

The Effectiveness of Treatment Based on Emotion Regulation and Compassion Therapy on the Self-Conscious Affect of Cancer Patients in Isfahan City, 2018

Yavari Y¹, KhoshAkhlagh H*¹, Sherbafchizadeh M²

1. Department of Psychology, Naein Branch, Islamic Azad University, Naein, Iran

2. Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

*Corresponding author. Tel: +989133123835, E-mail: khoshakhlagh_h@yahoo.com

Received: Oct 26, 2022 Accepted: Sep 05, 2023

ABSTRACT

Background & objectives: The high rate of mental disorders among people with cancer indicates that this disease is a serious threat to people's mental health. Feelings like hopelessness, worthlessness and incompetence, which ultimately lead to shame and guilt feelings, are very common in people with cancer. In order to help reduce the shame and guilt feelings among cancer patients, the present study examines the effectiveness of treatment based on emotion regulation and compassion therapy on the self-conscious effect of these patients.

Methods: The research method was semi-experimental with a pre-test and post-test design with a control group, with two experimental groups and one control group and a 2-month follow-up phase. The statistical population of the present study was cancer patients of Omid Cancer Treatment Center in Isfahan city in the first six months of 2018. The sample was selected from people who had the most common type of cancer in this center, namely ovarian, breast, lung, and lymph node cancer, and all of them were in the first stage of the disease. The research sample consisted of 45 cancer patients who were selected by purposeful sampling and equally placed in experimental and control groups using simple random method (15 people in each group). After the start of the intervention, 1 person in the first experimental group, 1 person in the second experimental group, and 2 people in the control group refused to continue participate in the research. Accordingly, 41 patients remained in the study. The experimental groups received interventions during ten weeks, 90-minute session per week. This is despite the fact that the control group did not receive the interventions and were waiting to receive these treatments. The research tool was the Self-Conscious Affect Questionnaire (TOSCA) by Tangney et al. (1989). After collecting data, it was analyzed by version 23 of SPSS software using mixed variance analysis and Bonferroni post hoc test.

Results: The average scores of positive self-conscious affect in the pre-test, post-test and follow-up stages in the emotional regulation psychotherapy group were 32.14, 39.28 and 38.14, respectively, and the average of these scores for negative self-conscious affect were 10, 7.28 and 7.71. The average scores of positive self-conscious affect in the pre-test, post-test and follow-up stages in the compassion therapy group were 33, 39.71 and 38.57, respectively, and the average scores for negative self-conscious affect were 8.92, 6.50 and 7.07 respectively. The results of data analysis showed that the treatment based on emotional regulation and compassion therapy are effective on self-conscious affect of patients with cancer ($p < 0.001$) and there was no significant difference between these treatments.

Conclusion: The results show the positive effect of both methods, emotional regulation psychotherapy and compassion-therapy, on the self-conscious affect of cancer patients and there was no difference between the two methods in this effect. Therefore, by performing these psychological interventions, it is possible to reduce the feeling of shame and guilt in people with cancer and increase their positive emotions.

Keywords: Emotional Regulation Psychotherapy, Compassion Therapy, Self-conscious Affect, Cancer

اثر بخشی درمان مبتنی بر تنظیم هیجان و شفقت درمانی بر عاطفه خودآگاه بیماران مبتلا به سرطان

یکانه یآوری^۱، حسن خوش اخلاق^{۱*}، محمدرضا شعر با فچی زاده^۲

۱. گروه روان‌شناسی، واحد ناپین، دانشگاه آزاد اسلامی، ناپین، ایران

۲. گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

* نویسنده مسئول. تلفن: ۰۹۱۳۳۱۲۳۸۳۵ ایمیل: khoshakhlagh_h@yahoo.com

چکیده

زمینه و هدف: آمار بالای ابتلا به اختلالات روانی در افراد مبتلا به سرطان نشان‌دهنده آن است که این بیماری تهدیدی جدی برای سلامت روان افراد است. احساس ناامیدی، بی‌ارزشی و بی‌کفایتی که در نهایت منجر به احساس شرم و گناه می‌شود، در افراد مبتلا به سرطان بسیار دیده می‌شود. در راستای کمک به کاهش احساس شرم و گناه در این بیماران، پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر تنظیم هیجان و شفقت درمانی بر عاطفه خودآگاه این بیماران انجام شد.

روش: این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون- پیگیری و با گروه کنترل بود. جامعه آماری، شامل بیماران مبتلا به سرطان مراجعه‌کننده به مرکز درمان بیماران سرطانی امید شهر اصفهان در شش ماهه اول سال ۱۳۹۸ بودند. از میان افرادی که شایع‌ترین انواع سرطان در این مرکز، یعنی سرطان‌های تخمدان، سینه، ریه و غدد لنفاوی را داشته و همگی در مرحله اول بیماری بودند، تعداد ۵۵ بیمار به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی ساده در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل جایدهی شدند (هر گروه ۱۵ نفر). پس از شروع مداخله تعداد ۱ نفر در گروه آزمایش اول، ۱ نفر در گروه آزمایش دوم و ۲ نفر در گروه کنترل، از ادامه حضور در پژوهش انصراف دادند. بر این اساس تعداد ۵۱ بیمار مبتلا به سرطان در پژوهش باقی ماندند. گروه‌های آزمایش مداخلات درمانی مربوط به درمان مبتنی بر تنظیم هیجان و شفقت‌درمانی را طی ده هفته به صورت هفته‌ای یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت نمودند. این در حالی است که گروه کنترل، مداخلات را دریافت نکرده و در انتظار دریافت این درمان‌ها بودند. ابزار مورد استفاده پرسشنامه عاطفه خودآگاه (TOSCA) تانگی و همکاران (۱۹۸۹) بود. پس از جمع‌آوری داده‌ها، تجزیه و تحلیل آن توسط نرم‌افزار SPSS-23 با استفاده از تحلیل واریانس آمیخته و آزمون تعقیبی بونفونی صورت گرفت.

یافته‌ها: در گروه درمان مبتنی بر تنظیم هیجان، میانگین نمرات عاطفه خودآگاه مثبت در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به ترتیب برابر با ۳۲/۱۴، ۳۹/۲۸ و ۳۸/۱۴ و میانگین این نمرات برای عاطفه خودآگاه منفی برابر با ۱۰، ۷/۲۸ و ۷/۷۱ بود. در گروه شفقت‌درمانی، میانگین نمرات عاطفه خودآگاه مثبت در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به ترتیب برابر با ۳۳، ۳۹/۷۱ و ۳۸/۵۷ و میانگین این نمرات برای عاطفه خودآگاه منفی به ترتیب برابر با ۸/۹۲، ۶/۵۰ و ۷/۰۷ بود. نتایج حاصل از تحلیل داده‌ها نشان داد که درمان مبتنی بر تنظیم هیجان و شفقت‌درمانی هر دو بر عاطفه خودآگاه بیماران مبتلا به سرطان موثر بوده ($p < 0/001$) و بین آنها تفاوت معنی‌داری وجود نداشت.

نتیجه‌گیری: نتایج نشان‌دهنده تأثیر مثبت هر دو روش مبتنی بر تنظیم هیجان و شفقت‌درمانی بر عاطفه خودآگاه بیماران مبتلا به سرطان بوده و تفاوتی بین دو روش در این تأثیر وجود نداشت. لذا، می‌توان با انجام مداخلات روان‌شناختی فوق، احساس شرم و گناه را در افراد مبتلا به سرطان کاهش و عاطفه مثبت آنها را افزایش داد.

واژه‌های کلیدی: درمان مبتنی بر تنظیم هیجان، شفقت‌درمانی، عاطفه خودآگاه، سرطان

پذیرش: ۱۴۰۲/۰۶/۱۴

دریافت: ۱۴۰۱/۰۸/۰۴

مقدمه

سرطان نوعی اختلال در سرعت تکثیر و تمایز سلولی است که می‌تواند در هر بافتی از بدن و در هر سنی رخ داده و با حمله به بافت‌های سالم بدن موجب بیماری شدید و در نتیجه مرگ گردد (۱). در حال حاضر سرطان یکی از مسائل مهم بهداشتی-درمانی جهان و نیز کشور ما محسوب می‌شود. براساس تمام شواهد علمی، تجربی و پژوهشی، این بیماری در ردیف یکی از اساسی‌ترین و خطرناک‌ترین بیماری‌های مزمن و از عوامل تهدیدکننده جامعه به شمار می‌رود. بر طبق آخرین بررسی‌های آماری در ایران، سرطان بعد از بیماری‌های قلبی-عروقی و حوادث غیرعمدی، سومین عامل مرگ‌ومیر محسوب می‌شود، به طوری که سالانه بیش از ۳۰ هزار نفر از جمعیت کشورمان در اثر این بیماری جان خود را از دست می‌دهند (۲). تشخیص سرطان به خودی‌خود فشار روانی زیادی برای بیمار ایجاد می‌کند و تجربه‌ای بسیار ناخوشایند و غیرقابل باور برای هر فرد است (۳). مطالعات نشان داده‌اند بین ۵۰ تا ۸۰ درصد از بیماران مبتلا به سرطان، به‌طور همزمان از یک اختلال روانپزشکی رنج می‌برند (۴). بسیاری از اختلالات خلق و خو، در نتیجه صدمات شیمیایی بیماری نیست بلکه، یک عکس‌العمل روانی شدید در برابر مبارزه روزبه‌روز با بیماری است (۵). از جمله مشکلاتی که بیماران سرطانی با آن دست‌وپنجه نرم می‌کنند، می‌توان به اضطراب، افسردگی، ناامیدی و احساس شرم و گناه اشاره کرد. در میان این موارد، احساس شرم و گناه که یکی از مؤلفه‌های اصلی عاطفه خودآگاه^۱ می‌باشد، به عنوان یک عامل روانشناختی اساسی، نقش مهمی در کیفیت زندگی افراد ایفا می‌کند (۶). می‌توان گفت رابطه بین سرطان و احساس شرم و گناه، تفکرات غیرمنطقی یک رابطه متقابل و چند وجهی است چون ابتلا به سرطان باعث

وارد آمدن ضربه روانی سنگینی به فرد شده و با ایجاد احساس بی‌ارزشی و بی‌کفایتی، سبب بروز احساس گناه در افراد می‌گردد (۷). نتایج مطالعات انجام شده نشان می‌دهد که احساس ناامیدی، بی‌ارزشی، تقصیر و شرم و گناه در افراد مبتلا به سرطان می‌تواند منجر به اضطراب و افسردگی شود و این در حالی است که ابتلا به افسردگی، شدت بیماری را افزایش داده و علائم و شکایات روانی-جسمی مانند خستگی و درد را تشدید می‌کند (۶). بدین ترتیب تلاش برای کاهش احساس شرم و گناه در بیماران مبتلا به سرطان، امری حیاتی است.

در طول چند دهه گذشته، درمان‌ها در خصوص بیماری‌های مزمن جسمانی از جمله سرطان، از نگاه صرفه اقتصادی، بعد جسمانی و درمان‌های دارویی، به سوی دیدگاه‌ها و درمان‌های چندبعدی جسمانی-روان‌شناختی تغییر جهت داده است. هدف بنیادین بسیاری از مداخله‌های روان‌شناختی در بیماران مبتلا به سرطان، افزایش توانایی آنان برای روبرو شدن با درد و تحمل شیوه‌های تشخیصی و درمان‌های پزشکی است (۸). یکی از روش‌های درمانی مورد استفاده برای بهبود مولفه‌های روان‌شناختی بیماران مبتلا به سرطان، شفقت‌درمانی است. نف^۲ در تحقیق خود در سال ۲۰۰۳، شفقت به خود را این گونه معرفی می‌کند: گشوده‌بودن و همراه‌شدن با رنج‌های خود و یا تجربه حس مراقبت و مهربانی نسبت به خود، اتخاذ نگرش غیرداورانه و همراه با درک و فهم نسبت به بی‌کفایتی‌ها و شکست‌های خود و تشخیص اینکه تجربه فرد بخشی از تجربه بشری است. از نظر مداخلات درمانی، درمان متمرکز بر شفقت‌درمانی^۳ چندوجهی بوده و براساس پیشرفت‌های مهم و قابل توجه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان شناختی-رفتاری، رفتاردرمانی دیالکتیکی، درمان هیجان‌مدار و

^۲ Neff^۳ Compassion Therapy^۱ Self-conscious Emotion

رفتاردرمانی عقلانی هیجانی و با هدف کاهش مؤلفه‌هایی چون شرم، خودانتقادی، و شفقت به خود، گسترش یافته است. در پژوهش‌های مختلفی کارایی شفقت‌درمانی در کاهش هیجانات منفی و تفکرات پارانوئیدی، کاهش استرس و افزایش احساس آرامش (۹)، کاهش شرم، خودانتقادی و اضطراب اجتماعی (۱۰) و بهبود اختلالات خوردن (۱۱) بررسی و تأیید شده است. برخی از پژوهش‌ها نیز حاکی از اثربخشی این مداخله بر مؤلفه‌های روانشناختی و سلامت روان بیماران مبتلا به سرطان بوده بطور مثال، نتایج پژوهش اسمعیلی و همکاران نشان داد که گروه‌درمانی مبتنی بر شفقت بر افزایش خودکارآمدی به میزان ۶۵ درصد و بر افزایش امید به میزان ۲۱ درصد مؤثر می‌باشد (۱۲). یافته‌های پژوهش طیب‌زاده و همکاران نیز حاکی از تاثیر درمان مبتنی بر شفقت بر کاهش خستگی ناشی از سرطان و افزایش رفتارهای خودمراقبتی بود (۱).

یکی دیگر از رویکردهای درمانی که در این پژوهش مورد مطالعه قرار گرفت، درمان مبتنی بر تنظیم هیجان بود، چراکه هیجان، یکی از عوامل روانشناختی مهمی است که نقش مؤثری در سلامت بیماران سرطانی دارد. هیجان نقش مهمی در جنبه‌های مختلف زندگی نظیر سازگاری با تغییرات زندگی و رویدادهای استرس‌زا ایفا می‌کند، بنابراین تنظیم هیجان^۱، یک اصل اساسی در شروع، ارزیابی و سازماندهی رفتار سازگارانه و همچنین جلوگیری از هیجان‌های منفی و رفتارهای ناسازگارانه محسوب می‌شود (۲). تنظیم شناختی هیجانی، به‌عنوان فرآیند آغاز، حفظ تعدیل یا تغییر در بروز شدت یا استمرار احساس درونی و هیجان مرتبط با فرآیندهای اجتماعی روانی فیزیکی در به انجام رساندن اهداف تعریف می‌شود (۱۳). انتخاب راهبردهای کارآمد در ابعاد شناختی تنظیم هیجان، بر افزایش استفاده از مقابله‌های سازگارانه و بهبود سلامت روان اثر گذار

بوده و به‌کارگیری راهبردهای ناسازگارانه هیجان نیز می‌توانند در شکل‌گیری یا تداوم اختلالات روان‌شناختی نقش اساسی داشته باشند (۱۴). پژوهش‌های بسیاری نیز اثربخشی درمان مبتنی بر تنظیم هیجان بر مؤلفه‌های سلامت روان بیماران سرطانی را مورد مطالعه قرار داده‌اند که می‌توان به پژوهش ابراهیم‌پورقوی و همکاران، و اسلامی شهرآبکی و همکاران اشاره کرد که نتایج این تحقیقات حاکی از آن می‌باشد که آموزش تنظیم هیجان با تقویت مهارت‌های مثبت تنظیم هیجانی و کاهش مهارت‌های منفی، می‌تواند نشانگان افسردگی و اضطراب را در کودکان مبتلا به سرطان کاهش دهد (۵)؛ همچنین این آموزش می‌تواند به افزایش امیدواری و تاب‌آوری کودکان سرطانی کمک نماید (۱۵). بدین ترتیب با نظر به کارآیی درمان مبتنی بر تنظیم هیجان و شفقت‌درمانی در فروکاستن آسیب‌های روان‌شناختی افراد و نیز لزوم کاهش احساس نامطلوب شرم و گناه در میان بیماران سرطانی، پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر تنظیم هیجان و شفقت‌درمانی بر عاطفه خودآگاه بیماران مبتلا به سرطان انجام شد.

روش کار

روش پژوهش حاضر، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل و مرحله پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری پژوهش را بیماران سرطانی مراجعه‌کننده به مرکز درمان بیماران سرطانی امید شهر اصفهان در سه ماهه اول سال ۱۳۹۸ تشکیل دادند. نمونه پژوهش شامل ۴۵ بیمار مبتلا به سرطان بود که به صورت نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به روش تصادفی ساده و به شکل مساوی در گروه‌های آزمایش و کنترل جایدهی شدند (هر گروه ۱۵ نفر). نمونه‌ها از میان افرادی انتخاب شدند که شایع‌ترین نوع سرطان در این مرکز، یعنی سرطان‌های تخمدان، سینه، ریه و

¹ Emotion Regulation

خروج نیز داشتن بیش از دو جلسه غیبت، عدم همکاری و انجام ندادن تکالیف مشخص شده در کلاس، عدم تمایل به ادامه حضور در فرایند انجام پژوهش و بروز حوادث پیش‌بینی نشده بود. به منظور بررسی متغیر عاطفه خودآگاه، از پرسشنامه عاطفه خودآگاه^۱ (TOSCA) تانگنی^۲ و همکاران، استفاده شد. آزمون عاطفه خودآگاه یک پرسشنامه خودسنجی مداد و کاغذی است که ۱۶ موقعیت (سناریو) از وضعیت‌های فرضی زندگی روزمره را به آزمودنی‌ها ارائه می‌دهد و پاسخ‌دهندگان، پاسخ‌های خود را براساس مقیاس لیکرت از ۱ تا ۵ رتبه‌بندی می‌کنند. ضرایب آلفای کرونباخ مقیاس‌های شرم و گناه در پژوهش خود تانگنی (۱۸) به ترتیب ۰/۷۷ و ۰/۷۸ گزارش شده است. این ضریب در تحقیق خدابخش پیرکلانی و صفاییان به میزان ۰/۸۰ برای احساس شرم و ۰/۷۳ برای احساس گناه به دست آمد (۱۸). روایی محتوایی آزمون در پژوهش حاضر با کمک هشت تن از اساتید رشته مشاوره و روان‌شناسی بررسی و مورد تأیید قرار گرفت. همچنین ضریب آلفای کرونباخ این ابزار در تحقیق حاضر، ۰/۸۵ به دست آمد. لازم به ذکر است که اعتبار درمان مبتنی بر تنظیم هیجان، در پژوهش دانش‌نیا (۱۹) و پروتکل شفقت‌درمانی، در پژوهش علی‌قنواتی و همکاران (۲۰) برای بیماران مبتلا به سرطان مورد استفاده قرار گرفته و روایی آنها تأیید شده است.

^۱ Test of Self-Conscious Affect

^۲ Tangney

غدد لنفاوی را داشته و همگی در مرحله اول بیماری بودند. ملاک انتخاب حجم نمونه مراجعه به کتب روش تحقیق معتبر بود. چنانکه دلور (۱۶) و سعدی‌پور بیابانگرد (۱۷)، بیان می‌دارند که در پژوهش‌های آزمایشی تعداد ۱۵ نفر نمونه برای هر یک از گروه‌های آزمایشی مکفی بوده و می‌توان دست به تعمیم یافته‌ها زد. پس از شروع مداخله تعداد ۱ نفر در گروه آزمایش اول، ۱ نفر در گروه آزمایش دوم و ۲ نفر در گروه کنترل از ادامه حضور در پژوهش انصراف دادند. بر این اساس تعداد ۴۱ بیمار مبتلا به سرطان در پژوهش باقی ماندند (۱۴) بیمار در گروه درمان مبتنی بر تنظیم هیجان، ۱۴ بیمار در گروه شفقت‌درمانی و ۱۳ بیمار در گروه کنترل). در مرحله بعدی اعضای سه گروه به‌وسیله پیش‌آزمون، ارزیابی شدند. سپس روی گروه‌های آزمایش مداخلات درمانی پژوهش (درمان مبتنی بر تنظیم هیجان و شفقت‌درمانی) به شکل جداگانه اعمال شد (جدول ۱ و ۲). در حالی که گروه کنترل، این مداخلات را دریافت نکردند. سپس اعضای سه گروه با استفاده از پس‌آزمون در دو مرحله بلافاصله و ۲ ماه پس از مداخله مورد ارزیابی قرار گرفتند. ملاک‌های ورود افراد به مطالعه، مبتلا بودن به بیماری سرطان به تشخیص پزشک متخصص و پرونده پزشکی بیمار، عدم دریافت شیمی‌درمانی، نداشتن اختلالات شدید روانی با توجه به نتایج مصاحبه بالینی، دامنه سنی ۳۵ تا ۵۰ سال، داشتن تمایل به شرکت در پژوهش، داشتن حداقل سطح تحصیلات دیپلم و عدم دریافت درمان روان‌پزشکی همزمان در ۶ ماه اخیر بوده و ملاک‌های

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان مبتنی بر تنظیم هیجان

جلسه	شرح جلسه
اول	اجرای پیش‌آزمون، معارفه افراد نمونه پژوهش با یکدیگر، بیان ضرورت آشنایی و استفاده از تنظیم هیجان در زندگی
دوم	تعریف هیجان، شناخت انواع هیجان و توضیح در مورد فرایند بیولوژیکی ایجاد هیجان و اثرگذاری هیجان بر کارکرد روزانه، تکلیف خانگی و نوشتن انواع هیجان‌ات تجربه شده توسط اعضای گروه تا جلسه آینده
سوم	آموزش راه‌هایی جهت افزایش تجربه‌های مثبت، آموزش آگاهی از تجربیات مثبت، ایجاد تجربه‌های مثبت از طریق تجسم ذهنی صحنه‌های شادی بخش و غفلت از نگرانی

چهارم	آموزش راه‌های کاهش هیجان منفی، آموزش آگاهی از تجربیات منفی و کاهش هیجان منفی از طریق خواب کافی. آموزش جهت تلاش برای به دست گرفتن کنترل زندگی، تغذیه کافی و ورزش، مراقبت از خود با مراجع به موقع به پزشک و عدم استفاده از مواد مخدر
پنجم	آموزش در راستای شناسایی ارزیابی‌های غلط و اثرات آنها روی حالات هیجانی، آموزش راهبرد بازاریابی و تغییر پیامدهای رفتاری و فیزیولوژیکی هیجان
ششم	آموزش جهت شناسایی میزان و نحوه استفاده از راهبرد بازدارندگی و بررسی پیامدهای هیجانی آن، مواجهه، آموزش ابراز هیجان، اصلاح رفتار از طریق تقویت تقویت‌کننده‌های محیطی، آموزش تخلیه هیجانی، آرمیگی و عمل معکوس
هفتم	توجه آگاهانه به هیجان فعلی، توجه کامل به هیجان مثبت و منفی خود و پذیرش آن بدون قضاوت و ابراز صحیح هیجان
هشتم	آموزش ارزیابی مجدد و ابراز هیجان مثبت و منفی، آموزش ارزیابی از هیجان و توجه به پیامدهای هر هیجان و تلاش برای ابراز مناسب و بازدارندگی از ابراز نامناسب هیجان
نهم	آموزش تغییر هیجان منفی از طریق عمل بر خلاف هیجان تجربه شده مانند ترس، عصبانیت و استرس
دهم	جمع بندی مطالب آموزشی جلسات گذشته و اجرای پس‌آزمون

جدول ۲. خلاصه جلسات برنامه شفقت‌درمانی

جلسه	شرح جلسه
اول	برقراری ارتباط اولیه با افراد، مروری بر ساختار جلسات، آگاهی از هدایت خودکار با استفاده از تمرین واری بدن (آگاهی جزیه جز از اجزای بدن)، آگاهی از هدایت خودکار و ارائه تکلیف خانگی
دوم	در این جلسه به افراد آموزش داده شد که وقتی با حس‌های ناراحت‌کننده یا سرگردانی ذهنی مواجه می‌شوند، با استفاده از واری بدن با آنها روبه‌رو شوند. همچنین آموزش پنج مهارت دانش‌افزایی، به منظور تعریف بی‌تفاوتی نسبت به موقعیت‌ها. کاربستن، اینکه وقتی بی‌تفاوت هستیم چه کنیم؟ دیگران وقتی بی‌تفاوت هستند چه می‌کنند؟ ارزشیابی، وقتی بی‌تفاوت هستیم چه احساسی داریم؟ وقتی دیگران نسبت به ما بی‌تفاوت هستند چه احساسی پیدا می‌کنیم؟ تحلیل، آیا لازم است بی‌تفاوت باشیم؟ و ترکیب، کجا باید بی‌تفاوت باشیم؟
سوم	مرور تمرین جلسه قبل، آگاهی از رابطه بین خلق افکار، احساسات و وقایع است. با فضای تنفس سه دقیقه‌ای سپس تعریف اینکه همدردی چیست؟ وقتی همدردی می‌کنیم چه می‌کنیم و اینکه دیگران با ما همدردی می‌کنند چه احساسی پیدا می‌کنیم؟ آیا لازم است همدردی کنیم؟ کجا باید همدردی کنیم؟ در نهایت، ارائه تکلیف خانگی
چهارم و پنجم	تمرین و مرور جلسات قبل، تمرین تنفس، درواقع تنفس به عنوان وسیله‌ای برای مراقبه محسوب می‌شود. تعریف این که همدلی چیست؟ وقتی همدلی می‌کنیم چه می‌کنیم و اینکه دیگران وقتی همدردی می‌کنند چه می‌کنند؟ وقتی همدردی می‌کنیم چه احساسی داریم؟ وقتی دیگران با ما همدلی می‌کنند چه احساسی پیدا می‌کنیم؟ آیا لازم است همدلی کنیم؟ کجا باید همدلی کنیم؟ فرق بی‌تفاوتی، همدردی و همدلی کدام است؟ در نهایت (مراقبه نشسته) حضور ذهن نسبت به تنفس و بدن (تمرین به‌شماره)
ششم و هفتم	برای همدلی چه مهارت‌هایی نیاز داریم؟ خطاهای تفسیری یعنی چه و انسانیت زدایی در روابط یعنی چه؟ دو مورد از خطاهای تفسیری و انسانیت‌زدایی خودتان و دوستانتان را نام ببرید؟ چرا باید همدلی را یاد بگیریم؟ نداشتن مهارت و تفسیرهای ناروا در روابط ما با دیگران چه تاثیری می‌گذارد؟ برای جلوگیری از تفسیرهای ناروا چه مهارت‌هایی لازم دارید؟ همچنین در این جلسات در مورد مشکلات حاضر و پذیرش بدون قضاوت، شناسایی افکار خودآیند منفی آموزش داده می‌شود
هشتم	خطاهای تفسیری کدامند؟ هر یک از خطاهای تفسیری خودتان و دوستانتان را نام ببرید. این خطاها چه نقشی در روابط ما دارند؟ برای جلوگیری از خطاهای تفسیری در روابط ما با دیگران چیست؟ در پایان، آموزش در مورد تحریف‌های شناختی، پیامدها و روش‌های مقابله با آن ارائه شد
نهم	در این جلسات در مورد راهبردهای ایمنی و رفتارهای سلطه‌پذیر و رابطه آن با خودانتقادی (به چالش طلبیدن بیمار از طریق گفتگوی سقراطی) و ارائه تکلیف خانگی
دهم	در این جلسات از افراد خواسته شد که همراه با توجه، تفکر و رفتار دلسوزانه و تمرین برای ایجاد احترام، در مورد حمله به خود صحبت کنند و نحوه ایجاد تصاویر دلسوزانه با ارائه مراقبه‌های لازم آموزش داده شد. پس از یک هفته پس‌آزمون از هر سه گروه به عمل آمد.

تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل گمارده شدند. گروه‌های آزمایش، مداخلات درمانی مربوط به درمان مبتنی بر تنظیم هیجان (۱۰ جلسه) و شفقت‌درمانی جلسه (۱۰ جلسه) را طی ده هفته

روند اجرای پژوهش به این صورت بود که پس از اخذ مجوزهای لازم از مرکز درمانی امید شهر اصفهان به همراه کسب رضایت از شرکت‌کنندگان و نیز انجام فرایند نمونه‌گیری، بیماران منتخب (۴۵ بیمار) به‌شيوه

جهت مقایسه دو روش درمانی بر عاطفه خودآگاه، از آزمون تعقیبی بونفرنی استفاده گردید. نتایج آماری با استفاده از نرم افزار SPSS-23 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

میانگین سن افراد در گروه درمان مبتنی بر تنظیم هیجان ۳۹/۲۵، در گروه آزمایش شفقت‌درمانی ۴۰/۷۵ و در گروه کنترل، ۴۲/۲۰ سال بود. طبق جدول ۳، در این پژوهش تعداد زنان از مردان بیشتر بوده و بیشترین نوع سرطان در میان شرکت‌کنندگان، سرطان سینه بود. علاوه بر این، از آنجاییکه سطح معناداری آزمون کای دو برای تمامی گروه‌ها بیشتر ۰/۰۵ می‌باشد، می‌توان گفت که بین فراوانی‌های گروه‌ها تفاوت معناداری وجود ندارد.

به‌صورت هفته‌ای یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت نمودند. این در حالی است که گروه کنترل، مداخلات را دریافت نکرده و در انتظار دریافت این درمان‌ها بودند. جلسات درمانی توسط پژوهشگر و یک متخصص اجرا گردید. پس از ریزش، تعداد ۴۱ بیمار در پژوهش باقی ماند. بعد از اتمام جلسات، به اعضای گروه کنترل اعلام شد که می‌توانند یکی از درمان‌ها را دریافت نمایند. بر این اساس ۳ نفر درمان مبتنی بر تنظیم هیجان و ۵ نفر شفقت‌درمانی را دریافت نمودند. بقیه اعضا برای شرکت در جلسات درمان پاسخ منفی دادند. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها، از آزمون کولموگروف- اسمیرنوف جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها، آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس‌ها و آزمون موچلی جهت بررسی پیش‌فرض کرویت داده‌ها استفاده شد. در نهایت

جدول ۳. جنسیت و نوع سرطان شرکت‌کنندگان در سه گروه مورد پژوهش

گروه متغیر	درمان مبتنی بر تنظیم هیجان		درمان شفقت‌درمانی		گروه کنترل	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
زن	۸	۵۷/۱	۹	۶۴/۳	۸	۶۱/۵
مرد	۶	۴۲/۹	۵	۳۵/۷	۵	۳۸/۵
تخمندان	۳	۲۱/۴	۲	۱۴/۳	۵	۳۸/۵
سینه	۵	۳۵/۷	۷	۵۰	۲	۱۵/۴
ریه	۴	۲۸/۶	۲	۱۴/۳	۲	۱۵/۴
غدد لنفاوی	۲	۱۴/۳	۳	۲۱/۴	۴	۳۰/۸
آزمون کای دو برای جنسیت	chi-square = ۰/۲۸۶ p value = ۰/۵۹۳		chi-square = ۱/۱۴۳ p value = ۰/۲۸۵		chi-square = ۰/۶۹۲ p value = ۰/۴۰۵	
آزمون کای دو برای نوع سرطان	chi-square = ۱/۴۲۹ p value = ۰/۶۹۹		chi-square = ۴/۸۵۷ p value = ۰/۱۸۳		chi-square = ۲/۰۷۷ p value = ۰/۵۵۷	

نمرات عاطفه خودآگاه مثبت و منفی بیماران مبتلا به سرطان در مراحل پس آزمون و پیگیری شود، اما معناداری این تغییرات و همچنین تفاوت میزان تاثیر این دو مداخله، می‌بایست توسط آزمون‌های استنباطی مورد بررسی قرار گیرد.

در جدول ۴ نتایج مربوط به میانگین و انحراف معیار عاطفه خودآگاه برای گروه‌های مورد مطالعه در سه مرحله قبل، بعد و پیگیری نشان داده شده است. نتایج حاکی از آن است که درمان مبتنی بر تنظیم هیجان و شفقت‌درمانی توانسته منجر به تغییر در میانگین

جدول ۴. میانگین عاطفه خودآگاه بیماران مبتلا به سرطان در گروه‌های آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیرها	گروه‌ها	مرحله پیش‌آزمون		مرحله پس‌آزمون		مرحله پیگیری
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
عاطفه خودآگاه مثبت	درمان مبتنی بر تنظیم هیجان	۳۲/۱۴	۶/۰۸	۳۹/۲۸	۶/۰۶	۳۸/۱۴
	شفقت درمانی	۳۳	۴/۸۵	۳۹/۷۱	۴/۷۹	۳۸/۵۷
	کنترل	۳۲/۹۲	۴/۴۹	۳۲/۰۷	۴/۸۳	۳۲/۲۳
عاطفه خودآگاه منفی	درمان مبتنی بر تنظیم هیجان	۱۰	۲	۷/۲۸	۱/۸۵	۷/۷۱
	شفقت درمانی	۸/۹۲	۱/۴۳	۶/۵۰	۱/۲۲	۷/۰۷
	کنترل	۹/۴۶	۱/۵۶	۹/۸۴	۱/۹۰	۹/۶۹

به‌منظور بررسی نرمال‌بودن توزیع نمرات عاطفه خودآگاه از آزمون کولموگروف-اسمیرنف استفاده شد. نتایج به دست آمده حاکی از آن بود که توزیع نمرات مولفه‌های عاطفه خودآگاه مثبت و منفی دارای تفاوت معنادار با توزیع نرمال نبوده و بر این اساس استفاده از آزمون‌های پارامتریک در این متغیر با محدودیتی مواجه نمی‌باشد. برای تحلیل آماری داده‌ها از تحلیل واریانس آمیخته استفاده شد.

به‌منظور استفاده از این روش لازم بود که در ابتدا پیش‌فرض تساوی واریانس‌ها مورد بررسی قرار گیرد. اساس این پیش‌فرض بر این است که فرض می‌شود واریانس‌های نمرات دو گروه، در جامعه با هم برابر بوده و از لحاظ آماری تفاوت معنی‌داری بین آنها وجود ندارد. برای آزمون این فرضیه از تست لوین استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ آمده است.

جدول ۵. نتایج آزمون لوین درمورد پیش‌فرض تساوی واریانس‌های گروه‌های آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	مرحله	F	درجه آزادی اول	درجه آزادی دوم	معناداری
عاطفه خودآگاه مثبت	پیش‌آزمون	۱/۱۷	۲	۳۸	۰/۳۱
	پس‌آزمون	۰/۷۵	۲	۳۸	۰/۴۷
	پیگیری	۰/۸۳	۲	۳۸	۰/۴۴
عاطفه خودآگاه منفی	پیش‌آزمون	۱/۹۶	۲	۳۸	۰/۱۵
	پس‌آزمون	۱/۴۱	۲	۳۸	۰/۲۵
	پیگیری	۱/۹۱	۲	۳۸	۰/۱۶

همانگونه که در جدول ۵ مشاهده می‌شود مقدار F بدست آمده برای آزمون لوین در مولفه‌های عاطفه خودآگاه مثبت و منفی، در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه‌های درمان مبتنی بر تنظیم هیجان، شفقت‌درمانی و گروه کنترل غیرمعنادار است. این بدین معناست که پیش‌فرض همگنی واریانس نمرات در مولفه‌های ذکر شده رعایت شده است.

نتایج حاصل از بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر تنظیم هیجان بر عاطفه خودآگاه بیماران مبتلا به سرطان در جداول ۶ تا ۸ ارائه می‌گردد. نتایج آزمون مویلی نشان می‌دهد که پیش‌فرض کرویت در متغیرهای عاطفه خودآگاه مثبت و منفی برآورده شده است.

جدول ۶. جدول موجلی مبنی بر بررسی پیش فرض کرویت متغیرها

متغیر	آزمون موجلی	مجذور تقریبی خی	درجه آزادی	مقدار معناداری
عاطفه خودآگاه مثبت	۰/۸۹	۳/۰۱	۲	۰/۱۱
عاطفه خودآگاه منفی	۰/۹۱	۲/۲۲	۲	۰/۲۶

جدول ۷. نتایج تحلیل واریانس آمیخته جهت بررسی تاثیرات درون و بین گروهی تاثیر درمان مبتنی بر تنظیم هیجان بر عاطفه خودآگاه مثبت و عاطفه خودآگاه منفی بیماران مبتلا به سرطان

توان آزمون	اندازه اثر	مقدار p	مقدار F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	متغیر
۱	۰/۴۸	۰/۰۰۰۱	۲۳/۸۷	۷۷/۲۹	۲	۱۵۴/۵۸	عاطفه خودآگاه مثبت
۱	۰/۴۷	۰/۰۰۰۱	۲۵/۱۲	۳۴۲/۱۸	۱	۳۴۲/۱۸	عاطفه خودآگاه مثبت
۱	۰/۶۰	۰/۰۰۰۱	۳۸/۲۷	۱۲۳/۹۰	۲	۲۴۷/۸۱	عاطفه خودآگاه منفی
				۳/۲۳	۵۰	۱۶۱/۸۶	خطا
۱	۰/۴۸	۰/۰۰۰۱	۲۳/۳۴	۱۰/۹۲	۲	۲۱/۸۵	عاطفه خودآگاه مثبت
۱	۰/۴۴	۰/۰۰۰۱	۲۲/۵۲	۳۵/۹۵	۱	۳۵/۹۵	عاطفه خودآگاه مثبت
۱	۰/۶۱	۰/۰۰۰۱	۳۹/۰۵	۱۸/۲۸	۲	۳۶/۵۶	عاطفه خودآگاه منفی
				۰/۴۶	۵۰	۲۳/۴۰	خطا

حاکمی از دقت آماری بالا و همچنین، کفایت حجم نمونه جهت ارزیابی این فرضیه پژوهشی می باشد. در جدول ۸ مقایسه زوجی میانگین نمرات عاطفه خودآگاه آزمودنی ها بر حسب مرحله ارزیابی با استفاده از آزمون تعقیبی بونفرنی ارائه شده است.

نتایج آزمون واریانس آمیخته نشان می دهد بر اساس ضرایب F محاسبه شده، هر سه عامل زمان، عضویت گروهی و تعامل زمان و گروه، تاثیر معناداری بر نمرات عاطفه خودآگاه مثبت و عاطفه خودآگاه منفی بیماران مبتلا به سرطان داشته است ($p < ۰/۰۰۱$). اندازه توان آماری ۱۰۰ درصدی هر سه عامل نیز

جدول ۸. مقایسه زوجی میانگین نمرات عاطفه خودآگاه آزمودنی ها بر حسب مرحله ارزیابی با استفاده از آزمون تعقیبی بونفرنی

متغیرها	مرحله مبنا (میانگین)	مرحله مورد مقایسه	تفاوت میانگینها	خطای انحراف معیار	مقدار احتمال
عاطفه خودآگاه مثبت	پیش آزمون	پس آزمون	-۳/۱۴	۰/۶۲	۰/۰۰۰۱
	پس آزمون	پیگیری	-۲/۶۵	۰/۵۳	۰/۰۰۰۱
عاطفه خودآگاه منفی	پیش آزمون	پس آزمون	۳/۱۴	۰/۶۲	۰/۰۰۰۱
	پس آزمون	پیگیری	۰/۴۹	۰/۲۰	۰/۰۷
عاطفه خودآگاه مثبت	پیش آزمون	پس آزمون	۱/۱۶	۰/۲۳	۰/۰۰۰۱
	پس آزمون	پیگیری	۱/۰۲	۰/۱۶	۰/۰۰۰۱
عاطفه خودآگاه منفی	پیش آزمون	پس آزمون	-۱/۱۶	۰/۲۳	۰/۰۰۰۱
	پس آزمون	پیگیری	-۰/۱۳	۰/۱۵	۰/۴۷

مثبت و منفی را نسبت به مرحله پیش آزمون دچار تغییر نماید؛ و باتوجه به عدم وجود تفاوت معنادار در بین میانگین نمرات مرحله پس آزمون و پیگیری، این تغییر در طول دوره پیگیری نیز حفظ شده است.

از آنجایی که بین میانگین نمرات مرحله پیش آزمون با پس آزمون و پیگیری در متغیرهای عاطفه خودآگاه مثبت و منفی تفاوت معنادار وجود دارد، می توان گفت که درمان مبتنی بر تنظیم هیجان توانسته به شکل معناداری نمرات پس آزمون و پیگیری عاطفه خودآگاه

نتایج حاصل از بررسی اثربخشی شفقت‌درمانی بر عاطفه خودآگاه بیماران مبتلا به سرطان نیز در جداول ۹ تا ۱۱ ارائه شده است.

جدول ۹. جدول موچلی مبنی بر بررسی پیش فرض کرویت متغیرها

متغیر	آزمون موچلی	مجذور تقریبی خی	درجه آزادی	مقدار معناداری
عاطفه خودآگاه منفی	۰/۹۲	۲/۰۲	۲	۰/۳۶
عاطفه خودآگاه مثبت	۰/۸۹	۲/۲۲	۲	۰/۱۷

نتایج آزمون موچلی نشان می‌دهد که پیش فرض کرویت که از پیش فرض‌های تحلیل واریانس آمیخته برآورده شده است. است، در متغیرهای عاطفه خودآگاه مثبت و منفی

جدول ۱۰. نتایج تحلیل واریانس آمیخته جهت بررسی تاثیرات درون و بین گروهی تاثیر شفقت‌درمانی بر عاطفه خودآگاه مثبت و عاطفه خودآگاه منفی بیماران مبتلا به سرطان

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	مقدار p	اندازه اثر	توان آزمون
عاطفه خودآگاه مثبت	۱۳۳/۰۶	۲	۶۶/۵۳	۲۳/۸۶	۰/۰۰۰۱	۰/۴۸	۱
عاطفه خودآگاه منفی	۴۴۳/۸۵	۱	۴۴۳/۸۵	۱۳/۱۲	۰/۰۰۰۱	۰/۳۷	۰/۹۹
عاطفه خودآگاه مثبت	۲۲۰/۳۶	۲	۱۱۰/۱۸	۳۹/۵۲	۰/۰۰۰۱	۰/۶۱	۱
عاطفه خودآگاه منفی	۱۳۹/۳۸	۵۰	۲/۷۸	۷/۸۶	۰/۰۰۰۱	۰/۴۸	۱
عاطفه خودآگاه مثبت	۹۴/۹۳	۱	۹۴/۹۳	۱۱/۵۲	۰/۰۰۱	۰/۳۲	۰/۹۹
عاطفه خودآگاه منفی	۲۸/۷۵	۲	۱۴/۳۸	۴۳/۴۴	۰/۰۰۰۱	۰/۶۳	۱
خطا	۱۶/۵۴	۵۰	۰/۳۳				

آماري بالا و همچنين، كفايت حجم نمونه جهت ارزيابي اين فرضيه پژوهشي مي‌باشد. در جدول ۱۱ مقايسه زوجي ميانگين نمرات عاطفه خودآگاه آزمودني‌ها بر حسب مرحله ارزيابي با استفاده از آزمون تعقيبي بونفروني ارائه شده است.

نتایج آزمون واریانس آمیخته نشان می‌دهد بر اساس ضرایب F محاسبه شده، هر سه عامل زمان، عضویت گروهی و تعامل زمان و گروه، تاثیر معناداری بر نمرات عاطفه خودآگاه مثبت و عاطفه خودآگاه منفی بیماران مبتلا به سرطان داشته است ($p < ۰/۰۰۱$). اندازه توان آماری هر سه عامل نیز حاکی از دقت

جدول ۱۱. مقایسه زوجی میانگین نمرات عاطفه خودآگاه آزمودنی‌ها بر حسب مرحله ارزیابی با استفاده از آزمون تعقیبی بونفرونی

متغیرها	مرحله مینا (میانگین)	مرحله مورد مقایسه	تفاوت میانگین‌ها	خطای انحراف معیار	مقدار احتمال
عاطفه خودآگاه مثبت	پیش آزمون	پس آزمون	-۲/۹۳	۰/۵۷	۰/۰۰۰۱
عاطفه خودآگاه منفی	پیش آزمون	پس آزمون	-۲/۴۴	۰/۵۰	۰/۰۰۰۱
عاطفه خودآگاه مثبت	پس آزمون	پیش آزمون	۲/۹۳	۰/۵۷	۰/۰۰۰۱
عاطفه خودآگاه منفی	پس آزمون	پیش آزمون	۰/۴۹	۰/۱۹/۳۰	۰/۰۹
عاطفه خودآگاه مثبت	پیش آزمون	پس آزمون	۱/۰۲	۰/۱۸	۰/۰۰۰۱
عاطفه خودآگاه منفی	پیش آزمون	پس آزمون	۰/۸۱	۰/۱۳	۰/۰۰۰۱
عاطفه خودآگاه مثبت	پس آزمون	پیش آزمون	-۱/۰۲	۰/۱۸	۰/۰۰۰۱
عاطفه خودآگاه منفی	پس آزمون	پیش آزمون	-۰/۲۰	۰/۱۵	۰/۵۲

نمرات مرحله پس آزمون و پیگیری، این تغییر در طول دوره پیگیری نیز حفظ شده است. در ادامه به مقایسه اثر درمان مبتنی بر تنظیم هیجان و شفقت‌درمانی بر عاطفه خودآگاه مثبت و عاطفه خودآگاه منفی بیماران مبتلا به سرطان پرداخته می‌شود (جدول ۱۲).

از آنجایی که بین میانگین نمرات مرحله پیش آزمون با پس آزمون و پیگیری در متغیرهای عاطفه خودآگاه مثبت و منفی تفاوت معنادار وجود دارد، می‌توان گفت که شفقت‌درمانی توانسته به شکل معناداری نمرات پس آزمون و پیگیری عاطفه خودآگاه مثبت و منفی را نسبت به مرحله پیش آزمون دچار تغییر نماید؛ و باتوجه به عدم وجود تفاوت معنادار در بین میانگین

جدول ۱۲. بررسی تفاوت‌های دو به دو جهت مقایسه اثر گروه‌های آزمایش (درمان مبتنی بر تنظیم هیجان و شفقت‌درمانی) با استفاده از آزمون تعقیبی بونفرنی

متغیرها	گروه مینا (میانگین)	گروه	تفاوت میانگین‌ها	خطای انحراف معیار	معناداری
	گروه درمان	گروه شفقت‌درمانی	-۰/۵۷	۱/۸۳	۰/۱۹
	مبتنی بر تنظیم هیجان	گروه کنترل	۴/۱۱	۱/۸۶	۰/۰۰۱
عاطفه خودآگاه مثبت	گروه شفقت‌درمانی	گروه درمان مبتنی بر تنظیم هیجان	-۰/۵۷	۱/۸۳	۰/۱۹
		گروه کنترل	۴/۶۸	۱/۸۶	۰/۰۰۱
	گروه درمان	گروه شفقت‌درمانی	-۰/۸۳	۰/۵۷	۰/۱۱
	مبتنی بر تنظیم هیجان	گروه کنترل	-۱/۳۳	۰/۵۹	۰/۰۱
عاطفه خودآگاه منفی	گروه شفقت‌درمانی	گروه درمان مبتنی بر تنظیم هیجان	-۰/۸۳	۰/۵۷	۰/۱۱
		گروه کنترل	-۲/۱۶	۰/۵۹	۰/۰۰۲

خودآگاه تفاوت معنی داری وجود دارد. بدین گونه که درمان‌های مذکور موجب کاهش معنادار عاطفه منفی و افزایش معنادار عاطفه مثبت بیماران مبتلا به سرطان شده است. این یافته حاکی از همسو بودن نتایج مطالعه با یافته‌های پژوهش‌های طبیب‌زاده و همکاران (۱)، بورسما و همکاران (۱۰)، اسمعیلی و همکاران (۱۲)، ابراهیم‌پور قوی و همکاران (۵) و اسلامی شهربابکی و همکاران (۱۵) می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که تنظیم هیجانی به افراد یاری می‌رساند تا برانگیختگی هیجانی و هیجان‌های منفی را تنظیم نمایند، احساسات و عواطف خود و دیگران را درک نموده و به طرز اثر بخشی با آن برخورد کنند، که این فرایند باعث می‌شود تا آنان در فرایندهای ادراکی خود همانند ادراک عاطفه خود تغییرات مفیدی را به وجود آورند و علاوه بر بازداری برانگیختگی هیجانی و عاطفی، در برابر افکار، هیجان‌ات و عواطف منفی همچون شرم نیز مقاومت نمایند

همانگونه که نتایج جدول ۱۲ نشان می‌دهد، تفاوت بین میانگین نمرات متغیرهای عاطفه خودآگاه مثبت و منفی بیماران مبتلا به سرطان گروه درمان مبتنی بر تنظیم هیجان با گروه آزمایش شفقت‌درمانی معنادار نبوده و این یافته بدین معناست که بین میزان درمان مبتنی بر تنظیم هیجان و شفقت‌درمانی بر عاطفه خودآگاه مثبت و منفی بیماران مبتلا به سرطان تفاوت معنادار وجود ندارد.

بحث

نتایج حاصل از پژوهش حاضر که با هدف تعیین اثر بخشی درمان مبتنی بر تنظیم هیجان و شفقت‌درمانی بر عاطفه خودآگاه بیماران مبتلا به سرطان انجام گرفت، نشان داد که هم درمان مبتنی بر تنظیم هیجان و هم آموزش شفقت‌درمانی، بر عاطفه خودآگاه بیماران مبتلا به سرطان اثر بخش بوده و در هر دو مداخله، بین دو گروه در نمرات عاطفه

(۲۱). استفاده از راهبردهای تنظیم هیجانی باعث می شود تا بیماران مبتلا به سرطان با نگاه و دیدگاه متفاوتی به ارزیابی رویدادها و وقایع منفی فردی و محیطی بپردازند، هیجان ها و عاطفه منفی را با شدت کمتری تجربه و ادراک کنند، شدت واکنش های هیجانی و عاطفی نسبت به آنها را تغییر دهند و در مورد کنترل هیجانها و عواطف خود احساس کفایت نموده و در نتیجه عاطفه منفی کمتر و عاطفه مثبت بیشتری را تجربه کنند. علاوه بر این باید گفت هیجان و تنظیم هیجان با هماهنگ کردن فرآیندهای ذهنی، زیستی و انگیزشی موجب می شود وضعیت فرد با محیط تثبیت شده و ضمن تجهیز وی با پاسخ های ویژه و کارآمد مناسب با مسائل (۲۲)، می تواند ادراک افراد از فعل و انفعالات فیزیولوژیک و عاطفی را تحت تاثیر قرار داده و از این طریق میزان عواطف، به شکل واقع بینانه تری مورد قضاوت و ادراک قرار می گیرد، بدین ترتیب می توان کاهش در نمرات عاطفه خود آگاه منفی و افزایش در عاطفه خود آگاه مثبت بیماران مبتلا به سرطان را تبیین نمود.

در تبیین یافته دوم مبنی بر اثربخشی شفقت درمانی بر عاطفه خود آگاه مثبت و منفی بیماران مبتلا به سرطان می توان بیان نمود که شفقت درمانی، افراد را به تمرکز روی درک و احساس شفقت به خود در طول فرایندهای تفکر منفی، با تمرکز قوی بر پرورش شفقت در خود تشویق می کند (۲۳). همچنین در طول این درمان بیماران مبتلا به سرطان می آموزند که از احساسات و عواطف دردناک و منفی خود اجتناب نکرده و آنها را سرکوب نکنند؛ بنابراین می توانند در گام اول تجربه خود را بشناسند و نسبت به خود احساس شفقت داشته باشند. در تمرین های شفقت بر تن آرامی، ذهن آرامی، شفقت به خود و ذهن آگاهی تأکید می شود که نقش مهمی در آرامش ذهن فرد، کاهش استرس، افکار خود آیند منفی، عاطفه منفی و بهبود عاطفه مثبت دارند که تمام این فرایندهای می

تواند منجر به بهبود عاطفه خود آگاه مثبت و کاهش عاطفه خود آگاه منفی بیماران مبتلا به سرطان شوند. پس از آنکه اثربخشی هر دو شیوه مداخله بر عاطفه خود آگاه بیماران سرطانی تایید گشت، به منظور بررسی شیوه مداخله ارجح، مقایسه ای صورت گرفت که نتایج حاصل از آن نشان داد که بین درمان مبتنی بر تنظیم هیجان و شفقت درمانی بر عاطفه خود آگاه تفاوت معنی داری وجود نداشته و هر دو مداخله درمانی در بیماران سرطانی تفاوت هایی در این متغیر ایجاد نموده است. به نظر می رسد از آنجایی که به دلایل مختلفی همچون بالا بودن هزینه ها، انگ انگاری ها، باورهای منفی و عدم دریافت درمان مناسب (۲۴، ۲۵)، افراد معمولاً تمایل چندانی به دریافت خدمات روان درمانی از خود نشان نمی دهند، از این رو، دریافت هرگونه روان درمانی و مداخله مثبتی نتایج مطلوبی را در پی خواهد داشت؛ هر چند این مداخلات نیاز به جلسات مستمر دارد.

از جمله محدودیت های پژوهش حاضر می توان به محدود بودن پیشینه پژوهشی، احتمال وجود عدم صداقت یا محافظه کاری در پاسخگویی افراد و عدم بررسی تاثیر این آموزش ها و مداخلات در درازمدت، اشاره کرد که می بایست در تعمیم این نتایج به جوامع آماري دیگر، احتیاط نمود.

نتیجه گیری

نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که به کمک مداخلات روان شناختی همچون درمان مبتنی بر تنظیم هیجان و شفقت درمانی، می توان افکار مزاحمی همچون احساس شرم و گناه در بیماران سرطانی را کاهش و عاطفه خود آگاه مثبت آنها را افزایش داد. در این میان، نوع مداخله تفاوت چندانی بر بهبود عاطفه خود آگاه بیماران سرطانی ایجاد نمی کند. از این رو، به مسئولین و مشاورین واحدهای درمانی در سطح کشور، مراکز مشاوره بیمارستان ها و کلینیک های مناطق و به خصوص بیمارستان های ویژه بیماران

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از رساله دکتری روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد نایین با کد اخلاق IR.IAU.KHUISF.REC.1399.065 می باشد. بدین وسیله از تمامی اساتید و افرادی که در انجام این پژوهش یاری رسانی کرده‌اند، سپاسگزاری می‌شود.

تعارض منافع

پژوهشگر و نویسندگان تصریح می‌نمایند که هیچگونه تضاد منافی در خصوص پژوهش حاضر وجود ندارد.

سرطانی، پیشنهاد می‌گردد، آموزش مبتنی بر تنظیم هیجان و شفقت‌درمانی را در رأس روش‌های درمانی خود قرار دهند. علاوه بر این، لازم است برنامه‌ریزی برای مشارکت بیشتر بیماران سرطانی در دوره‌های آموزشی صورت گیرد و مسئولین به وجود پشتوانه علمی و مالی برای ارتقای کیفی این آموزش‌ها توجه بیشتر نمایند. همچنین برپایی جلسات هفتگی و ماهانه جهت تبادل نظر و تجربیات و حل فشارهای روانی به طور دسته‌جمعی و به‌منظور ایجاد آرامش ذهنی در این نوع از بیماران نیز می‌تواند مثرتر واقع گردد.

References

- 1- Tabibzadeh F, Soleimani E, Shiroudi SH. The effectiveness of compassion-focused therapy on cancer fatigue and self-care behaviors of cancer patients. *Rooyesh-e- Ravanshenasi Journal*. 2021;9(12):75-84 [Persian].
- 2- Bahrami B, Bahrami A, Mashhadi A, Kareshki H. The role of cognitive emotion-regulation strategies in the quality of life of cancer patients. *Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences*. 2015;58(2):96-105 [Persian].
- 3- Karimi-Baghmalek A, Jelodari A, Mahigir F. Effectiveness of acceptance & commitment therapy on depression and anhedonia among patients with terminal stage cancer. *Journal of Clinical Psychology*. 2020;11(4):33-40 [Persian].
- 4- Hosseini F, Nawabi M, Hosseinabadi F. Examining the role of hope and happiness in the recovery of cancer patients. *The Third National Conference on Lifestyle and Health*. Yazd; 2019 [Persian].
- 5- Ebrahimpourghavi M, Sharifidaramadi P, Pezeshk SH. The effectiveness of emotion regulation training on depression and anxiety in children with cancer. *Dissertation of General and Interdisciplinary Psychology*. Allameh Tabatabai Univerdity; 2014 [Persian].
6. Ghasemzade Baraki S, Khezri Moghadam N. The role of self-differentiation and self-conscious of shame and guilt in predicting the quality of life of women with breast cancer. *Iranian Quarterly Journal of Breast Disease*. 2017;10(1):39-47 [Persian].
- 7- Irons C, Lad S. Using compassion focused therapy to work with shame and self criticism in complex trauma. *Australian Clinical Psychologist*. 2017;3(1):47-54.
- 8- Khodabakhash R, Khosravi Z, Shahangian SH. Effect of positive psychotherapy in depression symptoms and character strengths in cancer affected patients. *Positive Psychology Research*. 2015;1(1):35-50 [Persian].
- 9- Salimi A, Arsalandeh F, Zaharakar K, Davarniya R, Shakarami M. The effectiveness of compassion-focused therapy on mental health of women with multiple sclerosis. *Internal Medicine Today*. 2018; 24 (2):125-31 [Persian].
- 10- Boersma K, Håkanson A, Salomonsson E, Johansson I. Compassion focused therapy to counteract shame, self-criticism and isolation: a replicated single case experimental study for individuals with social anxiety. *Journal of Contemporary Psychotherapy*. 2015;45(2):89-98.
11. Steindl SR, Buchanan K, Goss K, Allan S. Compassion focused therapy for eating disorders: a qualitative review and recommendations for further applications. *Clinical Psychologist*. 2017;21(2):62-73.
- 12- Esmaeeli R, Nabovi M. The effectiveness of group therapy based on compassion on self-efficacy and hope of colon cancer patients with ostomy. *The 5th International Conference on the New Horizons in The Educational Sciences, Psychology and Social Injuries*. Tehran; 2020 [Persian].

13. Miri L, Davari R, Dartaj F. Presenting a causal model of emotional regulation based on beliefs and spiritual intelligence by mediating role of worry in Tehran students. *Islamic Life Style*. 2021;4:143-55 [Persian].
- 14- Mardani S, Mehrabi H. Prediction of depression based on cognitive emotion regulation strategies and marital satisfaction in women. *Knowledge & Research in Applied Psychology*. 2017;18(3):65-75 [Persian].
- 15- Eslami Shahrabaki M, Hashemi M. The effectiveness of teaching emotion regulation, depression, hope and resilience in children with cancer. *The Third International Conference of Psychology and Social Sciences*. Tehran; 2015 [Persian].
- 16- Delavar, A, *Research methods in psychology and educational sciences*. 49th edition. Arsbaran; 2018 [Persian].
- 17- Saadipour Biyabangard I. *Research methods in psychology and educational sciences*. First Volume. Fourth Edition. Doran; 2020 [Persian].
- 18- Khodabakhsh Pirkhany R, Safaeian E. Comparing the defense styles and the self-conscious effect of shame and guilt in subtypes of narcissism and comparison with ordinary people. *Psychological Studies*. 2019;15(4):7-24 [Persian].
- 19- Daneshnia F. Comparison of the effectiveness of Grass emotional regulation training and acceptance and commitment-based therapy on psychological distress, sleep problems, pain catastrophizing and body image concern in women with breast cancer. *PhD Dissertation of Psychology*. Islamic Azad University: Arak; 2021 [Persian].
- 20- Alighanavati S, Bahrami F, Goudarzi K, Rrouzbahani M. Effectiveness of compassion-based therapy on quality of life and happiness of women with breast cancer in Ahvaz city. *Journal of Nursing Education*. 2018;7(2):53-61 [Persian].
- 21- Li D, Li D, Wu N, Wang Z. Intergenerational transmission of emotion regulation through parents' reactions to children's negative emotions: tests of unique, actor, partner, and mediating effects. *Children and Youth Services Review*. 2019;101:113-22.
- 22- AbuSaidi Moghadam N, Shirazi M, Jafari Sadr A, Sanagoui Gh. Effectiveness of emotion regulation training on the resilience of women with cancer. *4th International Conference on Recent Innovations in Psychology, Counseling and Behavioral Sciences*. Tehran; 2017 [Persian].
- 23- Leaviss J, Uttley L. Psychotherapeutic benefits of compassion-focused therapy: an early systematic review. *Psychological Medicine*. 2015;45(5):927-45.
- 24- Khazaie H, Rezaie L, Shahdipour N. Explaining the reasons for withdrawal from psychotherapy from the perspective of psychotherapists: a qualitative study. *Journal of Kermanshah University of Medical Sciences*. 2014;18(11):655-65 [Persian].
- 25- Jaafari Z, Abdolahinia Z, Ghasemi H, Esmailpour A, Mahmoodzadeh S, Bahaodini A, et al . Barriers and facilitators of people's referral to health centers in Kerman city: a qualitative study. *Iranian Journal of Epidemiology*. 2021;17 (2):194-203 [Persian].