نشریه پرستاری قلب و عروق، دوره هشتم، شماره ۱، سال ۱۳۹۸
Cardiovascular Nursing Journal, 8(1), 2019

مقاله پژوهشی اصیل

تاثیر درمان مبتنی بر شفقت‌ورزی بر پیروی از درمان و مولفه‌های تیپ شخصیتی D در افراد با بیماری عروق کرونری

مریم ایزانلو[۱]، دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی
*** پریسا پیوندی[۲]، دکتری تخصصی روان‌شناسی**
احمد برجعلی[۳]، دکتری تخصصی روان‌شناسی
محمدرضا صیرفی[۴]، دکتری تخصصی روان‌شناسی
یوسف محسن‌زاده[۵]، متخصص قلب و عروق

خلاصه

هدف. این پژوهش با هدف تعیین تاثیر درمان مبتنی بر شفقت‌ورزی بر پیروی از درمان و مولفه‌های تیپ شخصیتی D در افراد با بیماری عروق کرونری انجام شد.

زمینه. یکی از بیماری‌های مزمن جسمی، بیماری عروق کرونری قلب است. بیماری‌های قلبی‌عروقی از جمله بیماری‌های روان‌تنی هستند که علاوه بر عوامل زیستی، تحت تاثیر عوامل روانی اجتماعی نیز قرار دارند.

روش کار. روش پژوهش از نوع نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس آزمون با گروه کنترل و دوره پیگیری بود. جامعه آماری این مطالعه شامل افراد با بیماری عروق کرونری بودند که در سه ماهه دوم سال ۹۸ به بخش قلب مرکز آموزشی درمانی شهید رجایی کرج به صورت سرپایی یا بستری مراجعه کرده بودند. نمونه مطالعه شامل ۳۰ بیمار بود که از طریق نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و سپس به‌طور تصادفی در گروه آزمون (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. گروه آزمون تحت مداخله درمانی مبتنی بر شفقت‌ورزی در قالب ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای هفته‌ای یک جلسه قرار گرفتند و گروه کنترل در فهرست انتظار برای آموزش قرار گرفت. ابزارهای پژوهش شامل پروتکل درمان مبتنی بر شفقت‌ورزی گیلبرت، پرسشنامه پیروی از درمان و پرسشنامه شخصیت تیپ D دنولت بود. داده‌ها در نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ با استفاده از طرح واریانس آمیخته تحلیل شدند.

یافته‌ها. پس از مداخله، میانگین نمره پیروی از درمان در گروه آزمون (۴۳/۳۳ با انحراف معیار ۴/۲۲) نسبت به گروه کنترل (۳۴/۶۰ با انحراف معیار ۴/۳۳) به طور معنی‌داری بیشتر بود. همچنین، مشخص شد که پس از مداخله، میانگین نمره شخصیت تیپ D در گروه آزمون (۲۶/۷۳ با انحراف معیار ۴/۹۴) نسبت به گروه کنترل (۳۶/۵۳ با انحراف معیار ۴/۲۷) به طور معنی‌داری کمتر است. اثر زمان، اثر تعامل زمان/گروه‌ها، و اثر گروه برای متغیر پیروی از درمان و شخصیت تیپ D معنادار بود که نشان می‌دهد درمان مبتنی بر شفقت‌ورزی بر پیروی از درمان و شخصیت تیپ D در افراد با بیماری عروق کرونری موثر است.

نتیجه‌گیری. برنامه‌هایی که در قالب مداخله‌های آموزشی روان‌شناختی در کنار مداخلات پزشکی انجام می‌شود می‌توانند باعث پیشگیری از شدت یافتن بیماری، تسریع روند بهبود، ارتقای سلامت عمومی و سازگاری درازمدت بیماران شوند. توصیه می‌گردد درمانگران و متخصصان سلامت از آموزش درمان مبتنی بر شفقت‌ورزی برای بهبود سلامت روان‌شناختی و جسمی افراد با بیماری عروق کرونری استفاده نمایند.

کلیدواژه‌ها: درمان مبتنی بر شفقت‌ورزی، پیروی از درمان، مولفه‌های تیپ شخصیت، بیماری عروق کرونری

۱ دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی، گروه روان‌شناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران
۲ استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران (*نویسنده مسئول) پست الکترونیک: parisa.peyvandi@kiau.ac.ir
۳ دانشیار، گروه روان‌شناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران
۴ استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران
۵ گروه قلب و عروق، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-04]

مقدمه

یکی از بیماری‌های مزمن جسمی، بیماری عروق کرونری قلب است. بیماری عروق کرونری قلب از علت‌های اصلی مرگ و ناتوانی در دنیا است (موسانورو، کوسیم و ریلی، ۲۰۲۰). این بیماری ناشی از گرفتگی یا انسداد عروق کرونر است که سبب اختلال در عملکرد قلب می‌شود (مولر- نوردهورن و ویلیچ، ۲۰۱۷). بیماری‌های قلب و عروق از شایع‌ترین بیماری‌ها در جوامع پیشرفته و در سایر کشورها به‌سرعت در حال افزایش هستند. از آنجا که بیماری قلبی‌عروقی، بیماری روان‌تنی محسوب می‌شود، در بررسی عوامل موثر در پیدایش آن باید به ترکیبی از عوامل زیستی و روانی توجه داشت (بدخه و همکاران، ۲۰۱۹؛ جوهانس، ۲۰۱۸؛ چاتورودی و پارامشواران، ۲۰۱۵).دستورالعمل‌های توانبخشی قلبی‌عروقی ارائه شده در جوامع مختلف همواره بر اهمیت پیشگیری از بروز این بیماری بیشتر از درمان تاکید می‌کنند؛ با این وجود، گسترش سلامت جسمی به‌واسطه فرایند توانبخشی در صورتی موثر واقع می‌شود که شرایط روان‌شناختی افراد مورد توجه قرار گرفته و منجر به توانمند شدن این بیماران جهت مراقبت از خود شود (سعیدیان، ۱۳۹۴). یکی از اصلی‌ترین دغدغه‌های روان‌شناسی سلامت، پیروی بیماران از توصیه‌های درمانی است. پیروی از رژیم درمانی به درجه موفقیت بیمار در اجرای توصیه‌های درمانی و پیشگیرانه‌ای اشاره دارد که از سوی متخصصان سلامت ارائه می‌شود. همچنین، پیروی از رژیم درمانی به این موضوع اشاره می‌کند که فرد، برنامه توصیه شده پزشک را فراموش کند، یا نادیده بگیرد یا درک صحیحی از آن نداشته باشد و در نتیجه، درست به آن عمل نکند (وست و کوردینا، ۲۰۱۸). پیروی از رژیم درمانی مقوله‌ای چند بعدی است که از عوامل مختلفی مانند بهزیستی، کیفیت زندگی و وضعیت جسمی روانی اجتماعی هیجانی بیمار تاثیر می‌پذیرد (تفیلیو، ۲۰۱۰). عوامل متعددی در پیروی از درمان تاثیر می‌گذارند که می‌توان بر اساس الگوی زیستی روانی اجتماعی که الگوی غالبی در روان‌شناسی سلامت شناخته شده است، به نقش شخصیت D در پیروی از درمان اشاره نمود (لی و همکاران، ۲۰۱۶).

تیپ شخصیت D پیش‌بینی کننده بیماری قلبی است (آلوجا و همکاران، ۲۰۱۹). این یافته حاصل مطالعه بر روی بیماران قلبی بود که در آن، نقش ویژگی‌های شخصیتی در پیامدهای بیماران قلبی مورد مطالعه قرار گرفت. نقش آسیب‌زایی این سنخ شخصیتی در ابعاد روان‌شناختی و فیزیولوژیکی مبتنی بر دو ویژگی کلی و ثابت شخصیتی است. این ویژگی‌ها شامل عواطف منفی و بازداری اجتماعی است. منظور از عواطف منفی، تمایل فرد به تجربه احساسات منفی در اوقات و موقعیت‌های مختلف است؛ در حالی‌که بازداری اجتماعی به تمایل فرد به اجتناب از ابراز این هیجانات منفی در تعاملات اجتماعی اشاره دارد (آلن و همکاران، ۲۰۱۸). در رابطه با سازوکار اثر شخصیت نوع D و بیماری عروق کرونری قلبی می‌توان به تاثیر مولفه‌های نوع D بر سیستم قلبی‌عروقی اشاره کرد. فرض شده است که شخصیت نوع D می‌تواند هیجان‌های منفی را افزایش دهد و اضطراب و افسردگی را پیش‌بینی و استرس ایجاد کند؛ استرس سطح کورتیزول را افزایش می‌دهد و ترکیب استرس و کورتیزول بالا ممکن است اثر منفی بر قلب داشته باشد. عاطفه منفی باعث افزایش سطح کورتیزول می‌شود، بنابراین، افرادی که عواطف منفی را تجربه می‌کنند برای پرفشاری خون و بیماری قلبی مستعدتر هستند. به عبارت دیگر، هورمون‌های استرس مانند کورتیزول، ممکن است در بیماران با شخصیت نوع D به طور نامناسبی تنظیم شده باشند که این موجب می‌شود فشار خون افزایش یافته و رگ‌های خونی مسدود شوند؛ عروق مسدودشده اجازه نمی‌دهند خون حاوی اکسیژن به اندازه کافی به قلب برسد. از سوی دیگر، بیماران با شخصیت نوع D ممکن است سیستم ایمنی فعال‌تر و بنابراین، التهاب بیشتری داشته باشند که می‌تواند به رگ‌های خونی آسیب بزند و باعث فروپاشی پلاک‌های آترواسکلروز شود؛ سلول-های خونی ممکن است به هم بچسبند و به احتمال زیاد، لخته‌هایی را در عروق قلب تشکیل دهند (کوپر و دنولت، ۲۰۱۸).

پژوهش‌ها نشان داده‌اند افراد مبتلا به بیماری عروق کرونری با شخصیت نوع D تمایل همزمان برای تجربه هیجان‌های منفی و بازداری اجتماعی دارند. این افراد به علت تمایلات اجتماعی پایین، حمایت‌های اجتماعی اندکی دریافت می‌کنند و استرس در آنها بالا استست و به این دلیل که هیجان‌های منفی را بازداری می‌کنند، علی‌رغم دریافت اقدامات پزشکی مشابه با دیگر افراد مبتلا به بیماری عروق کرونری، روند کندتر بهبودی و حملات مجدد قلبی را نشان می‌دهند (آچینو و همکاران، ۲۰۲۰). افراد دارای تیپ شخصیتی D مستعد تجربه درماندگی های هیجانی نیز هستند. لیم و همکاران (۲۰۱۳) در پژوهشی نشان دادند افراد با الگوی رفتاری نوع D اضطراب و افسردگی بیشتری را تجربه می‌کنند و ادراک ناسالم‌تری از سلامت خود دارند و ۵۰ برابر بیشتر در معرض خطر ابتلا به افسردگی هستند. به اعتقاد شر (۲۰۰۵) هر دو مولفه عاطفه منفی و بازداری اجتماعی الگوی رفتاری نوع D با واکنش‌پذیری بیشتر کورتیزول نسبت به استرس همبسته هستند و افزایش کورتیزول ممکن است متغیر واسطه‌ای در رابطه بین الگوی رفتاری نوع D و بیماری عروق کرونری قلبی باشد.

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-04]

افزایش چشمگیر میزان ابتلا به بیماری‌های قلبی‌عروقی و پیامدهای منفی ناشی از آن برای فرد و خانواده، محققان و روان‌شناسان بسیاری را به تلاش برای ابداع و ارائه روش‌های موثر درمان‌ها در این زمینه واداشته است. درمان‌های جدیدی در زمینه متغیر روان-شناختی مرتبط با درمان بیماری‌های قلبی در حال رشد و توسعه است. یکی از این درمان‌های موثر، درمان مبتنی بر شفقت‌ورزی است. افرادی که شفقت بالایی نسبت به خود دارند تمایل بیشتری برای پذیرش مسئولیت خود در حوادث منفی زندگی دارند و می-توانند اتفاق‌های منفی را آن‌چنان که هستند، بدون اتخاذ رویکردی قضاوت‌گونه نسبت به خود درک کنند و در عین حال، حوادث منفی را کمتر مورد نشخوار فکری قرار دهند. شفقت بر خود پیش‌بین قدرتمند سلامت روان است و یک نیروی مهم انسانی است که شامل صفات مهربانی، قضاوت منصفانه و احساسات به هم پیوسته و همچنین، کمک به افراد در یافتن امید و معنا دادن به زندگی در مواقع روبرو شدن با مشکلات است و به معنای هدایت کردن ساده مهربانی به سوی خود، تجربه‌پذیری و تحت تاثیر قرار گرفتن از رنج دیگران است. شفقت خود به طور هم‌زمان نیازمند این است که افراد از احساسات دردناک خود اجتناب نکرده و آنها را سرکوب نکنند (بروفی و همکاران، ۲۰۲۰؛ فرسنیکس، وانگ و بوردرس، ۲۰۱۹).

پژوهش‌های اندک و پراکنده‌ای درباره تاثیر درمان مبتنی بر شفقت‌ورزی بر افراد با بیماری قلبی‌عروقی انجام شده است. برای مثال، دری و همکاران (۱۳۹۸) ضمن پژوهشی دریافتند درمان شفقت‌ورزی بر افزایش پیروی از درمان در نوجوانان مبتلا به سرطان موثر است. همچنین، نتایج پژوهش ادیبی‌زاده و همکاران (۱۳۹۷) حاکی از آن است که درمان مبتنی بر شفقت خود در گروه آزمون، افسردگی، اضطراب و تنظیم هیجانی در بیماران مبتلا به عروق کرونر قلب را در مرحله پس‌آزمون و پیگیری بهبود داده است. همچنین، در پژوهشی دیگر، کریجیر و همکاران (۲۰۱۵) گزارشی مبنی بر تاثیر درمان شفقت‌ورزی بر افزایش عواطف مثبت و کاهش عواطف منفی دادند. در پژوهش اکبری و همکاران (۱۳۹۵) با عنوان اثربخشی درمان متمرکز بر دلسوزی بر افسردگی، اضطراب و تنظیم احساسات در بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر قلب گزارش شد که خود شفقت درمانی نمرات افسردگی، اضطراب و تنظیم عاطفی را در بیماران مبتلا به بیماری کرونر قلب در گروه آزمون در پس‌آزمون و پیگیری بهبود می‌بخشد. در پژوهشی دیگر، درمان مبتنی بر دلسوزی در بهبود متغیرهای مطالعه موثر بود و نتایج درمان با گذشت زمان ثابت ماند. علاوه بر آن، برایانز و همکاران (۲۰۱۴) در مطالعه‌ای دریافتند که درمان مبتنی بر شفقت‌ورزی در افرادی که از مشکلات سلامت روانی مزمن رنج می‌برند در کاهش مشکلات روان‌شناختی و از جمله نشانه‌های افسردگی موثر است.

شیوع بیماری‌های قلبی‌عروقی در جهان در حال افزایش است (ژو و همکاران، ۲۰۱۸). در کشور ایران که یکی از کشورهای در حال توسعه است، شیوع بیماری‌های قلبی‌عروقی بسیار بالا است، به طوری که از هر ۱۰۰ هزار نفر، ۳۵۰۰ نفر مبتلا به آن هستند (شیرالی و دشت بزرگی، ۱۳۹۸). از آنجا که همراه کردن مداخلات روان‌شناختی برای تغییر الگوهای رفتاری ناسالم در کنار درمان‌های اصلی جسمی در کشورهای پیشرفته به کاهش صدمات و ارتقای سلامتی این بیماران منجر گردیده است، در ایران نیز ضرورت دارد که مداخلات روان‌شناختی برای کنترل و کاهش متغیرهای آسیب‌زای شخصیتی در پروتکل درمانی افراد مبتلا به بیماری‌عروق کرونری گنجانده شود. یافته‌های پژوهش‌های گذشته مؤید آن است که ویژگی‌های روان‌شناختی از قبیل تعارض در روابط خانوادگی، فقدان حمایت اجتماعی، نارضایتی جنسی، عاطفه و هیجانات منفی، و بازداری اجتماعی ارتباط تنگاتنگی با بروز و تداوم بیماری گرفتگی عروق کرونر قلب دارد. آثار دراز مدت بیماری‌های قلبی‌عروقی که زندگی فردی، اجتماعی، شغلی و سلامت جسمی و روانی بیمار را شدیدا تحت تاثیر قرار می‌دهد، هم از نقطه نظر شخص بیمار به دلیل نگرانی‌های جدی مربوط به بیماری دارای اهمیت است و هم از دیدگاه متخصصان و پژوهشگران که دغدغه اصلی آنها تبیین دقیق و علمی عوامل تاثیرگذار بر روند بهبود بیماری از جمله عوامل روان‌شناختی و دستیابی به راهکارهای موثرتر به منظور پیشگیری و درمان بیماری است (نولان، ۲۰۰۰). با توجه به شرایط حاد بیماران قلبی‌عروقی، انتخاب درمان ارجح یا تلفیق درمان‌ها در راستای اثربخشی بیشتر برای شرایط روانی این بیماران مسئله‌ای دارای اهمیت است که باید بیشتر مورد بررسی قرار گیرد. پژوهش حاضر با هدف تعیین تاثیر درمان مبتنی بر شفقت‌ورزی بر پیروی از درمان و مولفه‌های تیپ شخصیتی D در افراد با بیماری عروق کرونری قلب در استان البرز انجام شد.

مواد و روش‌ها

روش پژوهش از نوع نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس آزمون با گروه کنترل و دوره پیگیری بود. جامعه آماری این مطالعه شامل افراد با بیماری عروق کرونری بودند که در سه ماهه دوم سال ۹۸ به بخش قلب مرکز آموزشی درمانی شهید رجایی کرج به صورت

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-04]

سرپایی یا بستری مراجعه کرده بودند. نمونه مطالعه شامل ۳۰ بیمار بود که از طریق نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و سپس به‌طور تصادفی در گروه آزمون (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. معیارهای ورود به مطالعه شامل داشتن حداقل تحصیلات ابتدایی، سن بالای ۱۸ سال، تشخیص ابتلا به بیماری عروق کرونری قلب توسط متخصص قلب، تمایل به شرکت در مطالعه، و عدم ابتلا به عقب‌ماندگی ذهنی یا بیماری مزمن جسمی دیگری غیر از بیماری قلبی یا اختلالات روانی بودند. معیارهای خروج از پژوهش شامل غیبت در بیش از دو جلسه از جلسات درمان، عدم همکاری در جلسات و انصراف از ادامه همکاری به دلیل وخامت بیماری یا دلایل شخصی بودند. پژوهشگر پس ازتایید پروپوزال و دریافت مجوزهای لازم و همچنین، اخذ کد اخلاق در پژوهش از دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج، با مراجعه به بخش قلب مرکز آموزشی درمانی شهید رجایی کرج و هماهنگی با مسئولان، تعداد ۳۰ بیمار که معیارهای ورود به پژوهش را داشتند و همچنین، مایل به شرکت در جلسات آموزشی بودند انتخاب و به صورت گمارش تصادفی. در گروه آزمون (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. گروه آزمون تحت مداخله درمانی مبتنی بر شفقت‌ورزی در قالب ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای هفته‌ای یک جلسه قرار گرفتند و گروه کنترل در فهرست انتظار برای آموزش قرار گرفت. مداخله درمان مبتنی بر شفقت‌ورزی (CFT) بر مبنای پروتکل ارائه شده توسط گیلبرت (۲۰۱۴) اجرا گردید (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱: محتوای پروتکل درمان مبتنی بر شفقت به تفکیک جلسات

نوبت جلسه	خلاصه فعالیت و محتوای جلسه
اول	برقراری ارتباط اولیه، گروه‌بندی، مروری بر ساختار جلسات، آشنایی با اصول کلی و تمایز شفقت با تأسف برای خود، ارزیابی میزان آزار عاطفی، توصیف درمان شفقت‌ورزی، تبیین آزار عاطفی و عوامل مرتبط با نشانه‌های آن و مفهوم‌سازی آموزش خودشفقتی
دوم	آموزش ذهن‌آگاهی همراه با تمرین وارسی بدنی و تنفس، آشنایی با سیستم‌های مغزی مبتنی بر شفقت، آموزش همدلی، آموزش برای درک و فهم اینکه افراد احساس کنند که امور را با نگرش همدلانه دنبال کنند و تکالیف خانگی
سوم	آشنایی با خصوصیات افراد دارای شفقت، شفقت نسبت به دیگران، 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، ارائه تکلیف خانگی
چهارم	مرور تمرین جلسه قبل، ترغیب آزمودنی‌ها به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به عنوان فرد (دارای شفقت) با (غیر شفقت) با توجه به مباحث آموزشی، ارزش خودشفقتی، همدلی و همدردی (”پرورش ذهن مشفقانه“، کاربرد تمرین‌ها نسبت به خود و دیگران، آموزش استعاره فیزیوتراپ)، آموزش بخشایش و تکالیف خانگی
پنجم	تمرین‌های ”پرورش ذهن مشفقانه“، مرور تمرین جلسه قبل، آشنایی و کاربرد بخشش، پذیرش بدون قضاوت، آموزش استعاره آنفلوانزا و آموزش بردباری، آموزش پذیرش مسائل، پذیرش تغییرات پیش رو و تحمل شرایط سخت و چالش‌برانگیز با توجه به متغیر بودن روند زندگی و مواجه شدن افراد با چالش‌های مختلف و تکالیف خانگی
ششم	مرور تمرین جلسه قبل، تمرین عملی ایجاد تصاویر مشفقانه، آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت (شفقت کلامی، شفقت عملی، شفقت مقطعی و شفقت پیوسته) و به کارگیری این روش‌ها در زندگی روزمره و برای دیگران (همسر، فرزندان، والدین، دوستان، معلمان و آشنایان)، آموزش رشد احساسات ارزشمند و متعالی و تکالیف خانگی
هفتم	مرور تمرین جلسه قبل، آموزش نوشتن نامه‌های مشفقانه برای خود و دیگران، آموزش ثبت و یادداشت روزانه موقعیت‌های واقعی مبتنی بر شفقت و عملکرد فرد در آن موقعیت
هشتم	آموزش و تمرین مهارت‌ها مرور و تمرین مهارت‌های ارائه شده در جلسات گذشته برای کمک به آزمودنی‌ها تا بتوانند به روش-های مختلف با شرایط متفاوت زندگی خود مقابله کنند و در آخر، جمع‌بندی و ارائه راهکارهایی برای حفظ و به کارگیری این روش درمانی در زندگی روزمره

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-04]

مداخله توسط یک متخصص روان‌شناسی و دارای مدرک درمان شفقت‌ورزی به صورت یک جلسه (۹۰ دقیقه ای) در هفته با استفاده از روش‌های سخنرانی، بحث گروهی و تمرین عملی مهارت‌ها در یکی از مراکز مشاور و روان‌شناختی شهر کرج اجرا شد. ابزارهای پژوهش شامل پروتکل درمان مبتنی بر شفقت‌ورزی گیلبرت، پرسشنامه پیروی از درمان موریسکی و همکاران (۲۰۰۸) و پرسشنامه شخصیت تیپ D دنولت بود. پرسشنامه پیروی از درمان موریسکی و همکاران (۲۰۰۸) دارای ۸ گویه است که در آن، کسب امتیاز ۸ نشان‌دهنده پیروی از درمان، کسب امتیاز ۶ از ۸ نشان‌دهنده پیروی از درمان به طور متوسط، و کسب امتیاز کمتر از ۶ نشان‌دهنده پایین بودن پیروی از درمان است. موریسکی و همکاران (۲۰۰۸) در ایتالیا، روایی و پایایی این پرسشنامه را برای بیماران مبتلا به دیابت مورد بررسی قرار دادند و ضریب همبستگی و آلفا کرونباخ آن را به ترتیب، ۰/۶۸ و ۰/۶۲ گزارش کردند (پدرسینی و همکاران، ۲۰۱۴ به نقل از موریسکی و همکاران، ۲۰۰۸). همچنین، این مقیاس برای نخستین بار توسط بکاییان (۱۳۹۲) به زبان فارسی ترجمه شد و مورد بررسی قرار گرفت و پایایی درونی آن، با آلفا کرونباخ ۰/۸۹ مورد تایید قرار گرفت.

برای ارزیابی شخصیت نوع D از پرسشنامه DS14 استفاده می‌شود که توسط دنولت طراحی شده است و دو ویژگی کلی شامل عاطفه منفی و بازداری اجتماعی را ارزیابی می‌کند. این پرسشنامه در کل شامل ۱۴ گویه است که ۷ گویه آن مربوط به ویژگی عاطفه منفی و ۷ گویه دیگر مربوط به بازداری اجتماعی است. هر آزمودنی بر اساس یک مقیاس ۵ گزینه‌ای (درست، نسبتا نادرست، نه درست نه نادرست، نسبتا نادرست، و نادرست) به هر گویه پاسخ می‌دهد. نمره گذاری این گزینه‌ها به ترتیب بر اساس با مقادیر صفر، ۱، ۲، ۳، و ۴ صورت می‌گیرد که نمره صفر به گزینه "نادرست" و نمره ۴ به گزینه "درست" تعلق می‌گیرد. نمره‌گذاری در گویه‌های ۱ و ۳ به صورت معکوس انجام می‌گیرد. بدین‌ترتیب، دامنه نمره آزمودنی برای هر خرده‌مقیاس بین صفر تا ۲۸ و برای کل مقیاس، بین صفر تا ۵۶ است. همسانی درونی خرده‌مقیاس توسط دنولت (۲۰۰۰) برای خرده‌مقیاس عاطفه منفی، ۰/۸۸ و برای خرده‌مقیاس بازداری اجتماعی ۰/۸۶ گزارش شد. در مطالعه ذوالجناحی (۱۳۸۵)، ضریب آلفا کرونباخ برای برای خرده‌مقیاس عاطفه منفی، ۰/۷۷، برای خرده‌مقیاس بازداری اجتماعی، ۰/۶۹، و برای کل مقیاس، ۰/۷۹ گزارش شد. در پژوهش حاضر، مقدار ضریب آلفا برای خرده‌مقیاس عاطفه منفی، ۰/۸۰، برای خرده‌مقیاس بازداری اجتماعی، ۰/۷۵، و برای کل مقیاس، ۰/۸۱ به دست آمد.

در این پژوهش ملاحظات اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حفظ حریم خصوصی و رازداری رعایت شد. این پژوهش با کد IR.IAU.K.REC.1398.083 توسط دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج تایید شد. داده‌ها در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ با استفاده از طرح واریانس آمیخته تحلیل شدند.

یافته‌ها

آزمودنی‌ها در هر گروه ۱۵ نفر بودند و طی مطالعه ریزشی در نمونه ها رخ نداد. جدول شماره ۲ توزیع فراوانی برخی ویژگی‌های دموگرافیک نمونه‌ها را به تفکیک گروه نشان می‌دهد. جدول شماره ۳ نشان می‌دهد که پس از مداخله، میانگین نمره پیروی از درمان در گروه آزمون (۴۳/۳۳ با انحراف معیار ۴/۲۲) نسبت به گروه کنترل (۳۴/۶۰ با انحراف معیار ۴/۳۳) به طور معنی‌داری بیشتر است. همچنین، مشخص شد که پس از مداخله، میانگین نمره شخصیت تیپ D در گروه آزمون (۲۶/۷۳ با انحراف معیار ۴/۹۴) نسبت به گروه کنترل (۳۶/۵۳ با انحراف معیار ۴/۲۷) به طور معنی‌داری کمتر است.

جدول شماره ۴ نشان می‌دهد اثر زمان، اثر تعامل زمان/گروه‌ها، و اثر گروه برای متغیر پیروی از درمان معنادار بود. بنابراین، چنین نتیجه‌گیری شد که درمان مبتنی بر شفقت‌ورزی بر پیروی از درمان در بیماران عروق کرونری قلب موثر است. همچنین، مشخص شد اثر زمان، اثر تعامل زمان/گروه‌ها، و اثر گروه برای متغیر شخصیت تیپ D معنادار است، بنابراین، چنین نتیجه‌گیری می‌شود که درمان مبتنی بر شفقت‌ورزی بر شخصیت تیپ D بیماران عروق کرونری قلب تاثیر دارد.

جدول شماره ۵ نتایج آزمون ام. باکس، لوین و موخلی را برای پیروی در درمان و شخصیت تیپ D در گروه آزمون و کنترل نشان می‌دهد. نتایج مندرج در این جدول نشان می‌دهد که آزمون ام. باکس و لوین برای هیچ یک از مراحل پژوهش معنادار نبود؛ بنابراین، شرط همگنی ماتریس‌های واریانس–کوواریانس و مفروضه همگنی واریانس‌ها برای متغیر پیروی از درمان در سه مرحله رعایت شده بود. بررسی نتایج آزمون کرویت موخلی نشان داد فرض برابری واریانس‌های درون آزمودنی‌ها برای متغیر پیروی از درمان برقرار بود. همچنین، آزمون ام. باکس و لوین برای هیچ‌یک از مراحل پژوهش معنادار نبود؛ بنابراین، شرط همگنی ماتریس‌های واریانس–کوواریانس و مفروضه همگنی واریانس‌ها برای متغیر تیپ شخصیتی D در سه مرحله رعایت شده بود. نتایج آزمون کرویت موخلی در

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-04]

جدول شماره ۲: ویژگی های جمعیت‌شناختی واحدهای پژوهش به تفکیک گروه آزمون و کنترل

گروه	آزمون	کنترل
متغیر	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
جنس		
زن	۱۰ (۶۶/۶۷)	۱۰ (۶۶/۶۷)
مرد	۵ (۳۳/۳۳)	۵ (۳۳/۳۳)
سن (سال)		
۳۰-۳۵	۵ (۳۳/۳۳)	۴ (۲۶/۶۷)
۳۶-۴۰	۵ (۳۳/۳۳)	۶ (۴۰/۰۰)
۴۱-۴۵	۳ (۲۰/۰۰)	۲ (۱۳/۳۳)
۴۶-۵۰	۲ (۱۳/۳۳)	۳ (۲۰/۰۰)
تحصیلات		
۳زیر دیپلم و دیپلم	۲ (۱۳/۳۳)	۱ (۶/۶۷)
فوق دیپلم و لیسانس	۸ (۵۳۳۳)	۹ (۶۰۰۰)
لیسانس و بالاتر از لیسانس	۵ (۳۳/۳۳)	۵ (۳۳/۳۳)

جدول شماره ۳: آزمون شاپیرو- ویلک برای متغیر پیروی از درمان و تیپ شخصیتی D در گروه آزمون و کنترل در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون، و پیگیری

				آزمون شاپیرو ویلک		
متغیر	مرحله	گروه	میانگین (انحراف معیار)	آماره	درجه آزادی	مقدار P
پیروی از درمان	پیش‌آزمون	آزمون	۳۵/۶۶ (۴/۷۰)	۰/۹۱۵	۱۵	۰/۱۶۰
		کنترل	۳۴/۹۳ (۴/۹۹)	۰/۹۲۵	۱۵	۰/۲۲۹
	پس‌آزمون	آزمون	۴۳/۳۳ (۴/۲۲)	۰/۹۴۰	۱۵	۰/۳۷۹
		کنترل	۳۴/۶۰ (۴/۳۳)	۰/۸۸۶	۱۵	۰/۰۵۹
	پیگیری	آزمون	۴۳/۴۶ (۴/۵۳)	۰/۹۴۱	۱۵	۰/۳۹۳
		کنترل	۳۴/۴۰ (۳/۷۷)	۰/۹۰۳	۱۵	۰/۱۰۴
شخصیت تیپ D	پیش‌آزمون	آزمون	۳۶/۰۰ (۴/۰۸)	۰/۹۰۶	۱۵	۰/۱۱۸
		کنترل	۳۶/۳۳ (۳/۹۷)	۰/۹۲۹	۱۵	۰/۲۶۱
	پس‌آزمون	آزمون	۲۶/۷۳ (۳۴/۹۴)	۰/۸۹۸	۱۵	۰/۰۸۸
		کنترل	۳۶/۵۳ (۴/۲۷)	۰/۹۶۲	۱۵	۰/۷۳۰
	پیگیری	آزمون	۲۶/۴۶ (۴/۷۷)	۰/۹۰۸	۱۵	۰/۱۲۴
		کنترل	۳۵/۹۳ (۴/۰۲)	۰/۹۷۶	۱۵	۰/۹۳۳

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-04]

نشان داد فرض برابری واریانس‌های درون آزمودنی‌ها برای متغیر تیپ شخصیتی D برقرار نبود. با توجه به اینکه برای آزمون گرینهوس-گیسر مقدار اپسیلون بیشتر از ۰/۷۵ به دست آمد، از آزمون هیون فلت برای بررسی تیپ شخصیتی D استفاده شد. نتایج این مطالعه نشان داد درمان مبتنی بر شفقت‌ورزی بر پیروی از درمان و بهبود مولفه‌های تیپ شخصیتی D افراد با بیماری عروق کرونری تاثیر دارد و این تاثیر در دوره پیگیری تداوم پیدا می‌کند.

جدول شماره ۴: نتایج تحلیل واریانس مختلط با اندازه‌گیری مکرر در تبیین اثرات درون‌گروهی، بین گروهی و تعاملی

منبع اثر		مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	مجذور آتا
					آزمون شاپیرو ویلک		
زمان	درون گروهی	۸۰/۰۰	۲	۴۰/۰۰	۱۱۵/۵۹	۰/۰۰۱	۰۸۰۵/
زمان/ گروه‌ها	درون گروهی	۷۷/۹۵	۲	۳۸/۹۷	۱۱۲/۶۴	۰/۰۰۱	۰/۸۰۱
گروه	بین گروهی	۱۶۲/۶۷	۲	۱۶۲/۶۷	۶۶/۱۲	۰/۰۰۱	۰/۷۰۳
زمان	درون گروهی	۴۵۴/۰۶	۱/۵۱	۲۹۹/۸۷	۲۴۲/۶۳	۰/۰۰۱	۰/۸۹۷
زمان/ گروه‌ها	درون گروهی	۴۳۲/۸۶	۱/۵۱	۲۸۵/۸۷	۲۳۱/۳۰	۰/۰۰۱	۰/۸۹۲
گروه	بین گروهی	۹۶۰/۴۰	۱	۹۶۰/۴۰	۱۷/۳۶	۰/۰۰۱	۰/۳۸۳

جدول شماره ۵: نتایج آزمون ام. باکس، لوین و موخلی برای پیروی در درمان و تیپ شخصیتی D در گروه آزمون و کنترل

پیش‌فرض	مرحله	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	F	سطح معنی‌داری
همگنی واریانس‌ها	پیش‌آزمون	۱	۲۸	۰/۰۵۹	۰/۸۱۰
	پس‌آزمون	۱	۲۸	۰/۲۵۱	۰/۶۲۰
	پیگیری	۱	۲۸	۰/۴۱۸	۰/۵۲۳
واریانس‌های درون آزمودنی‌ها		سطح معنی‌داری	درجه آزادی	χ2	آماره موخلی
		۰/۰۰۱	۲	۱۴/۶۹	۰/۵۸۰
همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس	آماره ام. باکس	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	F	سطح معنی‌داری
	۱۰/۷۰	۶	۵۶۸۰/۳۰	۱/۵۷	۰/۱۵۰
پیش‌فرض	مرحله	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	F	سطح معنی‌داری
همگنی واریانس‌ها	پیش‌آزمون	۱	۲۸	۲/۶۳	۰/۱۱۶
	پس‌آزمون	۱	۲۸	۱/۱۱	۰/۳۰۰
	پیگیری	۱	۲۸	۲/۱۷	۰/۱۵۲
واریانس‌های درون آزمودنی‌ها		سطح معنی‌داری	درجه آزادی	χ2	آماره موخلی
		۰/۴۷۲	۲	۱/۵۰	۰/۹۴۶
همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس	آماره ام. باکس	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	F	سطح معنی‌داری
	۵/۰۴	۶	۵۶۸۰/۳۰	۰/۷۴۲	۰/۶۱۵

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-04]

بحث

این مطالعه با هدف تعیین تاثیر درمان مبتنی بر شفقت‌ورزی بر پیروی از درمان و تیپ شخصیتی D در افراد با بیماری عروق کرونری در استان البرز انجام شد. نتایج این مطالعه نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت‌ورزی باعث افزایش پیروی از درمان در این افراد می‌شود که با نتایج پژوهش دری و همکاران (۱۳۹۸) و ادیبی‌زاده و همکاران (۱۳۹۷) همسو است. در تبیین یافته حاضر می‌توان گفت شفقت خود، به مراقبت و درک و همدلی با خویشتن به جای اتخاذ دیدگاه سخت‌گیرانه و منتقدانه نسبت به خود اشاره دارد. گیلبرت (۲۰۱۰) تاکید می‌کند یکی از راه‌های کاستن از رنج‌ها، ایجاد شفقت‌ورزی با خود و دیگران است. مفهوم خودشفقت‌ورزی به معنای مهربانی با خود و داشتن درک بدون قضاوت نسبت به نقایص خود است. همچنین، مفهوم خودشفقت‌ورزی به معنای تجربه‌پذیری و تحت تاثیر قرارگرفتن از رنج دیگران تعریف شده است؛ به گونه‌ای که فرد مشکلات و رنج‌های خود را تحمل‌پذیرتر کند (گیلبرت، ۲۰۱۰). در واقع، برای یک بیمار، شفقت خود به معنای داشتن موضع مثبت نسبت به خود است، زمانی که همه چیز بد پیش می‌رود. شفقت خود به عنوان یک صفت و یک عامل محافظ مؤثر در پرورش انعطاف‌پذیری عاطفی محسوب می‌شود (وبل و همکاران، ۲۰۱۵). روش اصلی درمانی شفقت‌ورزی آموزش ذهن مشفق است. در این روش، به درمان‌جو مهارت‌ها و خصوصیات شفقت آموخته می‌شود. شفقت خود، پذیرش این نکته است که رنج، شکست و نابسندگی بخشی از شرایط زندگی است و همه انسان‌ها و از جمله خود فرد، مستحق مهربانی و شفقت است (کریجر و همکاران، ۲۰۱۳). شفقت خود می‌تواند به کارکرد روان‌شناختی سازگارانه کمک کند (اینوود و فراری، ۲۰۱۸). لذا این شیوه درمانی می‌تواند باعث افزایش پیروی از درمان در بیماران شود.

نتایج این پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت‌ورزی بر بهبود مولفه‌های تیپ شخصیتی D در افراد با بیماری عروق کرونری تاثیر دارد که این، با نتایج پژوهش کریجیر و همکاران (۲۰۱۵) مبنی بر تاثیر افزایش شفقت خود بر افزایش عواطف مثبت و کاهش عواطف منفی همسو است. این یافته همچنین با نتایج مطالعه برایانز و همکاران (۲۰۱۴) و اکبری و همکاران (۱۳۹۵) همسو است. در تبیین تاثیر درمان شفقت‌ورزی بر بهبود مولفه‌های تیپ شخصیتی D در افراد با بیماری قلبی می‌توان گفت بیمارانی که شفقت‌ورزی بالاتری نسبت به خود دارند، در تجربه وقایع و رویدادهای ناخوشایند، هیجان های منفی و افکاربدبینانه و نشخوار فکری را کمتر تجربه می‌کنند و بهتر قادرند هیجان‌های خود متعادل سازند (راس، ۲۰۱۰). درمان متمرکز بر شفقت به ویژه برای درمان افرادی که هیجان‌های منفی بالایی را تجربه می‌کنند، شرم و خود انتقادی زیادی دارند و نیز کسانی که در احساس ملایمت و مهربانی با خود یا دیگران مشکل دارند، درست نظیر آنچه که در افراد دارای تیپ شخصیتی D مشاهده می‌شود، مناسب است. این مشکلات مرتبط با شرم و خود انتقادی اغلب ریشه در آزاردیدگی، نادیده گرفته شدن یا کمبود محبت در خانواده دارد. با استفاده از شفقت‌ورزی می‌توان به چنین افرادی آموخت تا در تعامل با خود و دیگران احساس امنیت و ملایمت بیشتری داشته باشند. طبق رویکرد خودشفقت‌ورزی، افکار، عوامل، تصاویر و رفتارهای تسکین‌بخش بیرونی باید درونی شوند و در این صورت، ذهن انسان همان‌گونه که نسبت به عوامل بیرونی واکنش نشان می‌دهد، در مواجهه با عوامل درونی نیز آرام شود (گیلبرت، ۲۰۱۰). بدین ترتیب، خودشفقت‌ورزی به بیماران کمک می‌کند تا دیدگاهی غیرقضاوتی و بدون سرزنش را پرورش دهند. زمانی‌که این افراد مشکلاتی را در ارتباط با احساس "حمله به خود" تجربه می‌کنند، شفقت خود می‌تواند به آنها کمک کند کاربردها و ریشه‌های احتمالی این حملات را پیدا کنند (گیلبرت، ۲۰۱۴). زمانی‌که "خود" به سختی مورد قضاوت قرار گرفته است، هشیاری به خود شدیدتر شده و احساس خود تشدید یافته، در خدمت احساس انزوای بیشتر عمل می‌کند. افرادی که نمی‌توانند شفقت به خود را در خودشان بالا ببرند، احساس می‌کنند بیشتر با حالت آرمانی فاصله دارند و روند نشخوار فکری آنها افزایش می‌یابد (گیلبرت، ۲۰۱۰). خودشفقت‌ورزی شکلی از خودپذیری است که بیانگر میزان پذیرش و قبول جنبه های نامطلوب خود و محیط زندگی است که موجب می‌شود فرد به وقایع ناخوشایند، نه با خشم و خودسرزنشی بلکه با مهربانی پاسخ دهد و این وقایع و تجربیات را جزئی از تجارب مشترک انسانی بداند (کمالی نسب و محمدخانی، ۲۰۱۸). انسان‌هایی که نسبت به خود، شفقت‌ورزی دارند، درک می‌کنند که کامل نبودن، شکست خوردن و تجربه‌های سخت زندگی غیرقابل اجتناب است. بنابراین آنها زمانی که با تجارب سخت زندگی مواجه می‌شوند به جای آن که از نرسیدن به ایده آل‌های خود عصبانی شوند، تمایل دارند که با خود با مهربانی رفتار نمایند (کلیمکی و سینگر، ۲۰۱۵). مهربانی با خود توانمندی فرد برای مهربان بودن با خود فارغ از موفقیت‌ها و شکست‌ها است. این عامل نیاز دارد که فرد توانمندی‌ها و نقایص خود را با درک و همدلی بپذیرد (ولر و جووسی، ۲۰۲۰).

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-04]

به طور کلی در تبیین تاثیر شفقت‌ورزی می‌توان گفت خودشفت‌ورزی زمانی اتفاق می‌افتد که فرد به این درک برسد که بعضی از رفتارها، احساسات افکار شخصی تحت تاثیر عوامل خارجی نظیر سابقه خانوادگی، فرهنگ، ژنتیک و سایر شرایط محیطی مثل رفتار و انتظارت دیگران قرار دارد. درک این موضوع به فرد کمک می‌کند نسبت به اشتباهاتش کمتر قضاوت منفی و پیش‌داوری داشته باشد (گیلبرت، ۲۰۱۰). شفقت به خود و هوشیاری نسبت به خود از جمله عواملی هستند که متضمن تجربه مبتنی بر پذیرش و بدون قضاوت هستند. این عوامل به عنوان یک صفت شخصیتی می‌توانند منجر به کاربرد شیوه مبتنی بر پذیرش در تجربه وقایع منفی و ناخوشایندی شوند که فرد در طول زندگی با آنها مواجه می‌شود. در واقع، به نظر می‌رسد نظم‌دهی هیجانی مبتنی بر پذیرش می‌تواند به واسطه این ویژگی‌ها در زندگی افراد اعمال شود. شفقت داشتن به همراه گشودگی نسبت به تجربه، مهربان و متاثر بودن در برابر رنج‌های شخصی، داشتن احساسات مراقبت و مهربانی نسبت به خود، داشتن دیدگاه غیر قضاوتی در برابر شکست‌ها و ناملایمات و تشخیص این نکته است که تجارب هر شخصی، بخشی از تجارب مشترک انسانی است. ذهن شفقت‌ورز که در برگیرنده نوعی رابطه شفقت آمیز با خود است، بیشتر از اینکه به حل اختلافات درونی بپردازد، با ایجاد مراقبت، توجه جدید به خود و پیشنهاد فرآیندهای درونی دلسوزانه به تغییر افراد کمک می کند. بنابراین، هنگامی که این ویژگی شخصیتی با احساس مراقبت از خود همراه شود، می‌تواند اثر مضاعفی ایجاد کند که فرد را در برابر ناملایمات و شکست‌ها محفوظ بدارد. بیماران قلبی دارای شفقت خود بالا، زمانی که رویدادهای منفی را تجربه می‌کنند با مهربانی و نگرانی و ملاطفت با خود برخورد می‌کنند که این امر ابتدا باعث افزایش ارتباط اجتماعی و کاهش خودانتقادی و نشخوارگری، و در نهایت باعث کاهش مشکلات قلبی می‌شود.

نکته قوت این پژوهش، پیگیری نتایج و داشتن گروه کنترل بود. محدودیت‌های این پژوهش شامل روش نمونه‌گیری در دسترس و استفاده از ابزارهای خودگزارش‌دهی برای جمع‌آوری‌داده‌ها بود. این محدودیت‌ها ممکن است تعمیم نتایج را با دشواری روبرو سازند. پیشنهاد می شود در پژوهش‌های آتی، پژوهشگران با انجام پژوهش کیفی و با به کارگیری مصاحبه عمیق به بررسی متغیرهای حاضر بپردازند. همچنین، در صورت امکان، از روش نمونه‌گیری تصادفی استفاده گردد. پیشنهاد پژوهشی دیگر، مقایسه درمان مبتنی بر شفقت‌ورزی با سایر روش‌های درمانی از جمله درمان تعهد مبتنی بر پذیرش و تعهد، آموزش ذهن‌آگاهی، و طرحواره درمانی است.

نتیجه‌گیری

با توجه به افزایش موارد بیماری عروق کرونر، ارزیابی روان شناختی و شخصیتی بیماران هنگام پذیرش در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی و انجام مداخلات روان‌شناختی به موقع و موثر اهمیت دارد. اگر بتوان از طریق پژوهش‌های مختلف به بررسی راهکارهای مناسب پرداخت که بتوانند در زمینه بهبود وضعیت روان‌شناختی این بیماران مناسب باشند؛ گامی در جهت کمک به بهبود شرایط زندگی این افراد و خانواده‌های آنها و جامعه برداشته شده است. به متخصصان توصیه می‌شود به‌منظور کاهش عوارض بیماری قلبی در کنار درمان‌های پزشکی، از طریق ایجاد خودشفقت‌ورزی در این بیماران باعث افزایش سلامت روانی آنها شوند. همچنین، توصیه می‌شود که پزشکان، پرستاران و سایر اعضای کادر درمانی و مراقبتی، هم به ویژگی‌های جسمی، و هم به ویژگی‌های روانی افراد مبتلا به بیماری‌های قلبی‌عروقی توجه نمایند و با اجرای مداخله‌های آموزشی در کنار مداخلات پزشکی باعث پیشگیری از شدت یافتن بیماری و حمله‌های مجدد، تسریع روند بهبود، ارتقای سلامت عمومی و سازگاری درازمدت این بیماران شوند. به متخصصان توصیه می‌شود به‌منظور کاهش عوارض بیماری قلبیT در کنار درمان‌های پزشکیT از طریق ایجاد خودشفقت‌ورزی در این بیماران باعث افزایش سلامت روانی آنها شوند.

تقدیر و تشکر

این مقاله با هزینه شخصی انجام شده است و در آن هیچ تضاد منافعی وجود ندارد. مقاله حاضر برگرفته از رساله دکتری دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج در رشته روان‌شناسی عمومی است. نویسندگان از مسئولان مرکز آموزشی درمانی شهید رجایی کرج به دلیل همکاری با پژوهشگر، از پزشکان و پرستاران در روند اجرای پژوهش، و از مشارکت‌کنندگان به دلیل مشارکت فعال تشکر می‌کنند.

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-04]

منابع فارسی

ادیبی زاده، ن.، و سجادیان، ا. (۱۳۹۷)، اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر افسردگی، اضطراب و تنظیم هیجان در بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر قلبی. مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ۱۶.(۶)، ۴۵-۲۷.

بکائیان،م. (۱۳۹۲). بررسی ویژگی های شخصیتی، عملکرد حافظه و ویژگی های جمعیت شناختی به عنوان پیش بین های پیروی از درمان در بیماران قلبی. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. دانشکده روانشناسی، دانشگاه شیراز.

دری، ن .، و فلاح زاده، س. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان آنلاین شفقت برخود و ذهن آگاهی بر نشخوار فکری و پیروی از درمان در نوجوانان مبتلا به سرطان،پنجمین کنفرانس ملی نوآوری های اخیر در روانشناسی،کاربردها و توانمندسازی با محوریت رواندرمانی،تهران، دسترسی: https://civilica.com/doc/922529

دشت بزرگی، زو همایی، ر. (۱۳۹۶). رابطه شفقت خود، حمایت اجتماعی و امیدواری با بهزیستی ذهنی دانشجویان پرستاری. نشریه پژوهش پرستاری ایران، ۱۲(۶)، ۴۳-۳۷.

سعیدیان،ک. (۱۳۹۶). بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر میزان فشار خون و کیفیت زندگی در زنان بیمار مبتلا به فشار خون بالا در شهرستان سروآباد. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه کردستان.

شیرالی، ش.، و دشت بزرگی، ز. ۱۳۹۷ . تاثیر گروه درمانی وجودی بر تحمل پریشانی، اضطراب وجودی، فرانگرانی و نگرانی سلامتی در زنان سالمند مبتلا به بیماری های قلبی عروقی. نشریه پرستاری قلب و عروق، ۷(۴)، ۳۳-۲۴.

شیتز، گ. (۱۳۹۲). رفتار درمانی دیالکتیکی برای تنظیم هیجان‌ها و رفتارهای ناشی از آن. ترجمه شیرین ایزدی و مهناز غیاثی. تهران: ارجمند. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۹).

فروغی، ع.، خانجانی، س.، رفیعی، س.، و طاهری، ا. (۱۳۹۸). شفقت به خود: مفهوم‌بندی، تحقیقات و مداخلات (مروری کوتاه). مجله روان‌شناسی و روان‌پزشکی شناخت، ۶(۶)، ۸۷-۷۷.

قدم‌پور، ع.، یوسف‌وند، ل.، و رادمهر، پ. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر بهبود حرمت خود در زنان مبتلا به بیماری عروق کرونر. پژوهشنامه روان‌شناسی مثبت، ۲(۳)، ۷۸-۶۷.

محمودعلیلو، م، و شریفی، م. (۱۳۹۲). اختلال شخصیت مرزی/ مباحث نظری و روش‌های درمانی. تهران: ارجمند، چاپ اول.

مهرابی زاده هنرمند، م.، احمدیان، زرگر، علی.، شهبازیان، حشمت اله.، و خدیوی، میثم. (۱۳۹۲). تأثیر درمان شناختی ذهن آگاهی بر فشارخون سیستولیک و دیاستولیک بیماران مرد مبتلا به فشارخون. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ۲۱، ۲۵۴-۲۴۴.

نوری، ح و زندی، د. (۱۳۹۶). شفقت و ذهن‌آگاهی: نگاهی نو به چالش‌های زندگی. نشر کیان افزار.

نیک دانش، م.، دوازده امامی، م.، قیداری، م.، بختیاری، م.، و محمدی، ا. (۱۳۹۶). تنظیم هیجانی، ذهن آگاهی و اضطراب وجودی در افراد مبتلاء به بیماری‌های کرونری قلب: یک مطالعه تطبیقی. مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ۲۸(۶)، ۳۹۳-۳۸۴.

منابع انگلیسی

Arimitsu, K. Hofman, SG. (2015). Cognitions as mediators in the relationship between self-compassion and affect. Personality and Individual Differences. 74: 41-4

Chavanon, M.-L., Meyer, T., Belnap, B. H., Huang, Y., Abebe, K. Z., Rollman, B. L., & Herrmann-Lingen, C. (2019). Emotion regulation in patients with heart failure: Its relationship with depressive symptoms and rehospitalization. Journal of Psychosomatic Research, 125, 10981

Conversano, C., Ciacchini, R., Orrù, G., Di Giuseppe, M., Gemignani, A., & Poli, A. (2020). Mindfulness, Compassion, and Self-Compassion Among Health Care Professionals: What's New? A Systematic Review [Systematic Review]. Frontiers in Psychology, 11(1683). https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01683

Di Giuseppe, M., Ciacchini, R., Piarulli, A., Nepa, G., & Conversano, C. (2019). Mindfulness dispositions and defense style as positive responses to psychological distress in oncology professionals. European Journal of Oncology Nursing, 40, 104-110. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ejon.2019.04.003

Gilbert, P. (2010). The Compassionate Mind: A New Approach to Life's Challenges (1st Ed). New Harbinger Publications.

Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. British Journal of Clinical Psychology, 53(1), 6-41.

Homan, K. J., & Sirois, F. M. (2017). Self-compassion and physical health: Exploring the roles of perceived stress and health-promoting behaviors. Health psychology open,4 (2), 2055102917729542. https://doi.org/10.1177/2055102917729542

Inwood, E., & Ferrari, M. (2018). Mechanisms of change in the relationship between self-compassion, emotion regulation, and mental health: A systematic review. Applied psychology. Health and well-being, 10(2), 215-235.

Kamalinasab, Z., & Mohammadkhani, P. (2018). A Comparison of self-compassion and self-esteem based on their relationship with adaptive and maladaptive emotion regulation strategies. Practice in Clinical Psychology, 6(1), 9-20.

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-04]

Khoshtarash M , Momeni M , Ghanbari A , Salehzadeh AH , Rahmatpour P(2013). Self-care behaviors and related factors in patients with heart failure reffering to medical & educational center of heart inRasht. Journal of Comperehensiv Nursing and Midwifery;23(69):22-29[Persian].

Klimecki, O. M., & Singer, T. (2015). Compassion. In A. W. Toga (Ed.), Brain mapping (pp. 195-199). Academic Press.

Krieger, T., Altenstein, D., Baettig, I., Doerig, N., & Holtforth, M. G. (2013). Self-compassion in depression: Associations with depressive symptoms, rumination, and avoidance in depressed outpatients. Behavior Therapy, 44(3), 501-513.

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), 104. https://doi.org/10.1007/s11886-018-1048-x

Lee, S. J., Kim, S.-R., Han, S. Y., Lee, Y. J., & Chae, H. (2019). Is the cognitive emotion regulation strategy related to Yin-Yang personality traits? European Journal of Integrative Medicine, 26, 24-30. doi:https://doi.org/10.1016/j.eujim.2019.01.004

Lienhart, C. (2019). The relationship between mindfulness, self-compassion and body appreciation. EXPLORE.

Mackintosh, K., Power, K., Schwannauer, M., & Chan, S. W. Y. (2018). The relationships between self-compassion, attachment and interpersonal problems in clinical patients with mixed anxiety and depression and emotional distress. Mindfulness, 9(3), 961-971.

Moceri, J., & Cox, P. H. (2019). Mindfulness-Based Practice to Reduce Blood Pressure and Stress in Priests. The Journal for Nurse Practitioners, 15(6), e115-e117. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2019.01.001

Müller-Nordhorn, J., & Willich, S. N. (2017). Coronary Heart Disease. In S. R. Quah (Ed.), International Encyclopedia of Public Health (Second Edition) (pp. 159-167). Oxford: Academic Press

Morgan, L. P. K., Danitz, S. B., Roemer, L., & Orsillo, S. M. (2016). Mindfulness approaches to psychological disorders. In H. S. Friedman (Ed.), Encyclopedia of Mental Health (Second Edition) (pp. 148-155). Academic Press.

Morrison, A. E., Zaccardi, F., Chatterjee, S., Brady, E., Doherty, Y., Robertson,
N., ... & Davies, M. J. (2019). Self-Compassion, Metabolic Control and
Health Status in Individuals with Type 2 Diabetes: A UK Observational
Study. Experimental and Clinical Endocrinology & Diabetes

Neff, K., & Pommier, E. (2013). The Relationship between self-compassion and other-focused concern among college undergraduates, community adults, and practicing meditators. Self and Identity, 12, 1-17. https://doi.org/10.1080/15298868.2011.649546

Neff, K. D., Long, P., Knox, M. C., Davidson, O., Kuchar, A., Costigan, A., ... &Breines, J. G. (2018). The forest and the trees: Examining the association of self-compassion and its positive and negative components withpsychological functioning. Self and Identity, 17(6), 627-645.

Raes, F. (2010). Rumination and worry as mediators of the relationship between self-compassion and depression and anxiety. Personality and Individual Differences, 48, 757-761. https://doi.org/10.1016/j.paid.2010.01.023

Shapiro, S., Carlson, L., Astin, J., & Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. Journal of Clinical Psychology, 62, 373-386. https://doi.org/10.1002/jclp.20237

Sher, L. (2005). Type D personality: The heart, stress, and cortisol. QJM: monthly journal of the Association of Physicians, 98, 323-329. https://doi.org/10.1093/qjmed/hci064

Schmidt, S., & Körner, A. (2020). The role of self-compassion in the relationship between attachment, depression, and quality of life. Journal of Affective Disorders, 260, 45-52. doi:https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.08.066

Theofilo, P. (2011). Noncompliance with medical regimen in haemodialysis treatment: a case study. Case reports in nephrology, 2011, 476038. doi:10.1155/2011/476038

Tung H, Chen S, Yin W, Cheng C, Wang T, Wu S (2012). Self care behavior in patients with heartfailure in Taiwan. European Journal of Cardiovascular Nursing. 2012;11(2):175-82

Webel, A. R., Wantland, D., Rose, C. D., Kemppainen, J., Holzemer, W. L., & Chen, W. T. (2015). A cross-sectional relationship between social capital, self- compassion, and perceived HIV symptoms. Journal of Pain and Symptom Management, 50(1), 59-68.

Weller, J., & Jowsey, T. (2020). Can we go too far with empathy? Shifting from empathy to compassion. British Journal of Anaesthesia, 124(2), 129-131.

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

Zhu, D., Macrae, V. E., Simoncini, T., & Fu, X. 2018. Extragonadal effects of folliclestimulating hormone on osteoporosis and cardiovascular disease in women during menopausal transition. Trends Endocrinol Metab, 29(8), 571-580.

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-04]

نشریه پرستاری قلب و عروق، دوره هشتم، شماره ۱، سال ۱۳۹۸
Cardiovascular Nursing Journal, 8(1), 2019

Original Article

The effect of compassion-focused therapy (CFT) on adherence to treatment and components of type D personality in people with coronary heart disease

Maryam Izanloo[1], PhD Student
*** Parisa Peyvandi[2], PhD**
Ahmad Borjali[3], PhD
Mohammad Reza Sirafi[4], PhD
Yousef Mohsenzadeh[5], Cardiologist

Abstract

Aim. The aim of this study was to examine the effect of compassion-based therapy on adherence to treatment and components of type D personality in people with coronary heart disease in Alborz province, Iran.

Background. Coronary heart disease as a chronic disease is being considered as a psychosomatic disease that is affected by psychosocial factors as well as biological factors.

Method. The study method was quasi-experimental with pre-test post-test with control group and follow-up period. The statistical population of this study included people with coronary heart disease who referred to the cardiac ward of Rajaei hospital in Karaj, Iran, on an outpatient or inpatient basis in 2019. The sample consisted of 30 patients who were selected through convenience sampling and were randomly divided into experimental (N=15) and control (N=15) groups. The experimental group underwent compassion-focused therapy (CFT) weekly in 90-minute duration sessions for 8 weeks according to Gilbert's CFT protocol, and the control group was placed on a waiting list for training. Data were collected using questionnaires adherence to treatment and Denolt type D personality. Data were analyzed in SPSS software version 24 using mixed variance design.

Findings. After intervention, the mean score of adherence to treatment in experimental group (43.33±4.22) was statistically higher than that of the control group (34.60±4.33). After intervention, the mean score for type D personality in experimental group (26.73±4.94) was statistically lower than that of the control group (36.53±4.27). The main effect of time, the main effect of group, and group-by-time interaction for both adherence to treatment and type D personality was statistically significant, meaning that CFT influences these variables in people with coronary heart disease.

Conclusion. Programs that are performed in the form of psychological educational interventions along with medical interventions may decrease the severity of coronary heart disease, accelerate the healing process, and promote general health and long-term adaptation of these patients. Therapists and health professionals are advised to use compassion-focused therapy to improve the mental and physical health of people with coronary heart disease.

Keywords: Compassion-focused therapy, Adherence to treatment, Type D personality

1 PhD Student in General Psychology, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran
2 Assistant Professor, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran (*Corresponding Author) email: parisa.peyvandi@kiau.ac.ir
3 Associate Professor, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran
4 Assistant Professor, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran
5 Department of Cardiology, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-04]