, Day, & Sagar, 2019). در همین راستا تحقیقات بین‌المللی و پیامدهای مثبت درمان‌های روان‌درمانی تحلیل کارکردی و شفقت درمانی در مورد مشکلات مربوط به افسردگی، اضطراب (Austin et al., 2021); توانمندسازی (Bratt, Gralberg, Svensson, & Rusner, 2020); تحمل پریشانی (Bluth & Eisenlohr-Moul, 2017); تنظیم هیجان (Danson, 2015) و اختلالات اضطرابی (García, 2008) مبتلایان به بیماری‌های قلبی عروقی موثر بوده است.

با توجه به گرایش بشر به سمت ارتقاء تحمل پریشانی و تنظیم هیجانات و با توجه به تفاوت‌های موجود در روش‌های رسیدن به این اهداف، رویکردهای ارائه شده می‌توانند بررسی جدیدی در مورد اثربخشی این نوع مداخلات روان‌شناختی بر بهبود تحمل پریشانی و تنظیم هیجان بیماران قلبی عروقی باشد. با توجه به محورهای اصلی این رویکردهای درمانی، اهمیت و نقش کلیدی تحمل پریشانی و تنظیم هیجان در سلامت روان بیماران قلبی عروقی، بررسی رویکردهای درمانی ارائه شده از اهمیت زیادی برخوردار است. بنابراین با توجه به شیوع فراوان بیماری قلبی عروقی و پیامدهای عمیقی که بر ابعاد جسمانی و روان‌شناختی افراد می‌گذارد، برای بررسی سلامت افراد نمی‌توان تنها به ابعاد جسمانی توجه نمود و لازم است تحقیقات زیادی در تمامی ابعاد سلامت صورت گیرد. مرور پژوهش‌ها گویای این است که تحقیقات انجام شده معدودی در زمینه

می‌شوند و اغلب رفتارهای اجتنابی‌اند، نوع دوم، شامل پیشرفت‌های مراجع است که در جلسه درمان رخ می‌دهد و نوع سوم، شامل مشاهده و توصیف رفتار و تقویت همراه با آن، محرک تمیزدهنده و فراخوان آن رفتار است. پنج قانون نیز برای این درمان وجود دارد که درمانگران از آن‌ها پیروی می‌کنند. این قوانین شامل شناسایی (Identifying)، برانگیختن (Evoking)، تقویت (Reinforcing)، تفسیر رفتار مراجع (Interpreting the client's behavior) و توجه به تأثیر تقویت (Noticing the impact of reinforcement) است (Kanter et al., 2009).

روان‌درمانی تحلیلی کارکردی بر آنچه بین درمانگر و مراجع، این‌جا و اکنون، رخ می‌دهد، تمرکز دارد. به این معنا که هر جلسه با وضعیت شخص مراجع سازگار است. روان‌درمانی تحلیلی کارکردی، استفاده جمعی از فن‌خاص نیست بلکه به سطح فعلی کارکرد مراجع به منظور تعیین اینکه پیشرفتی رخ داده است و باید تقویت شود، توجه می‌کند. به علاوه، روان‌درمانی تحلیلی کارکردی، می‌تواند به تنهایی یا همراه با دیگر درمان‌ها به کار رود و نتایجی هماهنگ ایجاد کند (Kohlenberg et al., 2005). درمان متمرکز بر شفقت (Compassion-focused therapy) نیز بر اساس رویکرد تحولی عصب‌شناختی برای مشکلات سلامت ذهنی شکل گرفته است (Gilbert, 2005)، و بر چهار حوزه‌ی، تجارب پیشین و تاریخچه‌ی (Background experiences)، ترس‌های اساسی (key fears)، راهکارهای احساس امنیت (Developed safety strategies)، پیامدها و نتایج پیش‌بینی نشده و غیر عمدی (Unintended consequences)، متمرکز است (Gilbert, 2009). شفقت درمانی می‌تواند با ایجاد برخی ویژگی‌های مثبت چون ادراک معقول خود، صبر، بردباری و تعادل هیجانی در طول تجربه‌های دشوار و همچنین یادآوری این نکته به شخص، که ناملايمات و مشکلات برای همگان اتفاق می‌افتند، یک نقطه کلیدی برای درک ارتباط منفی این متغیر با آسیب‌های روانی باشد (Gilbert & Procter, 2006). شفقت با سبک مقابله و تنظیم هیجانات نیز مرتبط است (Diedrich, Grant, Hofmann, Hiller, & Berking, 2014). در واقع شفقت می‌تواند از راه‌های مختلف به عنوان یک راهبرد تنظیم هیجان در نظر گرفته شود، که در آن از تجربه هیجان‌های آزار دهنده و نامطلوب جلوگیری نمی‌

تحلیل کارکردی)، ۱۵ نفر در گروه آزمایشی دوم (شفقت درمانی) و ۱۵ نفر در گروه کنترل جایگزین شدند. قبل از اجرای درمان پیش آزمون و پس از اجرای درمان پس آزمون انجام گردید. ملاک های ورود افراد برای شرکت در پژوهش حاضر شامل، تشخیص بیماری قلبی عروقی توسط متخصص، نداشتن بیماری روانی خاص، محدوده سنی بین ۳۰ تا ۵۰ سال، دریافت نکردن درمان های روان شناختی همزمان با پژوهش، نداشتن سابقه ابتلا به اختلالات تیک و اسکیزوفرنیا بود. ملاحظات اخلاقی شامل رضایت کتبی آگاهانه برای شرکت در پژوهش، رعایت اصل رازداری و اجتناب از هر گونه آسیب به شرکت کنندگان بود. همچنین این پژوهش دارای کد اخلاق از کمیته اخلاق در پژوهش های زیست پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد مشهد (IR.IAU.MSHD.REC1398) است.

ابزار سنجش

مقیاس تحمل پریشانی: این آزمون توسط Simons و Gaher (۲۰۰۵) ساخته شده است و دارای ۱۵ ماده و چهار خرده مقیاس تحمل پریشانی هیجانی، جذب شدن به وسیله هیجان های منفی، برآورد ذهنی پریشانی و تنظیم تلاش ها برای تسکین پریشانی می باشد. گویه های این مقیاس براساس مقیاس ۵ درجه ای در دامنه ای از ۱ (کاملاً موافقم) تا ۵ (کاملاً مخالف) نمره گذاری می شوند. دامنه نمره بین ۱۵ تا ۷۵ است و نمره بیشتر در این آزمون بیانگر تحمل پریشانی بیشتر فرد است. Simons و Gaher ضرایب آلفای کرونباخ ۰/۷۰ تا ۰/۸۲ گزارش کردند (Simons & Gaher, 2005). عزیزی، میرزایی و شمس (۲۰۱۰) اعتبار این آزمون را به روش همسانی درونی و بازآزمایی به ترتیب ۰/۶۷ و ۰/۷۹ گزارش کردند (Azizi, Mirzaie, & Shams, 2010). در پژوهش حاضر برای بررسی روایی از همسانی درونی استفاده شد ضریب آلفای کرونباخ بدست آمده ۰/۷۹ گزارش شد. ضریب پایایی بدست آمده برای این مقیاس نیز با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۷ بدست آمد. دو مورد از سوالات پرسشنامه عبارتند از: ۱- داشتن احساس پریشانی یا آشفتگی کردن برای من غیر قابل تحمل است. ۲- وقتی پریشان یا آشفته هستم، فقط به این می توانم فکر کنم که چه احساس بدی دارم.

اثربخشی روان درمانی تحلیل کارکردی و شفقت درمانی بر تحمل پریشانی و دشواری تنظیم هیجان بیماران مبتلا به بیماری قلبی و عروقی صورت گرفته است، لذا پژوهش حاضر اثربخشی روان درمانی تحلیل کارکردی و شفقت درمانی بر تحمل پریشانی و دشواری تنظیم هیجان را بر روی بیماران مبتلا به بیماری قلبی و عروقی در جمعیت ایرانی مورد پژوهش قرار می دهد. در این پژوهش محقق به دنبال پاسخ گویی به این سوال بود که آیا بین اثربخشی روان درمانی تحلیل کارکردی و شفقت درمانی بر تحمل پریشانی و دشواری تنظیم هیجان بیماران مبتلا به بیماری قلبی و عروقی تفاوت وجود دارد؟

فرضیه های پژوهش عبارت بودند از: (۱) بین اثربخشی روان درمانی تحلیل کارکردی و شفقت درمانی بر تحمل پریشانی بیماران مبتلا به بیماری قلبی و عروقی تفاوت وجود دارد؛ (۲) بین اثربخشی روان درمانی تحلیل کارکردی و شفقت درمانی بر دشواری تنظیم هیجان بیماران مبتلا به بیماری قلبی و عروقی تفاوت وجود دارد؛ (۳) روان درمانی تحلیل کارکردی بر تحمل پریشانی بیماران مبتلا به بیماری قلبی و عروقی موثر است؛ (۴) روان درمانی تحلیل کارکردی بر دشواری تنظیم هیجان بیماران مبتلا به بیماری قلبی و عروقی موثر است؛ (۵) شفقت درمانی بر تحمل پریشانی بیماران مبتلا به بیماری قلبی و عروقی موثر است؛ (۶) شفقت درمانی بر دشواری تنظیم هیجان بیماران مبتلا به بیماری قلبی و عروقی موثر است.

روش کار

روش پژوهش، جامعه و نمونه: این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی (Quasi experimental) با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل همه بیماران قلبی- عروقی مراجعه کننده به کلینیک و درمانگاه ولیعصر شهر مشهد در بازه زمانی سال ۱۳۹۹ بودند. روش نمونه گیری در این پژوهش، به صورت نمونه گیری در دسترس بود. بدین صورت که از بین بیماران مبتلا به بیماری قلبی و عروقی مراجعه کننده به کلینیک و درمانگاه ولیعصر شهر مشهد ۸۰ نفر انتخاب گردید و از بین این ۸۰ نفر، بر اساس ملاک های ورود و خروج ۴۵ نفر به عنوان نمونه انتخاب شدند. سپس به صورت تصادفی تعداد ۱۵ نفر در گروه آزمایشی اول (روان درمانی

کننده به کلینیک و درمانگاه ولیعصر شهر مشهد بود. گام دوم، در این مرحله مشارکت‌کنندگان به صورت تصادفی بر اساس ملاک ورود و گمارش آن‌ها به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش واقعی و یک گروه کنترل تقسیم شدند. گام سوم: این مرحله اجرای پیش‌آزمون با استفاده از پرسش‌نامه‌ها بود که روی هر سه گروه انجام شد. گام چهارم: در این مرحله شرکت‌کننده‌های گروه‌های آزمایش در معرض فرایند درمان روان‌درمانی تحلیلی کارکردی و شفقت‌درمانی قرار گرفتند و گروه کنترل در معرض هیچ درمانی قرار نگرفت. گام پنجم: در این مرحله اجرای پس‌آزمون با استفاده از پرسش‌نامه بر روی هر سه گروه انجام شد. جلسات روان‌درمانی تحلیلی کاربردی در ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای به شیوه گروهی و هفتگی برای شرکت‌کنندگان گروه آزمایش برگزار شد، در حالی که گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. پکیج جلسات درمانی بر اساس طرح درمانی ماویس سای و رابرت کوهلنبرگ (۱۹۹۱)، به نقل از فیضی، (۱۳۹۵) تدوین گردید (Feyzi, 2012). جلسات روان‌درمانی تحلیلی کارکردی در جدول ۱ بیان شده است.

جلسات درمان متمرکز بر شفقت نیز در ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای به شیوه گروهی و هفتگی برای شرکت‌کنندگان گروه آزمایش برگزار شد، در حالی که گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکردند. جلسات شفقت‌درمانی بر اساس طرح درمانی Gilbert (۲۰۰۹) تدوین شده است (Gilbert, 2009) که در جدول ۲ شرح داده شده است.

داده‌های حاصل از این پژوهش با استفاده از نرم افزار آماری SPSS-۲۵ تجزیه و تحلیل شد. ابتدا با استفاده از روش‌های آمار توصیفی مانند میانگین و انحراف معیار، داده‌ها توصیف شدند و سپس برای بررسی اثربخشی روان‌درمانی تحلیلی کارکردی و شفقت‌درمانی بر تحمل پریشانی و دشواری تنظیم هیجان بیماران مبتلا به بیماری قلبی عروقی، با استفاده از روش‌های آمار استنباطی (تحلیل کواریانس چندمتغیره) فرضیه‌های پژوهش مورد سنجش قرار گرفتند. در ضمن قبل از تحلیل کواریانس پیش فرض نرمال بودن متغیرهای پژوهشی بررسی گردید.

پرسشنامه دشواری در تنظیم هیجان: این آزمون توسط Gratz و Roemer (۲۰۰۴) ساخته شده است و دارای ۳۶ ماده و شش خرده مقیاس عدم پذیرش هیجان‌های منفی، دشواری در انجام رفتارهای هدفمند مواقع درماندگی، دشواری در کنترل تکانه، دستیابی محدود به راهبردهای اثربخش تنظیم هیجان، فقدان آگاهی هیجانی و فقدان شفافیت هیجانی می باشد. هر یک از مواد این پرسشنامه بر اساس یک مقیاس پنج درجه‌ای و در دامنه‌ای از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه) نمره گذاری می شود. آن‌ها ضریب آلفای کرونباخ نمره کل پرسشنامه و خرده مقیاس‌های آن را ۰/۸۰ تا ۰/۹۳ گزارش نمودند. اعتبار نمره کل این پرسشنامه را به روش بازآزمایی (به فاصله ۸-۴ هفته)، ۰/۸۸ و اعتبار خرده مقیاس‌های آن را ۰/۵۷ تا ۰/۸۹ محاسبه کردند (Gratz & Roemer, 2004). در پژوهش منصوری، نجات و منصور (۱۳۹۶) اعتبار کل آزمون و خرده مقیاس‌های آن ۰/۶۰ تا ۰/۸۹ گزارش شده است (Mansouri, Nejat, & Mansouri, 2017). نتایج تحلیل عاملی تأییدی آنها نیز بیانگر شاخص‌های خوب و رضایت بخش (۰/۹۵=برازش تطبیقی، ۰/۹۱=برازش هنجاری، ۰/۹۴=برازش نرم نشده، ۰/۹۵=برازش افزایشی، ۰/۹۰=برازش نسبی، ۰/۷۹=نیکویی برازش و ۰/۷۸=قریب ریشه میانگین) این پرسشنامه بوده است. در پژوهش حاضر برای بررسی روایی از همسانی درونی استفاده شد ضریب آلفای کرونباخ بدست آمده ۰/۷۶ گزارش شد. ضریب پایایی بدست آمده برای این مقیاس نیز با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۴ بدست آمد. دو مورد از سوالات پرسشنامه عبارتند از: ۱- احساس می‌کنم در مورد آن اتفاق ناگوار و یا شرایط استرس‌زا خودم مقصرم. ۲- فکر می‌کنم مجبورم آنچه که اتفاق افتاده است را بپذیرم.

روش اجرا و تحلیل داده‌ها

به منظور گردآوری داده‌ها از نمونه‌های پژوهش، از طریق دانشگاه مجوز لازم اخذ شد و در ادامه پژوهش در قالب ۵ مرحله انجام گردید. گام اول، انتخاب جامعه و حجم نمونه به روش نمونه‌گیری در دسترس از بین بیماران قلبی عروقی مراجع

جدول ۱. محتوی جلسات روان‌درمانی تحلیلی کارکردی

محتوی جلسه

جلسه

| | |
|------------|---|
| جلسه اول | توضیح در مورد روان درمانی تحلیل کارکردی و و آغاز آن و ارائه ارزیابی و مفهوم پردازش منعطف مساله درمانجو و استفاده از قواعد درمانی |
| جلسه دوم | آموزش آگاهی (قاعده ۱ و قاعده ۴)؛ شامل الف) آگاه بودن از موقعیت های درمانی که به طور مکرر رآب ها را فراخوانی می کنند، ب) آگاهی از واکنش های خودتان به عنوان فشارسنج و ج) استفاده از مفهوم پردازش روان درمانی تحلیل کارکردی |
| جلسه سوم | آموزش شجاعت (قاعده دوم)؛ شامل ساختار دادن با منطق روان درمانی تحلیل کارکردی، تمرکز روی طبقات پاسخ های الگوی ارزیابی فریژه کارکردی، استفاده از روش های درمانی برانگیزاننده |
| جلسه چهارم | آموزش عشق درمانگرانه (قاعده سوم)؛ شامل پاسخ دادن به رآب های ۱، هدایت شدن با بهترین منافع درمانجو و تقویت شدن با بهبودهای او، منطبق ساختن انتظارات با خزانه رفتاری کنونی درمانجو، تشدید احساسات برای افزایش برجستگی آن ها. |
| جلسه پنجم | آموزش خودافشاگری (ارائه واکنش های درمانگر به درمانجو) و ارائه تکلیف خانگی |
| جلسه ششم | توضیح دادند و حرف زدن با درمانجویان (قاعده ۵)؛ شامل مشابه سازی بین رفتارهای داخل جلسه و بیرون از جلسه |
| جلسه هفتم | آموزش تعامل درمانی منطقی در روان درمانی تحلیل کارکردی |
| جلسه هشتم | آموزش و تمرین گشودگی نسبت به تکنیک های مکاتب درمانی دیگر و پایان درمان |

جدول ۲. محتوی جلسات شفقت درمانی

| جلسه | محتوی جلسه |
|------------|--|
| جلسه اول | آشنایی افراد گروه با یکدیگر، بیان قوانین گروه، توضیح در مورد تحمل پریشانی، دشواری در تنظیم هیجان و حساسیت اضطرابی، پیامدهای آن بر افراد، گفتگوی اعضا در ارتباط با مشکلات حاصل از تحمل پریشانی، دشواری در تنظیم هیجان و حساسیت اضطرابی؛ توضیح چگونگی عملکرد ذهن و اینکه چگونه و چرا اختلال در عملکرد آن پیش می آید. |
| جلسه دوم | توضیح و تشریح شفقت: اینکه شفقت چیست و چگونه می توان از طریق آن بر مشکلات فائق آمد. |
| جلسه سوم | تفکر در باره شفقت نسبت به دیگران، توجه و تمرکز بر شفقت، تفکر شفقت آمیز، رفتار شفقت آمیز، تصویرسازی شفقت آمیز |
| جلسه چهارم | افزایش گرمی و انرژی، ذهن آگاهی، پذیرش، خرد و قدرت، گرمی و عدم قضاوت |
| جلسه پنجم | تمرین هوشیاری، ذهن آگاهی، بررسی باورهایی که هیجانات غیرمفید را به همراه خود دارند، مزایا و معایب آن |
| جلسه ششم | انجام تمرین رنگ شفقت، صدا و تصویر شفقت، و نامه نگاری بر اساس شفقت |
| جلسه هفتم | نامه نگاری شفقت ورز، تمرین خشم و شفقت، تمرین ترس از شفقت، آمادگی برای خاتمه گروه |
| جلسه هشتم | مرور، جمع بندی، خاتمه کار گروه، و انجام پس آزمون |

یافته‌ها

میانگین متغیر تحمل پریشانی و تنظیم هیجان در گروه‌های آزمایش و کنترل در جدول ۳ ارائه گردید.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار متغیرهای تحمل پریشانی و تنظیم هیجان در گروه‌های آزمایش و کنترل

| متغیرها | گروه | میانگین | انحراف معیار |
|--------------------|----------------|---------|--------------|
| تحمل پریشانی | تحلیلی کارکردی | ۴۳/۳۳ | ۶/۰۹ |
| | شفقت‌درمانی | ۵۱/۶۰ | ۶/۹۸ |
| | کنترل | ۳۲/۸۰ | ۷/۴۸ |
| دشواری تنظیم هیجان | تحلیلی کارکردی | ۱۱۳/۲۰ | ۱۰/۴۰ |
| | شفقت‌درمانی | ۸۹/۰۷ | ۱۲/۳۱ |
| | کنترل | ۱۳۲/۶۷ | ۹/۵۶ |

بررسی نرمال بودن متغیرهای پژوهش در جدول ۴ بیان شده است. نتایج نشان می‌دهد که توزیع تمامی متغیرها نرمال است ($P > 0/05$). بررسی مفروضه همگنی واریانس‌ها و همگنی واریانس-کوواریانس متغیرهای پژوهش در جدول ۵ نشان داده شده است. نتایج آزمون لوین (Levene's test) نشان می‌دهد که واریانس همه متغیرهای پژوهش بین دو گروه برابر بوده و با یکدیگر تفاوت معنادار ندارند و پیش فرض یکسانی رعایت شد ($P > 0/05$).

جدول ۴. بررسی نرمال بودن متغیرهای پژوهش

| متغیرها | گروه | پیش‌آزمون | |
|-----------------------|----------------|-------------------|----|
| | | آماره شاپیرو ویلک | df |
| تحمل پریشانی | تحلیلی کارکردی | ۰/۹۴ | ۱۵ |
| | شفقت‌درمانی | ۰/۹۶ | ۱۵ |
| | کنترل | ۰/۹۳ | ۱۵ |
| دشواری در تنظیم هیجان | تحلیلی کارکردی | ۰/۹۳ | ۱۵ |
| | شفقت‌درمانی | ۰/۹۵ | ۱۵ |
| | کنترل | ۰/۹۷ | ۱۵ |

جدول ۵. بررسی مفروضه همگنی واریانس‌ها و همگنی واریانس-کوواریانس متغیرهای پژوهش

| متغیر | همگنی واریانس (آزمون لوین) | | | | همگنی واریانس کوواریانس (آزمون باکس) | | | | |
|--------------|----------------------------|-----------------|-----------------|------|--------------------------------------|------|-----------------|-----------------|------|
| | F | df ₁ | df ₂ | p | BM | F | df ₁ | df ₂ | p |
| تحمل پریشانی | ۰/۲۱ | ۲ | ۴۲ | ۰/۸۱ | ۹/۵۴ | ۰/۷۱ | ۱۲ | ۸۵۴۸/۶۱ | ۰/۷۴ |

| | | | | |
|-----------------------|------|---|----|------|
| دشواری در تنظیم هیجان | ۰/۹۸ | ۲ | ۴۲ | ۰/۳۸ |
|-----------------------|------|---|----|------|

جدول ۶. نتایج آزمون یکسانی شیب خط رگرسیون

| منابع تغییر | متغیر وابسته | مجموع مجزورات | df | میانگین مجزورات | F | سطح معناداری |
|-------------|--------------------|---------------|----|-----------------|------|--------------|
| گروه | تحمل پریشانی | ۳۵/۱۰ | ۳ | ۱۱/۷۰ | ۲/۱۲ | ۰/۱۱ |
| | دشواری تنظیم هیجان | ۵۴/۹۹ | ۳ | ۱۸/۳۳ | ۱/۶۳ | ۰/۲۰ |

آمده، فرضیه ۱ مبنی بر این که بین اثربخشی روان درمانی تحلیل کارکردی و شفقت درمانی بر تحمل پریشانی بیماران مبتلا به بیماری قلبی و عروقی تفاوت وجود دارد تایید شد. فرضیه ۲ مبنی بر این که بین اثربخشی روان درمانی تحلیل کارکردی و شفقت درمانی بر دشواری تنظیم هیجان بیماران مبتلا به بیماری قلبی و عروقی تفاوت وجود دارد، تایید شد. فرضیه ۳ مبنی بر این که روان درمانی تحلیل کارکردی بر تحمل پریشانی بیماران مبتلا به بیماری قلبی و عروقی موثر است. تایید شد. فرضیه ۴ مبنی بر این که روان درمانی تحلیل کارکردی بر دشواری تنظیم هیجان بیماران مبتلا به بیماری قلبی و عروقی موثر است، تایید شد. فرضیه ۵ مبنی بر این که شفقت درمانی بر تحمل پریشانی بیماران مبتلا به بیماری قلبی و عروقی موثر است، تایید شد. فرضیه ۶ مبنی بر این که شفقت درمانی بر دشواری تنظیم هیجان بیماران مبتلا به بیماری قلبی و عروقی موثر است، تایید شد.

نتایج جدول ۷ نشان می‌دهد که پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، تفاوت نمره‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون سه گروه برای متغیر تحمل پریشانی معنادار ($F=۰/۸۷۴$ ، $P<۰/۰۵$)، $F=۱۳۹/۰۱$ و دشواری در تنظیم هیجان ($F=۰/۹۳۷$ ، $P<۰/۰۵$) معنادار است. برای بررسی دقیق‌تر تفاوت‌های موجود بین گروه‌های پژوهش از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد (جدول ۸).

نتایج جدول ۸ نشان می‌دهد بین میانگین نمره تحمل پریشانی و دشواری تنظیم هیجان گروه‌های تحلیلی کارکردی و شفقت درمانی با گروه کنترل تفاوت معنادار وجود دارد ($P<۰/۰۵$). همچنین بین میانگین نمره گروه تحلیلی کارکردی و شفقت درمانی تفاوت معنادار وجود دارد ($P<۰/۰۵$). با توجه به نتایج جدول ۱ و ۸، نتایج نشان داد که شفقت درمانی اثر بیشتری بر افزایش تحمل پریشانی و همچنین دشواری در تنظیم هیجان داشته است. از این رو، با توجه به نتایج بدست

جدول ۷. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره مربوط به گروه‌های آزمایش و کنترل در متغیرهای پژوهش

| منبع تغییرات | متغیر وابسته | مجموع مجزورات | df | میانگین مجزورات | F | سطح معناداری | مجزور اتا |
|------------------------|-----------------------------|---------------|----|-----------------|--------|--------------|-----------|
| پیش‌آزمون | پس‌آزمون تحمل پریشانی | ۱۷۲۲/۰۳ | ۱ | ۱۷۲۲/۰۳ | ۲۹۳/۹۲ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۸۸ |
| تحمل پریشانی | پس‌آزمون دشواری تنظیم هیجان | ۵۱/۸۸ | ۱ | ۵۱/۸۸ | ۲/۹۳ | ۰/۰۹۵ | ۰/۰۶۸ |
| پیش‌آزمون دشواری تنظیم | پس‌آزمون تحمل پریشانی | ۱۸/۷۱ | ۱ | ۱۸/۷۱ | ۳/۱۹ | ۰/۰۸۱ | ۰/۰۷۴ |
| هیجان | پس‌آزمون دشواری تنظیم هیجان | ۳۴۴۰/۹۷ | ۱ | ۳۴۴۰/۹۷ | ۱۹۴/۵۴ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۸۲۹ |
| گروه | تحمل پریشانی | ۱۶۵۶/۷۴ | ۲ | ۷۸۲/۸۷ | ۱۳۰/۷۳ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۸۷ |

| | | | | | | |
|------|--------|--------|---------|---|---------|--------------------|
| ۰/۹۴ | ۰/۰۰۰۱ | ۲۸۸/۰۶ | ۴۹۹۰/۲۴ | ۲ | ۹۹۸۰/۴۷ | دشواری تنظیم هیجان |
|------|--------|--------|---------|---|---------|--------------------|

جدول ۸. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای متغیرهای پژوهش

| متغیر | گروه | گروه | تفاوت میانگین | خطای استاندارد | معناداری |
|--------------------|----------------|-------------|---------------|----------------|----------|
| تحمل پریشانی | تحلیلی کارکردی | شفقت‌درمانی | -۸/۲۱ | ۰/۹۴ | ۰/۰۰۰۱ |
| | کنترل | کنترل | ۷/۱۳ | ۰/۹۲ | ۰/۰۰۰۱ |
| دشواری تنظیم هیجان | شفقت‌درمانی | کنترل | ۱۵/۳۵ | ۰/۹۵ | ۰/۰۰۰۱ |
| | تحلیلی کارکردی | شفقت‌درمانی | ۱۷/۸۴ | ۱/۶۰ | ۰/۰۰۰۱ |
| دشواری تنظیم هیجان | کنترل | کنترل | -۲۱/۰۱ | ۱/۵۶ | ۰/۰۰۰۱ |
| | شفقت‌درمانی | کنترل | -۳۸/۸۵ | ۱/۶۱ | ۰/۰۰۰۱ |

بحث و نتیجه‌گیری

هدف اصلی پژوهش، بررسی تاثیر روان‌درمانی تحلیلی کارکردی و شفقت‌درمانی بر تحمل پریشانی و دشواری تنظیم هیجان بیماران قلبی-عروقی بود. منظور از بیماران قلبی عروقی افرادی بودند که توسط متخصص به عنوان بیمار قلبی عروقی شناخته شدند. نتایج پژوهش نشان داد که روان‌درمانی تحلیلی کارکردی و شفقت‌درمانی بر تحمل پریشانی و دشواری در تنظیم هیجان بیماران مبتلا به بیماری قلبی-عروقی موثرند و همچنین بین اثربخشی روان‌درمانی تحلیلی کارکردی و شفقت‌درمانی بر تحمل پریشانی و دشواری در تنظیم هیجان بیماران مبتلا به بیماری قلبی-عروقی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. که این نتایج با نتایج بدست آمده از پژوهش‌های (Bluth & Eisenlohr-Moul, 2017; Bratt et al., 2020; Danson, 2015; Elaine & Hollins, 2016; García, 2008; Gilbert, 2014; Kirby et al., 2019; Wang, Chen, Poon, Teng, & Jin, 2017) همسو است. براساس نتایج بدست آمده می‌توان این‌گونه استنباط کرد که شفقت‌درمانی مبتنی بر روانشناسی تکاملی است، که بر اهمیت درک مغزها و احساسات ما در زمینه چگونگی شکل‌گیری فرایندهای تکاملی تأکید دارد (Gilbert, 2014). درمان متمرکز بر شفقت باعث شد که بیماران قلبی عروقی، افکار، عوامل، تصاویر و رفتارهای تسکین‌بخش بیرونی را درونی کنند و به واسطه این عملکرد، ذهن این افراد همان‌گونه که نسبت به عوامل بیرونی واکنش نشان می‌دهد، در مواجهه با این درونیات نیز آرام گردد (K. Neff, 2003). این

درمان به دنبال تسهیل تغییر از طریق توسعه ذهن مشفق (Compassionate mind) است (Irons & Lad, 2017). همچنین، بیماران قلبی عروقی را به تمرکز بر روی، درک و احساس شفقت به خود در طی فرایندهای تفکر منفی، با تمرکز بر پرورش شفقت در خود تشویق نمود و این باعث شد تا توانایی تحمل پریشانی و تنظیم هیجان در این بیماران ارتقاء یابد. در تمرین‌های شفقت به خود بر تن آرامی، ذهن آرامی، شفقت به خود و ذهن آگاهی تأکید شد که نقش مهمی در آرامش ذهن فرد، کاهش استرس و افکار خودآیند منفی دارند (K. D. Neff & Germer, 2013). با کاهش استرس و افکار خودآیند منفی، توانایی تحمل پریشانی و تنظیم هیجان در این بیماران به گونه‌ای قابل ملاحظه تغییر کرد. شفقت‌درمانی شامل آگاهی و بازشناسی از این مساله است که درد و رنج بخشی طبیعی از وضعیت بشر است (K. Neff, 2003) و نباید از آن هراسان بود یا فرار کرد بلکه با شناخت و شفقت به خود می‌توان از آسیب‌های آن در امان بود. روان‌درمانی تحلیلی کارکردی نیز بر این عقیده استوار است که مشکلات زندگی روزمره مراجع در موقعیت و در هنگام جلسه‌های درمان، در بافت رابطه میان درمانگر و مراجع نیز رخ می‌دهد. بنابراین، هدف تغییرات مهم از این طریق با شکل‌گیری و تقویت پیوسته‌اند. علاوه بر این‌ها، فرض بر این است که پیشرفت‌های حاصل، در حین و در طی جلسه‌های درمان و همچنین بر اساس معادل‌بودن دو محیط از نظر کارکردی به زندگی روزمره مراجع تعمیم‌پذیر و انتقال‌دهنده هستند (Valero Aguayo, Ferro GarcAa, Kohlenberg, &)

مالی، قومی و اعتقادی، در چرخه های مختلف بایکدیگر همگن نبودند، بنابراین پیشنهاد می شود این پژوهش در بافت ها، فرهنگ ها و نمونه های دیگر تکرار شود. با توجه به نتایج بدست آمده به مشاوران، روانشناسان و درمانگران پیشنهاد می شود از رویکرد درمانی شفقت در راستای افزایش سطح تحمل پریشانی و تنظیم هیجان بیماران قلبی عروقی بهره مند شوند.

منابع

- Albert, M. A., Durazo, E. M., Slopen, N., Zaslavsky, A. M., Buring, J. E., Silva, T., . . . Williams, D. R. (2017). Cumulative psychological stress and cardiovascular disease risk in middle aged and older women: Rationale, design, and baseline characteristics. *American heart journal*, 192, 1-12 .
- Alicke, M. D., & Sedikides, C. (2009). Self-enhancement and self-protection: What they are and what they do. *European Review of Social Psychology*, 20(1), 1-48 .
- Allen, A. B., & Leary, M. R. (2010). Self-Compassion , stress, and coping. *Social and personality psychology compass*, 4(2), 107-118 .
- Austin, J., Drossaert, C., Schroevers, M. J., Sanderman, R., Kirby, J., & Bohlmeijer, E. T. (2021). Compassion-based interventions for people with long-term physical conditions: a mixed methods systematic review. *Psychology & health*, 36(1), 16-42 .
- Azizi, A., Mirzaie, A., & Shams, J. (2010). Study of distress tolerance and emotion regulation with student's dependency to cigarette. *Hakim Bahar*, 13(1), 11-18. [Persian]
- Bluth, K., & Eisenlohr-Moul, T. A. (2017). Response to a mindful self-compassion intervention in teens: A within-person association of mindfulness, self-compassion, and emotional well-being outcomes. *Journal of Adolescence*, 57, 108-118 .
- Braehler, C., Gumley, A., Harper, J., Wallace, S., Norrie, J., & Gilbert, P. (2013). Exploring change processes in compassion focused therapy in psychosis: Results of a feasibility randomized controlled trial. *British Journal of Clinical Psychology*, 52(2), 199-214 .
- Bratt, A., Gralberg, I-M., Svensson, I., & Rusner, M. (2020). Gaining the courage to see and accept

(Tsai, 2011)، که این خود باعث شد تا روان درمانی بر تحمل پریشانی و تنظیم هیجان بیماران قلبی عروقی موثر واقع شود. در دهه گذشته، تحقیقات گسترده ای درباره خود شفقتی و تأثیر آن در سلامت روان نیز انجام شده و اغلب پژوهش های صورت گرفته بیانگر تأثیر مستقیم خود شفقتی با ابعاد تأثیرگذار در سلامت روان بوده است (K. D. Neff, 2016). در این پژوهش بیماران قلبی عروقی که به درستی به خود شفقت ورزیدند در تنظیم هیجان و تحمل پریشانی توانمندی بیشتری از خود بروز دادند. به این معنا که بیماران با ملایمت بیشتری خود را برای تغییرات زندگی ترغیب نموده و الگوهای رفتاری مضر و نامطلوب خود را اصلاح نمودند. بنابراین، خود شفقت-ورزی می تواند از راه های مختلف به عنوان یک راهبرد تنظیم هیجان در نظر گرفته شود (K. Neff, 2003). پژوهش ها نیز بر این موضوع تأکید دارند که افراد خود شفقت ورز از سلامت روانی بیشتری نسبت به افرادی که خود شفقتی کمتری دارند برخوردارند (Alicke & Sedikides, 2009). فرض کلی شفقت درمانی به کار رفته در پژوهش حاضر آن است که شفقت درمانی شامل آگاهی و بازشناسی از این مساله بود که درد و رنج بخشی طبیعی از وضعیت بشر است و بیماران قلبی-عروقی یاد گرفتند که به نحو مطلوبی توانایی تحمل پریشانی، دشواری تنظیم هیجان را بالا ببرند. اگر چه روان درمانی تحلیل کارکردی نیز بر توانایی تحمل پریشانی، دشواری تنظیم هیجان بیماران قلبی عروقی موثر بوده است لکن به واسطه ماهیت عملکردی درمان شفقت، اثر این درمان در تحمل پریشانی، تنظیم هیجان در بیماران مبتلا به بیماری قلبی و عروقی بیشتر بوده است و بیماران توانستند از طریق شفقت درمانی با کاهش علائم بیماری هیجان مثبت را افزایش دهند و توانایی تحمل پریشانی در خود را نیز تقویت نمایند.

از محدودیت های این پژوهش می توان به روش نمونه گیری که در دسترس بود و همچنین نبود مرحله پیگیری در پژوهش اشاره نمود همچنین شرکت کننده ها به لحاظ وضعیت oneself: Group-based compassion-focussed therapy as experienced by adolescent girls. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 25(4), 909-921 .

- Danson, R. (2015). The effect of self-compassion on the resilience and emotion regulation of marital woman. *Journal of Personality assessment*, 63(2), 262-274 .
- Diedrich, A., Grant, M., Hofmann, S. G., Hiller, W., & Berking, M. (2014). Self-compassion as an emotion regulation strategy in major depressive disorder. *Behaviour research and therapy*, 58, 43-51 .
- Elaine, B., & Hollins, M. (2016). Exploration of a training programme for student therapists that employs Compassionate Mind Training (CMT) to develop compassion for self and others. *The Arts in Psychotherapy*, 22, 5-13 .
- Feyzi, A. (2012). *Functional analytic psychotherapy: distinctive features* (Vol. 1). Tehran: Ibn Sina. [Persian]
- García, R. F. (2008). Recent studies in functional analytic psychotherapy. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 4(2), 239 .
- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2006). Cognitive emotion regulation questionnaire—development of a short 18-item version (CERQ-short). *Personality and Individual Differences*, 41(6), 1045-1053 .
- Gilbert, P. (2005). *Compassion :Conceptualisations, research and use in psychotherapy*: Routledge.
- Gilbert, P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in psychiatric treatment*, 15(3), 199 .
- Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 53(1), 6-41 .
- Gilbert, P., & Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 13(6), 353-379 .
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 26(1), 41-54 .
- Gross, J. J. (2013). Emotion regulation: taking stock and moving forward. *Emotion*, 13(3), 359 .
- Heriot-Maitland, C., Vidal, J. B., Ball, S., & Irons, C. (2014). A compassionate-focused therapy group approach for acute inpatients: Feasibility, initial pilot outcome data, and recommendations. *British Journal of Clinical Psychology*, 53(1), 78-94 .
- Imrie, S., & Troop, N. A. (2012). A pilot study on the effects and feasibility of compassion-focused expressive writing in Day Hospice patients. *Palliative & Supportive Care*, 10(2), 115-122 .
- Irons, C., & Lad, S. (2017). Using compassion focused therapy to work with shame and self-criticism in complex trauma. *Australian Clinical Psychologist*, 3(1), 1743 .
- Kanter, J. W., Weeks, C. E., Bonow, J. T., Landes, S. J., Callaghan, G. M., & Follette, W. C. (2009). Assessment and case conceptualization A *Guide to Functional Analytic Psychotherapy* (pp. 1-23): Springer.
- Kim, H., & Page, T. (2013). Emotional bonds with parents, emotion regulation, and school-related behavior problems among elementary school truant. *Journal of Child and Family Studies*, 22(6), 869-878 .
- Kirby, J. N., Day, J., & Sagar, V. (2019). The 'Flow' of compassion: A meta-analysis of the fears of compassion scales and psychological functioning. *Clinical Psychology Review*, 70, 26-39 .
- Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (2012). *Functional analytic psychotherapy: Creating intense and curative therapeutic relationships*: Springer Science & Business Media.
- Kohlenberg, R. J., Tsai, M., García, R. F., Aguayo, L. V., Parra, A. F., & Virués-Ortega, J. (2005). Psicoterapia Analítico-Funcional y Terapia de Aceptación y Compromiso: teoría, aplicaciones y continuidad con el análisis del comportamiento. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(2), 349-371 .
- Kohlenberg, R. J., Tsai, M., & Kanter, J. W. (2009). What is functional analytic psychotherapy? A *Guide to Functional Analytic Psychotherapy* (pp. 1-19): Springer.
- Lincoln, T. M., Hohenhaus, F., & Hartmann, M. (2013). Can paranoid thoughts be reduced by targeting negative emotions and self-esteem? An experimental investigation of a brief compassion-focused intervention. *Cognitive Therapy and Research*, 37(2), 390-402 .
- Lucre, K. M., & Corten, N. (2013). An exploration of group compassion-focused therapy for personality

- disorder. *Psychology and Psychotherapy: theory, research and Practice*, 86(4), 387-400 .
- Mansouri, A., Nejat, H., & Mansouri, N. (2017). The Mediating Role of Emotion Regulation Difficulties in the Relationship between the Brain Behavioral Systems and the Severity of Insomnia. *J Res Behav Sci*, 15(4), 501-507. [Persian]
- Neff, K. (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and identity*, 2(2), 85-101 .
- Neff, K. D. (2016). The self-compassion scale is a valid and theoretically coherent measure of self-compassion. *Mindfulness*, 7(1), 264-274 .
- Neff, K. D., & Germer, C. K. (2013). A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *Journal of clinical psychology*, 69(1), 28-44 .
- Pollock, N. C., McCabe, G. A., Southard, A. C., & Zeigler-Hill, V. (2016). Pathological personality traits and emotion regulation difficulties. *Personality and Individual Differences*, 95, 168-177 .
- Ramanathan, N., Tan, E., Loh, L. J., Soh, B. S., & Yap, W. N. (2018). Tocotrienol is a cardioprotective agent against ageing-associated cardiovascular disease and its associated morbidities. *Nutrition & metabolism*, 15(1), 6 .
- Simons, J. S., & Gaher, R. M. (2005). The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation and emotion*, 29(2), 83-102 .
- Stansfeld, S. A., Fuhrer, R., Shipley, M. J., & Marmot, M. G. (2002). Psychological distress as a risk factor for coronary heart disease in the Whitehall II Study. *International journal of epidemiology*, 31(1), 248-255 .
- Taylor, C. B. (2010). Depression, heart rate related variables and cardiovascular disease. *International Journal of Psychophysiology*, 78(1), 80-88 .
- Tull, M. T., Gratz, K. L., Litzman, R. D., Kimbrel, N. A., & Lejuez, C. (2010). Reinforcement sensitivity theory and emotion regulation difficulties: A multimodal investigation. *Personality and Individual Differences*, 49(8), 989-994 .
- Valero Aguayo, L., Ferro García, R., Kohlenberg, R. T., & Tsai, M. (2011). Therapeutic change processes in functional analytic psychotherapy. *Clinical and Health*, 22(3), 209-221.
- Wang, X., Chen, Z., Poon, K.-T., Teng, F., & Jin, S. (2017). Self-compassion decreases acceptance of own immoral behaviors. *Personality and Individual Differences*, 106, 329-33.