

اثر شفقت درمانی بر اضطراب در بیماران قلبی و عروقی (مطالعه موردی بیماران بیمارستان گلستان اهواز)

شکوه هادی قنوات

کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، مدیر و مسئول فنی مرکز مشاوره ذهن پویا

چکیده

مطالعه حاضر با هدف بررسی اثر شفقت درمانی بر میزان اضطراب در بیماران قلبی و عروقی مراجعه کننده به بیمارستان گلستان اهواز صورت گرفته است. این مطالعه بصورت توصیفی- پیمایشی و از نظر روش از نوع شبه آزمایشی بوده که دو گروه بیمار و سالم ۲۰ نفره بعنوان نمونه انتخاب و ابزار پژوهش قبل از آموزش بیماران و بعد از آموزش بیماران توزیع شد. پایایی ابزار پژوهش برای پرسشنامه های شفقت و اضطراب به ترتیب ۰/۸۴ و ۰/۷۳ بدست آمد. تجزیه و تحلیل آماری به کمک نرم افزار spss23 و تست های کای اسکوئر، تی و ضریب همبستگی پیرسون صورت گرفت. نتایج نشان داد که بروز بیماری های قلبی و عروقی در میان جامعه بر اساس اطلاعات دموگرافیکی متفاوت می باشد ($p < 0.05$). نتایج آزمون t نشان داد که در گروه بیمار بعد از آموزش میانگین شفقت افزایش معنی داری داشته و میزان اضطراب کاهش یافته است ($p < 0.05$). نتایج ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که میزان اضطراب با شفقت درمانی رابطه معنی دار و معکوسی دارد ($p < 0.05$). نتایج این مطالعه نشان می دهد که با فراهم نمودن محیط شاد و مناسب برای بیماران قلبی می توان میزان اضطراب آنها را کاهش داد.

واژه های کلیدی: شفقت درمانی، اضطراب، بیماران قلبی و بیمارستان گلستان اهواز

مقدمه

درمان متمرکز بر شفقت (CFT) یک سیستم روان‌درمانی است که پل گیلبرت آن را ابداع و تدوین کرده است. این رویکرد از معروف‌ترین روان‌درمانی‌های موسوم به موج سوم رفتاردرمانی است که تکنیک‌هایی را از رفتاردرمانی شناختی به همراه ایده‌هایی از روان‌شناسی تکاملی، روان‌شناسی اجتماعی، روان‌شناسی رشد، روان‌شناسی بودیستی و علوم اعصاب را یکپارچه کرده است (۱) و (۲). این رویکرد را می‌توان از جمله‌ها روان‌درمانی‌هایی یکپارچه‌نگری دانست که سعی کرده است تا پلی بر شکاف سنتی مابین هیجان و شناخت در حوزه رفتاردرمانی شناختی بزند. یکی از موضوعات کانونی این رویکرد استفاده از آموزش ذهن‌مشفق برای یاری رساندن به افراد و ایجاد ملایمت درونی، امنیت و تسکین از طریق شفقت به خود و دیگران است (۳).

تکنیک اصلی درمانی CFT آموزش ذهن‌مشفق است. در این تکنیک به درمانجو مهارت‌ها و خصوصیات شفقت آموخته می‌شود. آموزش ذهن‌مشفق به درمانجویان کمک می‌کند تا الگوهای شناختی و هیجانی مشکل‌ساز مرتبط با اضطراب، خشم، خودانتقادگری، شخصیت‌زدایی و شیدایی خفیف (هایپومانیا) خود را تغییر کنند. تکامل زیستی مبنای CFT را می‌سازد. در وجود انسان‌ها حداقل سه نوع سیستم تنظیم عاطفه تکامل یافته است: سیستم محافظت از خطر، سیستم سائق (جستجوی منبع) و سیستم تسکین. تاکید CFT بر ارتباط بین الگوهای شناختی و این سه سیستم تنظیم هیجان تاکید می‌شود. از طریق استفاده از تکنیک‌هایی نظیر آموزش ذهن‌مشفق و تکنیک‌های رفتاردرمانی شناختی به درمانجویان آموخته می‌شود که به طور موثری هرکدام از این سیستم‌ها را به طور موثری مدیریت کرده و به طور مناسب تری به موقعیت‌ها و شرایط پاسخ بدهند. در طول سالیان اخیر مقالات پژوهشی فزاینده‌ای اهمیت شفقت به عنوان راهی برای هدایت رفتار در شرایط مقابله با خطر و حل تعارض را نشان داده‌اند. درمان متمرکز بر شفقت مخصوصاً برای درمان افرادی که شرم و خودانتقادگری زیادی دارند و نیز کسانی که در احساس ملایمت و مهربانی با خود یا دیگران مشکل دارند مناسب است. این مشکلات مرتبط با شرم و خودانتقادگری اغلب ریشه در آزار دیدگی، مورد قلدری قرار گرفتن، نادیده گرفته شدن و یا کمبود محبت در خانواده دارد. با استفاده از CFT می‌توان به چنین افرادی آموخت تا در تعامل با خود و دیگران احساس امنیت و ملایمت بیشتری داشته باشند (۷-۴). هدف درمان متمرکز بر شفقت (CFT)، کمک به بهبود هیجانی و روانی افراد به وسیله تشویق کردن آنها به مشفق بودن با خودشان و دیگران است. بسیاری از افراد معتقدند که شفقت، چه با خود و چه با دیگران، یک پاسخ هیجانی است و جنبه مهمی از بهزیستی را تشکیل می‌دهد. مزیت ارتقاء شفقت، افزایش سلامت هیجانی و روانی است. متخصصان آموزش دیده سلامت روان اعتقاد دارند که CFT باعث کمک کردن و حمایت از مراجعانی می‌شود که در جستجوی راه‌های مشفقانه‌ای برای برقراری ارتباط با خودشان و دیگران هستند (۸). اضطراب واکنشی طبیعی به شرایط تهدید آمیز است و نوعی عملکرد برای زنده ماندن دارد. شدت اضطراب درجات گوناگونی دارد، از نگرانی مبهم تا نشانه‌های جسمی قوی یا احساس وحشت تا حدی که انسان فکر می‌کند در حال بیهوش شدن است. اضطراب همیشه بعد مدتی به پایان می‌رسد اما می‌تواند دوباره برگردد (۹). اضطراب برای افراد گوناگون به صورتهای گوناگونی احساس می‌شود و شدت آن می‌تواند متفاوت باشد. اضطراب ملایم می‌تواند بصورت نگرانی، بی‌قراری یا احساسی غیر واقعی مانند بودن در "یک حباب" جلوه کند. اضطراب شدید می‌تواند در بدن بیشتر احساس شود. در آن حالت می‌تواند بصورت دشواری در تنفس، فشار به روی سینه و یا تپش قلب احساس شود. اگر اضطراب بطور ناگهانی ظاهر شود بدون اینکه شما آماده باشید، به آن اضطراب ناشی از هراس آنی می‌گویند و آنچه که هنگام اضطراب ناشی از هراس آنی اتفاق می‌افتد حمله ناشی از هراس خوانده می‌شود (۱۰). اضطراب ناشی از واکنش‌هایی در سیستم مرکزی اعصاب است که ما قادر به هدایت آن نیستیم. این واکنش در واقع یک سیستم هشدار دهنده است که به هنگام تهدید یا بروز خطر از سوی سیستم مرکزی اعصاب و مغز بکار می‌افتد. خطر همیشه لازم نیست واقعی باشد. وقتی مغز سیگنال‌هایی می‌فرستد مبنی بر این که احتمال خطر مرگ می‌رود بدن واکنش نشان می‌دهد و این همانی است که شما بعنوان اضطراب می‌شناسید (۱۱). حساسیت سیستم هشدار دهنده در افراد گوناگون متفاوت است، و در طول دوران مختلف زندگی می‌تواند متغیر باشد. داشتن اضطراب بیشتر در دوران نوجوانی تا سن بیست سالگی غیر عادی نیست اما با بالا رفتن سن وضع بهتر می‌شود. اتفاقات ناگوار نیز بر روی حساسیت نسبت به اضطراب تاثیرگذار است (۱۲). امروزه استرس، اضطراب و

افسردگی به یکی از مهم ترین مسایل مورد مطالعه روان شناسان، روان پزشکان و متخصصان علوم رفتاری در سراسر جهان تبدیل شده است. فردی که در معرض اضطراب و تشویش دائم می باشد اعتماد به نفس خود را از دست می دهد و ضمن احساس حقارت دچار افسردگی می گردد که آن نیز به نوبه خود بر چرخه معیوب تنش شغلی و کارایی او دامن خواهد زد. تداوم این چرخه می تواند به مرور باعث فرسایش توانایی های روانی و جسمانی افراد شده و پس از مدتی به اختلالات عصبی، روانی ناپایدار منتهی می گردد (۱۳ و ۱۴). مطالعه حاضر با هدف اثر شفقت درمانی بر اضطراب در بیماران قلبی و عروقی (مطالعه موردی بیماران بیمارستان گلستان اهواز) صورت می گیرد.

روش پژوهش

در قالب طرح نیمه تجربی بین گروهی با پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل از جامعه بیماران - عروقی بستری شده در بیمارستان گلستان اهواز در سال ۱۳۹۷ تعداد ۴۰ نفر به شیوه هدفمند و در دسترس انتخاب شدند و در دو گروه (گروه بیمار ی و گروه کنترل) با حجم ۲۰ نفر در هر دو گروه جایگزین شدند، در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون، متغیرهای وابسته مورد اندازه گیری قرار گرفتند. و به جهت رعایت ملاحظات اخلاقی پس از اتمام پژوهش رفتاردرمانی شناختی در بیماران گروه کنترل نیز اجرا گردید. ملاکهای ورود عبارت است از دارا بودن سن بین ۵۰-۲۰ سال، نداشتن بیماریهای مزمن دیگر از جمله دیابت، سطح تحصیلات حداقل دیپلم، امضای رضایت نامه اخلاقی برای شرکت در پژوهش و ملاکهای خروج عبارت بود از: افراد دارای سن کمتر از ۲۰ و بالاتر از ۵۰ داشتن بیماریهای مزمن از جمله دیابت، سطح تحصیلات پایین تر از دیپلم، داشتن اختلالهای بارز نظیر اختلال شخصیت، دوقطبی، اختلال وسواس - اجبار تجزیه و تحلیل آماری به کمک نرم افزار SPSS23 صورت گرفت.

ابزار گردآوری

پرسشنامه شفقت خود فرم کوتاه (SCS-SF)

مقیاس ۱۲ ماده ای خود دلسوزی فرم کوتاه یا همان پرسشنامه شفقت خود توسط ریس، پامیر، نف و ون گاجت در سال ۲۰۱۱ ساخته شد. نسخه بلند این مقیاس در سال ۲۰۰۳ و با ۲۶ ماده ساخته شده بود. این پرسشنامه دارای ۶ عامل دو وجهی است که عبارتند از: مهربانی با خود؛ قضاوت در مورد خود؛ احساس مشترکات انسانی؛ انزوا؛ ذهن آگاهی؛ و فزون همانندسازی. این پرسشنامه در طیف لیکرت از ۱ تا ۵ نمره گذاری می شود.

پرسشنامه اضطراب بک

یک پرسشنامه خود گزارشی است که برای اندازه گیری شدت اضطراب در نوجوانان و بزرگسالان تهیه شده است یک مقیاس ۲۱ ماده ای است که آزمودنی در هر ماده یکی از چهار گزینه ای را که نشان دهنده شدت اضطراب او است را انتخاب می کند. نمره گذاری آن از صفر تا ۳ می باشد و حداکثر نمره آن ۶۳ می باشد.

یافته ها

جدول ۱ اطلاعات دموگرافیک را برای نمونه آماری مورد نظر نشان می دهد. یافته های مطالعه حاضر نشان می دهد که جنسیت، وضعیت تاهل، تحصیلات، شغل و سابقه دیابت بر بروز بیماری های قلبی اثرگذار می باشد ($p < 0.05$).

جدول ۱: توزیع فراوانی نمونه آماری مورد مطالعه بر اساس اطلاعات دموگرافیکی

متغیر	تعداد (درصد)	سطح معنی داری
جنس		
زن	۱۰ (۲۵)	۰/۰۰
مرد	۳۰ (۷۵)	
وضعیت تاهل		

۰/۰۰	(۳۷/۵)۱۵ (۶۲/۵)۲۵	متاهل مجرد
۰/۰۲۱	(۳۵)۱۴ (۳۰)۱۲ (۱۰)۴ (۱۵)۶ (۱۰)۴	تحصیلات زیر دیپلم دیپلم کاردانی کارشناسی ارشد و بالاتر
۰/۰۱۳	(۱۰)۴ (۵۰)۲۰ (۱۵)۶ (۲۵)۱۰	شغل دولتی آزاد بیکار سایر
۰/۰۰	(۴۰)۱۶ (۶۰)۲۴	سابقه دیابت بلی خیر

جدول ۲ میانگین اضطراب و شفقت را در دو گروه بیمار و سالم در پیش آزمون و پس آزمون نشان می دهد که نتایج نشانگر کاهش اضطراب در گروه بیماران قلبی و افزایش شفقت می باشد ($p < 0.05$).

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار اضطراب و شفقت را در دو گروه بیمار و سالم

نام متغیر	پیش آزمون	پس آزمون	سطح معنی داری
اضطراب	سالم	۴۲/۴ ± ۳/۵	۰/۱۰۲
	بیمار	۵۱/۶ ± ۲/۶	۰/۰۲
شفقت	سالم	۴۸/۳ ± ۱/۶	۰/۱۲۴
	بیمار	۳۷/۷ ± ۲/۴	۰/۰۰

جدول ۳ ضریب همبستگی بین شفقت و اضطراب را نشان می دهد که در گروه سالم معنی دار نمی باشد، اما در گروه بیمار رابطه معنی دار و معکوسی وجود دارد ($p < 0.05$).

جدول ۳: رابطه بین بین شفقت و اضطراب در بیماران قلبی به کمک آزمون ضریب همبستگی پیرسون

متغیر	آماره		شفقت درمانی
اضطراب	ضریب همبستگی	سالم	-۰/۱۲۱
		بیمار	*-۰/۴۱۵
	سطح معنی داری	سالم	۰/۱۴۶
		بیمار	۰/۰۱

بحث و نتیجه گیری

نتایج این پژوهش نشان داد بین اطلاعات دموگرافیکی و بروز بیماری های قلبی رابطه معنی داری وجود دارد که با مطالعات صورت گرفته توسط آرمیتسو(۱) و هاینز(۶) همسو می باشد. نتایج نیز بیانگر رابطه معنی دار اما معکوس شفقت درمانی بر میزان اضطراب بیماران قلبی بوده بطوریکه با آموزش بیماران میزان اضطراب کاهش معنی داری داشته است که با یافته های کیکوچی(۱۱)، مهدی زاده(۱۳) و رضایی(۱۴) همسو می باشد. درمان متمرکز بر شفقت می تواند افسردگی بیماران را کاهش و هیجانات مثبت و شفقت آنها را افزایش دهد. در تبیین این یافته می توان گفت نشانگان افسردگی با سطوح بالای شرم و خود انتقادگری و سطوح پایینتر شفقت با خود ارتباط دارد(۱۰). درمان متمرکز بر شفقت برای کمک به افرادی که سطوح بالایی از شرم و خودانتقادگری را تجربه می کنند طراحی شده است. خودانتقادگری شامل اشتغال فرد با افکار محکوم سازی است. چون افراد افسرده با شدت بالایی از خودانتقادی و نشخوار فکری مواجه هستند، بنابراین انتظار می رود این درمان برای افراد مضطرب که دارای افکار خودانتقادی و افسردگی هستند سودمند باشد(۶ و ۷). علاوه بر این ذهن آگاهی مؤلفه مهمی است که از عناصر عمده در تمرینات درمان متمرکز بر شفقت است. تفکر مشفقانه، رفتار مشفقانه و تصویرسازی مشفقانه با ذهن آگاهی تولید شده و انجام می پذیرند. ذهن آگاهی به افراد میآموزد تا چطور به دنیاهای درونی و بیرونی خود با کنجکاوی، مهربانی و عدم قضاوت توجه کنند. همچنین ذهن آگاهی می تواند به ما کمک کند تا از ذهنیت های نشخوارگر خود و آسیبی که به بار می آورند آگاه شده، این چرخه های نشخوارفکری و افکار خودانتقادی را بهتر درک کرده و آن را در هم بشکنیم(۸). بخش عمده ای از هیجانات منفی که افراد تجربه می کنند ناشی از نشخوارهای فکری است که به دنبال تجارب منفی در ذهن ایجاد می شود. میتوان گفت مؤلفه های ذهن آگاهی با کاهش نشخوارگری افراد، منجر به کاهش هیجانات منفی (افسردگی و اضطراب) در آنها می شود. در واقع شفقت همانند یک ضربه گیر در مقابل پیامدهای منفی عمل می کند. همچنین در درمان متمرکز بر شفقت از طریق تحریک سیستم امنیت (پیوستگی) ادراک خطر و تهدیدات در افراد کاهش و در عوض، رفتارهای مراقبتی، همدلانه و مشفقانه با دیگران افزایش میابد. رمان متمرکز بر شفقت پیشنهاد می دهد که تلاش برای تحریک سیستم امنیت و رضایت با استفاده از تمرکز مجدد، تصویرسازی ذهنی و توجه مشفقانه مفید خواهد بود(۱۳). درمان متمرکز بر شفقت همانند یک سبک تنظیم هیجانی مثبت عمل نموده و هیجانات منفی فرد را کاهش و هیجانات مثبت را جایگزین آن می نماید؛ لذا به نظر میرسد که به واسطه این خودتنظیمی هیجانی، افسردگی فرد کاهش یابد(۱۵).

نتایج این پژوهش نشان داد که درمان متمرکز بر شفقت، اضطراب افراد شرکت کننده در پژوهش را کاهش داده است. در افراد مضطرب از بین سه سیستم تنظیم هیجان، سیستم متمرکز بر تهدید آنها همیشه فعال است. این سیستم باعث هیجاناتی نظیر اضطراب، خشم یا بیزاری می شود. درواقع مغز ما برای پردازش تهدید، در مقایسه با چیزهای لذتبخش، اهمیت و اولویت قائل است.

منابع

- 1- Arimitsu, K., & Hofmann, S. G. (2015). Cognitions as mediators in the relationship between self-compassion and affect. *Personality and Individual Differences*, 74: 41–48.
- 2- Elaine Beaumont, C. J & Hollins, M. (2016). Exploration of a training program for student therapists that employs Compassionate Mind Training (CMT) to develop compassion for self and others. *The Arts in Psychotherapy*, 22, 5-13.
- 3- Fergus, T. A., Valentiner, D. P., McGrath, P. B., Stephenson, K., Gier, S., & Jencius, S. (2009). The Fear of Positive Evaluation Scale: Psychometric properties in a clinical sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 1177- 1183.
- 4- Gilbert, P. (2009). Introducing compassion focused therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, 15, 199– 208. 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. *Clin Psychol Psychother*; 13: 353-79.
- 5- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35(4), 639-665.
- 6- Hayes, S. C. (2008). *The roots of compassion*. Keynote speech delivered at the International ACT Conference, Chicago.
- 7- Heimberg, R. G., Brozovich, F. A., & Rapee, R. M. (2010). A cognitive-behavioral model of social anxiety disorder: Update and extension. In S.
- 8- Irons, C., & Lad, S. (2017). Using compassion focused therapy to work with shame and self-criticism in complex trauma. *Australian Clinical Psychologist*. 3, 47-54.
- 9- Lewin K. Depression assessment. *Practice Nurse Journal*. 2007;33(12):43-45.
- 10- Farquharson B, Bell C, Johnston D, Jones M, Schofield P, Allan J, et al. Nursing stress and patient care: real-time investigation of the effect of nursing tasks and demands on psycho-logical stress, physiological stress, and job performance: study protocol. *Journal of Advanced Nursing*. 2013;69(10):2327-2335.
- 11- Kikuchi Y, Nakaya M, Ikeda M, Takeda M, Nishi M.(2013) Job stress and temperaments in female nurses. *Occupational Medicine*;63(2):123- 128.
- 12- Balducci C, Avanzi L, Fraccaroli F. (2014). Emotional demands as a risk factor for mental distress among nurses. *La Medicina Del Lavoro*;105(2):100-108.
- 13- Mehdizadeh P, Pourreza A, Allahverdipour H, Dopeykar N. (2013). Assessing relationship between job stress, self-efficacy and coping among teaching hospitals staff in Tabriz University of Medical Sciences in 2009. *Hospital Journal*;12(1):57-66. (Persian)
- 14- Rezaei T, Yazdi-Ravandi S, Ghaleiha A, Seif Rabiei M. (2015). Depression among medical students of Hamadan University of Medical Sciences in 2014: The Role of demographic variables. *Pajouhan Scientific Journal*;13(4):1-8.