

اثر بخشی خودیاری توازن هیجانی مبتنی بر توجه آگاهی بر کژتنظیمی هیجان و شفقت بر خود

خیرالله صادقی^۱، علی اکبر فروغی^۲، امیرسام کیانی مقدم^۳،
میثم بازانی^۴، علی اکبر پرویزی فرد^۲

چکیده

مقدمه: شواهد روبه رشدی نشان می‌دهند که مداخلات خودیاری مبتنی بر توجه آگاهی منافی برای سلامت جسمانی و روان‌شناختی در جمعیت‌های مختلف دارند. توازن هیجانی مبتنی بر توجه آگاهی برنامه جدیدی است که تاکنون کارآمدی فرمت خودیاری آن مورد بررسی قرار نگرفته است. پژوهش حاضر به بررسی کارآمدی این برنامه بر کژتنظیمی هیجان و بر شفقت بر خود در یک نمونه دانشجویی پرداخت.

روش بررسی: این مطالعه یک کارآزمایی تصادفی کنترل‌شده دوسوکور بود. هشتاد دانشجو به صورت تصادفی در دو گروه (هر گروه ۴۰ نفر) خودیاری توازن هیجانی مبتنی بر توجه آگاهی یا کنترل فهرست انتظار قرار گرفتند. سنجش استفاده از مقیاس توجه آگاهی (MAAS)، مقیاس دشواری در تنظیم هیجان (DERS) و مقیاس شفقت بر خود (SCS)، پیش از شروع مداخله، ده هفته بعد و در پی‌گیری دوماهه به انجام رسید.

یافته‌ها: تحلیل کوواریانس نشان‌دهنده اثر معنادار برنامه خودیاری مداخله مبتنی بر توجه آگاهی بر کژتنظیمی هیجان و شفقت بر خود در گروه آزمایش در پس‌آزمون و پیگیری بود ($p < 0/05$)، در حالی که گروه کنترل فهرست انتظار در هیچ‌کدام از مقیاس‌ها تغییر معناداری وجود نداشت. همچنین افزایش معناداری در توجه آگاهی در مرحله پس‌آزمون مشاهده شد ($p < 0/05$). تغییرات به دست آمده در پیگیری دو ماهه پابرجا بود.

بحث و نتیجه‌گیری: توازن هیجانی مبتنی بر توجه آگاهی می‌تواند یک برنامه خودیاری اثربخش، ارزان و مقبول در جهت کاهش کژتنظیمی هیجان و همچنین مؤثر بر شفقت بر خود باشد.

کلمات کلیدی: توجه آگاهی، هیجان، شفقت

۱. دانشیار، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، دانشکده پزشکی، کرمانشاه، ایران
۲. استادیار، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، دانشکده پزشکی، کرمانشاه، ایران
۳. دکترای روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، دانشکده پزشکی، گروه روانشناسی بالینی، تهران، ایران
۴. دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، دانشکده پزشکی، گروه روانشناسی بالینی، تهران، ایران (مؤلف مسئول)
bazani.misam@yahoo.com

مقدمه

خودیاری شیوه مقرون به صرفه‌ای است که برای دامنه متنوعی از مشکلات روان‌شناختی از حمایت تجربی برخوردار است و برای مشکلاتی مانند اضطراب و افسردگی اثربخش بوده‌اند [۱]. این درمان‌ها، شواهدمحور هستند و می‌توانند به آسانی و به‌ارزانی در اختیار افراد دچار مشکل قرار گیرند و درعین حال مستلزم صرف زمان و هزینه کمتر از سوی درمانگران و پژوهشگران هستند [۲]. بیشتر مطالعات خودیاری^۱ انجام شده در حوزه سلامت روان، درمان شناختی رفتاری را مورد بررسی قرار داده‌اند. با این وجود، درمان‌های مبتنی بر توجه آگاهی^۲ به رویکردی محبوب در روان‌درمانی معاصر تبدیل شده‌اند [۳] و مطالعات انجام شده نشان می‌دهند که مداخلات مبتنی بر توجه آگاهی یک شیوه ارزشمند برای کاهش پیامدهای منفی سلامت روان از جمله پریشانی روان‌شناختی^۳ است [۴]. کولن معتقد است که یکی از بزرگترین فرصت‌های فراروی مداخلات مبتنی بر توجه آگاهی قابلیت بالقوه آنها در دگرگون ساختن شیوه ارائه مراقبت سلامت است [۵] و روف و مک‌کنزی مداخلات توجه آگاهی را شیوه‌های نیرومندی می‌دانند که هزینه‌ها را کاهش می‌دهند [۶].

شواهد امیدوارکننده برای مقبولیت و اثربخشی رویکردهای خودیاری شناختی-رفتاری این سؤال را مطرح می‌کند که آیا این منافع به ترویج شیوه‌های درمانی شواهدمحور دیگری از جمله مداخلات مبتنی بر توجه آگاهی نیز قابل گسترش است یا خیر [۷]. مطالعاتی نشان می‌دهند که متون خودیاری مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد که دربردارنده اصولی از توجه آگاهی است، در درمان اضطراب و افسردگی در نمونه‌های دانشجویی [۸] و جامعه^۴ [۹] مؤثر بوده است. از طرفی، شماری از پژوهشگران نیاز به بررسی مکانیسم‌هایی که اثرات سودبخش مداخلات توجه آگاهی را تبیین کنند، یادآور شده‌اند [۱۰] و

تاکنون متغیرهای تعدیل‌کننده چندی مورد مطالعه قرار گرفته‌اند که کژتنظیمی هیجان [۱۱] و شفقت بر خود [۱۲] از جمله این متغیرها هستند.

شفقت بر خود^۵ سازه‌ای است که توجه زیادی را به خود جلب کرده است. مدل‌های نظری بر اهمیت شفقت بر خود در شکل‌گیری بهزیستی، کاهش اضطراب و افسردگی و تاب‌آوری در برابر استرس تأکید کرده‌اند [۱۳]. پژوهش نشان می‌دهد که مشارکت در برنامه‌های مبتنی بر توجه آگاهی مانند MBCT^۶ و MBSR^۷ باعث افزایش شفقت بر خود می‌شوند [۱۴]. به علاوه، این فرضیه مطرح شده است که افزایش شفقت بر خود مکانیسمی است که مداخلات مبتنی بر توجه آگاهی از طریق آن بهزیستی افراد را ارتقا می‌دهند [۱۵] و کاهش استرس [۱۶] و بهبود علایم افسردگی پس از این درمان‌ها را میانجی‌گری می‌کند [۱۷]. تنظیم هیجان^۸ یکی دیگر از متغیرهای میانجی‌گر در درمان‌های مبتنی بر توجه آگاهی است. اگرچه تاکنون مطالعات زیادی تبیین در فرایندهای تنظیم هیجان به عنوان پیامدی از درمان‌های مبتنی بر توجه آگاهی و پذیرش را مورد بررسی قرار نداده‌اند، شواهد اولیه نشان می‌دهد که این درمان‌ها می‌توانند تنظیم هیجان انطباقی را در بیماران مختلف بهبود بخشند [۱۸]. در مجموع، به نظر می‌رسد که درمان‌های مبتنی بر توجه آگاهی و پذیرش از سطوح دشواری در تنظیم هیجان می‌کاهند و ابعادی از عملکرد که احتمالاً با تنظیم هیجان انطباقی رابطه دارند یا توسط آن تسهیل می‌شوند را افزایش می‌دهند.

با وجود شواهدی که نشان‌دهنده میانجی‌گری بالقوه متغیرهایی مانند شفقت بر خود و کژتنظیمی هیجان در درمان‌های مبتنی بر توجه آگاهی هستند، ما درباره مکانیسم‌های اثرگذاری احتمالی فرمت‌های خودیاری مداخلات مبتنی بر توجه آگاهی چیز زیادی نمی‌دانیم. با این حال، می‌توان فرض کرد که مکانیسم‌های

5. Self-compassion
6. Mindfulness-based cognitive therapy
7. Mindfulness-Based Stress Reduction
8. Emotion regulation

1. Self-help
2. Mindfulness
3. Psychological distress
4. community

اندازه‌های اثر قابل مقایسه از میانگین و انحراف معیار مطالعات قبلی استفاده شد [۹]. تعداد نمونه مورد نیاز برای هر گروه ۱۹ نفر به دست آمد که برای جبران افت شرکت‌کنندگان در مجموع ۸۰ نفر در نظر گرفته شد.

$$n = \frac{(Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta})^2 (s_1^2 + s_2^2)}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

$$n = \frac{(1.96 + 1.28)^2 (7.11^2 + 8.38^2)}{(21.75 - 13.40)^2} = 19$$

افراد در صورتی به مطالعه وارد می‌شدند که (الف) در زمان اجرای پژوهش در دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه مشغول به تحصیل باشند؛ (ب) حداقل ۱۸ سال سن داشته باشند؛ (ج) در حال حاضر هیچ نوع روان‌درمانی دریافت نکنند؛ و (د) به یک اختلال روان‌شناختی جدی (همچون اختلال‌های خلقی و روان‌پریشی) مبتلا نباشند. معیارهای خروج هم عبارت بودند از: (الف) انجام ندادن منظم تمرین‌های مراقبه پس از شرکت در پژوهش (حداقل یک‌بار در هفته)؛ و (ب) عدم مطالعه کتاب کار پس از شرکت در پژوهش (حداقل ۶۰ درصد محتوا). برای اجرای پژوهش ابتدا کتاب کار انتخاب شده و مراقبه‌های صوتی همراه آن از زبان انگلیسی به فارسی ترجمه شد و مراقبه‌های صوتی به زبان فارسی ضبط گردید. در مرحله بعد برای اطمینان از مطابقت متن ترجمه شده با متن اصلی، کتاب در اختیار ویراستار قرار داده شد تا ویرایش‌های لازم در متن کتاب اعمال شود. پس از دریافت مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه برای انتخاب شرکت‌کنندگان از طریق آگهی‌رسانی و نصب پوستر در دانشکده‌ها، محیط خوابگاهی و فضای مجازی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه از افرادی که استرس، اضطراب یا افسردگی را تجربه می‌کنند دعوت به مشارکت به عمل آمد.

پس از اظهار تمایل ۸۲ دانشجو برای شرکت در پژوهش معیارهای شمول و خروج بررسی شد و دو نفر از آنان به دلیل حضور در جلسات روان‌درمانی از تحقیق خارج شدند. در مرحله بعد برگه‌های حاوی اطلاعات مربوط به پژوهش به شرکت‌کنندگان داده شد و رضایت‌نامه کتبی و آگهانه از آنان

مشابهی در درمان‌های خودیاری مبتنی بر ذهن‌گامی دخیل باشند. مطابق با دانش ما تاکنون مطالعات چندانی به بررسی مکانیسم‌های اثرگذاری درمان‌های خودیاری مبتنی بر توجه‌آگاهی نپرداخته‌اند. پژوهش جدیدی نگرانی و نشخوارگری را مورد بررسی قرار داد و به این نتیجه منتهی شد که مداخله اینترنتی مبتنی بر توجه‌آگاهی منجر به کاهش نشخوارگری و نگرانی در گروه شرکت‌کننده شد، لیکن اثر اختصاصی مداخله مبتنی بر توجه‌آگاهی در مقایسه درمان دیگر مشخص نگردید [۱۹].

هدف این پژوهش بررسی اثربخشی یک مداخله خودیاری مبتنی بر توجه‌آگاهی بر کزنظیمی هیجان و شفقت بر خود در نمونه دانشجویی بود.

روش بررسی

این مطالعه یک کارآزمایی تصادفی کنترل‌شده دوسوکور بود (کد ثبت: IRCT2017022010063N6) که یک گروه دریافت‌کننده برنامه خودیاری توازن هیجان مبتنی بر توجه‌آگاهی و یک گروه کنترل فهرست انتظار داشت. شرکت‌کنندگان از شرایط پژوهش آگاهی کامل داشتند و پیش از شروع کار رضایت‌نامه آگهانه و کتبی از آنان دریافت شد. به علاوه، شرکت‌کنندگان برای عدم همکاری آزادی کامل داشتند. اطلاعات گردآوری شده در تمام مراحل پژوهش محرمانه ماند. به شرکت‌کنندگانی که مایل بودند از نتایج پژوهش مطلع شوند، اطلاعات لازم در مورد نتایج داده شد. در نهایت، پس از روشن شدن نتایج و مشخص شدن کارآمدی مداخله، نسخه pdf کتاب کار در اختیار شرکت‌کنندگان گروه فهرست انتظار قرار گرفت.

روش پژوهش از نوع نیمه تجربی است، و طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با دو گروه آزمایش و کنترل است. روش نمونه‌گیری در دسترس بود و جامعه آماری این پژوهش کلیه دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه در سال تحصیلی ۹۶-۹۵ بود. به‌منظور تعیین حجم نمونه مورد نیاز برای

جدول ۱- رئوس مطالب برنامه هشت هفته‌ای ارائه شده در کتاب کار

هفته یکم	یادگیری نحوه توجه کردن
هفته دوم	آگاهی از احساس‌های خوشایند، ناخوشایند و خنثی و تمایز میان آنها
هفته سوم	توجه آگاهی نسبت به افکار
هفته چهارم	آشنایی با بخشش و شیوه‌های تقویت آن
هفته پنجم	آگاهی از خشم، محرک‌های آن و شیوه‌های رویارویی با خشم
هفته ششم	آشنایی با مهرورزی و تقویت آن
هفته هفتم	آگاهی از ترس و روش‌های رویارویی با آن
هفته هشتم	آشنایی با شفقت‌ورزی نسبت به خود و دیگران و تقویت آن

مداومت در انجام تمرین‌ها را افزایش می‌دهد. امتیاز دیگر این کتاب دارا بودن فایل‌های صوتی مراقبه برای تمرین‌های هر فصل و امکان استفاده از نسخه‌های صوتی و نوشتاری تمرین‌ها است. رئوس مطالب برنامه هشت هفته‌ای در جدول ۱ ارائه شده است.^۱

در این مطالعه از ابزارهای ذیل جهت جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد:

(۱) فرم اطلاعاتی جمعیت‌شناختی محقق‌ساخته: که سن و جنسیت شرکت‌کنندگان را مورد بررسی قرار می‌داد.

(۲) مقیاس توجه‌آگاهی^۲ (MAAS): این ابزار در سال ۲۰۰۳ توسط براون و ریان برای اندازه‌گیری ذهن آگاهی یا توجه به آگاهی مبتنی بر زمان حال طراحی شده است این ابزار یک پرسشنامه ۱۵ سؤالی در مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای است که ریان و براون آن را به منظور سنجش سطح هشیاری و توجه نسبت به رویدادها و تجارب جاری در زندگی روزانه طراحی کرده‌اند. مقیاس توجه‌آگاهی دربردارنده یک نمره کلی برای توجه‌آگاهی است که در آن نمره بالاتر نشان‌دهنده توجه‌آگاهی بیشتر است [۲۳]. ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۰ تا ۰/۸۷ بیانگر همسانی درونی بالا بوده و پایایی بازآزمایی مقیاس نیز در فاصله زمانی یک‌ماهه ثابت شده است. آلفای کرونباخ برای نسخه فارسی مقیاس در یک نمونه ۷۲۳ نفری از دانشجویان ایرانی ۰/۸۱ محاسبه شده است [۲۴].

^۱ این کتاب توسط نویسندگان مقاله با عنوان «چگونه هیجان‌ها خود را متعادل کنیم» در انتشارات ابن سینا ترجمه و چاپ شده است.

2. Mindful Attention Awareness Scale

دریافت شد. پس از انجام پیش‌آزمون شرکت‌کنندگان به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گماشته شدند. سپس یک روگرفت از کتاب کار خودیاری به همراه فایل صوتی مراقبه‌های هدایت‌شده در اختیار گروه آزمایش قرار گرفت. به منظور افزایش پای‌بندی شرکت‌کنندگان به مطالعه کتاب کار و انجام تمرین‌ها، از طریق ارسال ایمیل به صورت هفتگی خواندن مطالب کتاب و انجام تمرین‌ها به آنان یادآوری شد. همچنین کاربرگ‌های مربوط به تمرین در هفته‌های سوم، ششم و نهم از شرکت‌کنندگان دریافت شد. در مقدمه کتاب کار آدرس ایمیل پژوهشگر ارائه شده و از شرکت‌کنندگان خواسته شده بود که هرگونه پرسش و ابهام احتمالی در مورد برنامه و تمرین‌های آن را از طریق ایمیل مذکور مطرح نمایند. سنجش‌های پژوهش در سه مرحله (الف) پیش از تصادفی‌سازی؛ (ب) ۱۰ هفته پس از ارائه کتاب کار به گروه آزمایش؛ و (ج) دو ماه بعد از پس‌آزمون به انجام رسید.

برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۴ استفاده شد. شاخص‌های توصیفی فراوانی، میانگین و انحراف معیار آزمون‌های لون، کولموگروف-اسمیرنوف، ام‌باکس، تی مستقل و تحلیل کوواریانس به کار گرفته شد.

توازن هیجانی مبتنی بر توجه‌آگاهی برنامه جدیدی است که مؤلفه‌های هیجانی برگرفته از نظریه هیجان، کاربست‌های بخشندگی و شفقت و کاهش استرس مبتنی بر توجه‌آگاهی را با هم ترکیب کرده است. تاکنون چند مطالعه سودمندی این برنامه را در گروه‌های مختلف نشان داده‌اند [۲۱]. با این وجود، هیچ مطالعه‌ای کارآمدی این برنامه را در قالب خودیاری به بوتیله آزمون نگذاشته است. در این پژوهش از کتاب کار خودیاری این برنامه استفاده شد که توسط مارگارت کولن و گُنزالو بریتو پونس تألیف شده است [۲۲]. دلیل انتخاب کتاب پیش‌گفته این بود که کتاب حاضر یکی از مناسب‌ترین کتاب‌های خودیاری در زمینه توجه‌آگاهی است که نظریه و کاربست هیجان را در خود گنجانده است. به‌علاوه تمرینات و کاربست‌های روزانه و گام‌به‌گام طراحی شده در آن میزان پای‌بندی به برنامه و

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در گروه آزمایش و کنترل

متغیر	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	بی‌گیری
توجه‌آگاهی	آزمایش	۳۶/۷۲±۶/۴۱	۴۴/۵۹±۴/۶۲
	کنترل	۳۸/۱۰±۴/۲۷	۳۹/۹۲±۴/۷۶
کوتنظیمی هیجان کلی	آزمایش	۱۰۰/۸۰±۴/۳۲	۷۲/۱۸±۶/۰۷
	کنترل	۱۰۰/۸۵±۷/۵۷	۱۰۰/۲۳±۶/۹۴
مهربانی با خود	آزمایش	۱۳/۲۰±۱/۷۲	۱۶/۶۳±۱/۹۷
	کنترل	۱۳/۰۷±۱/۲۸	۱۳/۰۳±۱/۵۳
قضاوت و داوری نسبت به خود	آزمایش	۱۸/۰۵±۲/۱۴	۱۴/۰۸±۲/۲۴
	کنترل	۱۸/۳۰±۱/۳۹	۱۶/۹۰±۲/۴۵
انسانیت مشترک	آزمایش	۹/۷۲±۱/۲۴	۱۲/۵۴±۱/۵۰
	کنترل	۹/۹۰±۱/۲۷	۱۰/۶۳±۱/۹۹
انزوا	آزمایش	۱۵/۲۵±۱/۱۷	۱۲/۲۹±۱/۳۳
	کنترل	۱۵/۳۵±۱/۵۹	۱۴/۶۳±۲/۰۷
توجه‌آگاهی	آزمایش	۱۰/۲۲±۲/۰۱	۱۴/۰۴±۱/۹۲
	کنترل	۱۰/۲۷±۲/۱۹	۱۱/۳۰±۲/۸۱
هماندسازی افراطی	آزمایش	۱۳/۵۰±۱/۷۹	۹/۵۸±۱/۳۴
	کنترل	۱۲/۹۲±۱/۴۰	۱۳/۱۳±۱/۷۷

شاخص‌های آمار توصیفی مانند میانگین و انحراف معیار و در بخش آمار استنباطی از آزمون‌های تحلیل کوواریانس تک‌متغیری و چندمتغیری استفاده گردید.

یافته‌ها

طبق اطلاعات جمعیت‌شناختی تعداد نمونه آماری در پیش‌آزمون برابر با ۸۰ نفر بود. از نظر توزیع سنی بیشترین فراوانی مربوط به سنین ۱۹ تا ۲۴ سال بود (۵۷/۵٪) و کمترین فراوانی مربوط به سن بالای ۳۰ سال بود (۱۳/۷۵٪). همچنین گروه نمونه شامل ۵۳/۷۵٪ زن و ۴۶/۲۵٪ مرد بودند. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۲ قابل مشاهده است.

از نظر توزیع سنی، ۴۶ نفر از شرکت‌کنندگان (۵۷/۵٪) در بازه سنی ۱۹ تا ۲۴ سال و ۲۳ نفر (۲۸/۷۵٪) در بازه سنی ۲۵ تا ۳۰ سال قرار داشتند و ۱۱ نفر نیز ۳۰ ساله و بالاتر (۱۳/۷۵٪) بودند. همچنین گروه نمونه شامل ۴۳ زن (۵۳/۷۵٪) و ۳۷ مرد (۴۶/۲۵٪) بودند. گروه آزمایش و کنترل از نظر سن، جنسیت و

جدول ۳- تحلیل کوواریانس نمره توجه‌آگاهی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری

منبع	متغیر	F	مقدار p	اندازه اثر
پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۳۱/۸۸	۰/۰۰۱	۰/۳۸۵
عضویت گروهی		۴۹/۷۶	۰/۰۰۱	۰/۴۹۴
پیش‌آزمون	پیگیری	۳/۲۴	۰/۰۴۸	۰/۰۶۷
عضویت گروهی		۱۵/۲۸	۰/۰۰۱	۰/۲۵۴

۳) مقیاس دشواری در تنظیم هیجان (DERS):^۱ این مقیاس ابزاری جامع برای سنجش دشواری در تنظیم هیجان است که بر مفهوم‌سازی تنظیم هیجان بر پایه توجه‌آگاهی و پذیرش مبتنی بوده و در سال ۲۰۰۴ توسط گرتز و رومر طراحی شده است [۲۵]. مقیاس دشواری در تنظیم هیجان، یک ابزار خودگزارشی ۳۶ گویه‌ای است که سطوح معمول دشواری در تنظیم هیجان و هم‌چنین ابعاد ویژه آن را ارزیابی می‌کند. ابعاد مقیاس عبارتند از: عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، دشواری در انجام رفتارهای هدفمند، دشواری در کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی و عدم وضوح هیجانی. ضریب پایایی کل مقیاس اصلی ۰/۹۳ و بازآزمایی ۰/۸۸ و نیز روایی سازه و پیش‌بینی مطلوب گزارش شده است [۲۶]. گزارش هنجاریابی نسخه فارسی آن از اعتبار خرده‌مقیاس‌های پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ بین ۰/۶۶ تا ۰/۸۸، با روش بازآزمایی بین ۰/۷۹ تا ۰/۹۱ و روایی سازه و ملاکی مطلوب، نشان‌دهنده روایی و پایایی قابل قبول نسخه فارسی آن است [۲۷].

۴) مقیاس شفقت بر خود (SCS):^۲ این مقیاس توسط نف ۲۰۰۳ ساخته شد دربردارنده ۲۶ گویه با دامنه لیکرت پنج درجه‌ای است که سه مؤلفه دوقطبی را در قالب شش خرده‌مقیاس اندازه‌گیری می‌کند. این خرده‌مقیاس‌ها عبارت‌اند از مهرورزی به خود، قضاوت در مورد خود؛ توجه‌آگاهی، همانندسازی افراطی؛ تجربه مشترک بشری و انزوا. ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ نشان‌دهنده همسانی درونی بالای نسخه اولیه این مقیاس است و روایی همگرا و افتراقی و پایایی بازآزمایی مناسبی برای این مقیاس گزارش شده است [۲۸]. در نمونه دانشجویی ایرانی ساختار شش عاملی پرسشنامه تأیید شده و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۹ برای کل مقیاس گزارش گردیده است.

به منظور تجزیه تحلیل داده‌ها در بخش آمار توصیفی، از

1. Difficulties in Emotion Regulation Scale
2. Self-Compassion Scale

جدول ۴- نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره تفاوت دو گروه در ابعاد مختلف کژتنظیمی هیجانی و شفقت بر خود در مرحله پس آزمون و پی گیری

متغیر	مرحله	ارزش مشاهده شده	F	مقدار p	اندازه اثر
کژتنظیمی هیجان	پس آزمون	۰/۷۸۹	۲۵/۵۲	۰/۰۰۱	۰/۷۸۹
	پیگیری	۰/۸۳۴	۲۹/۳۲	۰/۰۰۱	۰/۸۳۴
لامبدای ویلکس	پس آزمون	۰/۲۱۱	۲۵/۵۲	۰/۰۰۱	۰/۷۸۹
	پیگیری	۰/۱۶۶	۲۹/۳۲	۰/۰۰۱	۰/۸۳۴
ردیابی T هاتلینگ	پس آزمون	۳/۷۳	۲۵/۵۲	۰/۰۰۱	۰/۷۸۹
	پیگیری	۵/۰۲	۲۹/۳۲	۰/۰۰۱	۰/۸۳۴
بزرگترین ریشه روی	پس آزمون	۳/۷۳	۲۵/۵۲	۰/۰۰۱	۰/۷۸۹
	پیگیری	۵/۰۲	۲۹/۳۲	۰/۰۰۱	۰/۸۳۴
شفقت بر خود	پس آزمون	۰/۷۹۳	۲۶/۱۶	۰/۰۰۱	۰/۷۹
	پیگیری	۰/۸۶۰	۳۵/۷۲	۰/۰۰۱	۰/۸۶
لامبدای ویلکس	پس آزمون	۰/۲۰۷	۲۶/۱۶	۰/۰۰۱	۰/۷۹
	پیگیری	۰/۱۴۰	۳۵/۷۲	۰/۰۰۱	۰/۸۶
ردیابی T هاتلینگ	پس آزمون	۳/۸۲	۲۶/۱۶	۰/۰۰۱	۰/۷۹
	پیگیری	۶/۱۲	۳۵/۷۲	۰/۰۰۱	۰/۸۶
بزرگترین ریشه روی	پس آزمون	۳/۸۲	۲۶/۱۶	۰/۰۰۱	۰/۷۹
	پیگیری	۶/۱۲	۳۵/۷۲	۰/۰۰۱	۰/۸۶

متغیرهای وابسته پیش از اجرای پژوهش مقایسه شدند. نتایج نشان داد که دو گروه از نظر هیچ کدام از متغیرهای هدف در مرحله پیش آزمون تفاوت معناداری با هم نداشتند.

تحلیل کوواریانس تک متغیری نشان داد که با کنترل نمره پیش آزمون به عنوان هم پرش، نمره توجه آگاهی دو گروه در مرحله پس آزمون تفاوت معناداری با هم دارد. تحلیل های بیشتر بیانگر تداوم این تغییرات در پیگیری دومه ماه بود. نتایج آن در جدول ۳ مشاهده می شود.

برای بررسی تأثیر مداخله بر ابعاد مختلف کژتنظیمی هیجان و شفقت بر خود تحلیل کوواریانس چندمتغیری انجام شد که نتایج آن در جدول های ۴ و ۵ گزارش شده است. بر اساس نتایج، بین دو گروه در ابعاد کژتنظیمی هیجانی و شفقت بر خود در مرحله پس آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد. با در نظر گرفتن نمره های پیش آزمون به عنوان نمره های هم پرش، دو گروه آزمایش و کنترل در ابعاد مختلف کژتنظیمی هیجانی و شفقت بر خود در مرحله پس آزمون با هم تفاوت معناداری داشتند و این تغییرات در مرحله پیگیری نیز تداوم داشت.

بحث و نتیجه گیری

مطالعه حاضر نخستین پژوهشی بود که کارآمدی برنامه خودیاری توازن هیجانی مبتنی بر توجه آگاهی را مورد بررسی قرار داد. نتایج نشان دهنده بهبود معنادار کژتنظیمی هیجان و

جدول ۵- تحلیل کوواریانس تک متغیری برای ابعاد مختلف کژتنظیمی هیجانی و شفقت بر خود در مرحله پس آزمون و پیگیری بین گروه ها

متغیر	مرحله	مجموع مجزورات	F	مقدار p	اندازه اثر
پیش آزمون	پس آزمون	۱۸۴/۴۱	۳۵/۹۱	۰/۰۰۱	۰/۴۳
	پیگیری	۸۳/۶۷	۱۵/۰۶	۰/۰۰۱	۰/۲۷۴
دشواری در انجام رفتار هدفمند	پس آزمون	۹/۸۰	۱/۹۰	۰/۱۷	۰/۰۴
	پیگیری	۱۸/۹۴	۳/۴۱	۰/۰۷۲	۰/۰۷۹
دشواری در کنترل تکانه	پس آزمون	۲/۴۱	۰/۵۶۸	۰/۴۵۵	۰/۰۱۲
	پیگیری	۸/۴۱	۱/۵۱	۰/۲۲۵	۰/۰۳۷
فقدان آگاهی هیجانی	پس آزمون	۴/۴۱	۰/۸۵۹	۰/۳۵۹	۰/۰۱۸
	پیگیری	۱/۵۹	۰/۲۸۷	۰/۵۹۵	۰/۰۰۷
دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی	پس آزمون	۸/۸	۱/۳۰	۰/۲۶۰	۰/۰۲۸
	پیگیری	۲/۹۵	۰/۵۳۲	۰/۴۷۰	۰/۰۱۳
عدم شفافیت هیجانی	پس آزمون	۰/۴۷۹	۰/۰۹۳	۰/۱۷۶	۰/۰۰۲
	پیگیری	۷/۰۷	۱/۲۷	۰/۲۶۶	۰/۰۳۱
عدم پذیرش هیجانی	پس آزمون	۲۶۴/۷۷	۵۱/۵۶	۰/۰۰۱	۰/۵۲۹
	پیگیری	۴۱۸/۲۷	۷۵/۳۲	۰/۰۰۱	۰/۶۵۳
دشواری در انجام رفتار هدفمند	پس آزمون	۹۳/۴۴	۲۲/۸۰	۰/۰۰۱	۰/۳۳۱
	پیگیری	۹۷/۸۱	۲۴/۸۱	۰/۰۰۱	۰/۳۸۳
دشواری در کنترل تکانه	پس آزمون	۵۷/۲۹	۱۳/۲۰	۰/۰۰۱	۰/۲۲۳
	پیگیری	۹۸/۹۳	۲۵/۴۰	۰/۰۰۱	۰/۳۸۸
فقدان آگاهی هیجانی	پس آزمون	۱۰۷/۲۶	۶۸/۲۸	۰/۰۰۱	۰/۵۹۷
	پیگیری	۴۴/۰۳	۱۸/۳۵	۰/۰۰۱	۰/۳۱۵
دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی	پس آزمون	۲۰۱/۴۶	۱۶/۵۳	۰/۰۰۱	۰/۲۶۴
	پیگیری	۵۶۶/۶۴	۴۹/۳۳	۰/۰۰۱	۰/۵۵۲
عدم پذیرش هیجانی	پس آزمون	۵۸/۵۶	۳۵/۰۹	۰/۰۰۱	۰/۴۳۳
	پیگیری	۷۳/۲۸	۳۸/۲۱	۰/۰۰۱	۰/۴۸۹
پیش آزمون	پس آزمون	۶/۸۰	۶/۸۰	۱/۸۲	۰/۱۸۳
	پیگیری	۷/۶۹	۷/۶۹	۱/۵۲	۰/۲۲۴
قضاوت و داوری نسبت به خود	پس آزمون	۸/۶۹	۸/۶۹	۲/۲۳	۰/۱۳۴
	پیگیری	۳/۹۳	۳/۹۳	۰/۷۷۸	۰/۳۸۳
انسانیت مشترک	پس آزمون	۲۲/۰۱	۲۲/۰۱	۵/۹۰	۰/۰۱۹
	پیگیری	۵/۰۴	۵/۰۴	۱/۰۰	۰/۳۲۳
انزوا	پس آزمون	۴/۹۹	۴/۹۹	۱/۳۴	۰/۲۵۳
	پیگیری	۱/۲۶	۱/۲۶	۰/۲۵۱	۰/۶۱۹
توجه آگاهی	پس آزمون	۰/۲۰۸	۰/۲۰۸	۰/۵۶	۰/۸۱۴
	پیگیری	۱/۵۱	۱/۵۱	۰/۳۰	۰/۵۸۴
هماندسازی افراطی	پس آزمون	۰/۱۰۴	۰/۱۰۴	۰/۳۷	۰/۸۴
	پیگیری	۲/۶۴	۲/۶۴	۰/۵۲۳	۰/۴۷۴
مهربانی با خود	پس آزمون	۱۵۱/۶۸	۱۵۱/۶۸	۱/۶۸	۰/۰۰۱
	پیگیری	۱۱۴/۰۵	۱۱۴/۰۵	۲۲/۵۹	۰/۰۰۱
قضاوت و داوری نسبت به خود	پس آزمون	۱۴۵/۰۶	۱۴۵/۰۶	۱/۰۵	۰/۰۰۱
	پیگیری	۷۴/۱۳	۷۴/۱۳	۱۸/۵۱	۰/۰۰۱
انسانیت مشترک	پس آزمون	۳۶/۶۸	۳۶/۶۸	۱/۹۳	۰/۰۰۲
	پیگیری	۴۹/۷۵	۴۹/۷۵	۲۰/۲۴	۰/۰۰۱
انزوا	پس آزمون	۶۷/۳۴	۶۷/۳۴	۱/۳۹	۰/۰۰۱
	پیگیری	۴۲/۹۱	۴۲/۹۱	۱۲/۷۸	۰/۰۰۱
توجه آگاهی	پس آزمون	۶۹/۳۷	۶۹/۳۷	۱/۵۰	۰/۰۰۱
	پیگیری	۹۱/۳۹	۹۱/۳۹	۱۶/۷۳	۰/۰۰۱
هماندسازی افراطی	پس آزمون	۱۳۴/۵۲	۱۳۴/۵۲	۱/۶۳	۰/۰۰۱
	پیگیری	۲۵/۷۳	۲۵/۷۳	۷/۹۲	۰/۰۰۸

شفقت بر خود در پس آزمون و پیگیری بود. در حالت کلی، یافته های این پژوهش با پیشینه موضوع در مورد اثربخشی مداخلات مبتنی بر خودیاری برای مشکلات روان شناختی شایع

و افزایش توجه آگاهی و کاهش پریشانی روان شناختی در نمونه‌های بالینی و غیربالینی همراستا است [۲۹]. مطالعات قبلی نشان می‌دهند که مداخلات دربردارنده مؤلفه‌هایی از توجه آگاهی و پذیرش منافع معناداری را به لحاظ توجه آگاهی، افسردگی و اضطراب با اندازه اثر کم تا متوسط به همراه داشته‌اند [۷]. اندازه اثر به دست آمده برای متغیرهای هدف در این مطالعه با اندازه‌های اثر مطالعات مشابه پیشین تا حدودی همسویی دارد [۳، ۹].

توازن هیجانی مبتنی بر توجه آگاهی منجر به کاهش معنادار کژتنظیمی هیجانی گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شد. مطالعات قبلی نشان می‌دهد که درمان‌های مبتنی بر توجه آگاهی می‌توانند تنظیم هیجان انطباقی را در بیماران مختلف، از جمله مبتلایان به مشکلات خوردن، مصرف مواد و اختلال شخصیت مرزی بهبود بخشند [۱۸، ۳۰]. در تبیین چگونگی اثرگذاری توجه آگاهی بر بهبود تنظیم هیجان می‌توان گفت که آگاهی غیرقضاوتی^۱ که محصول توجه آگاهی است، درگیری سالم با هیجان‌ها را تسهیل می‌کند [۳۱] و به افراد اجازه می‌دهد تا به شکل اصیلی هیجان‌های خود را تجربه و ابراز کنند [۳۲]. در واقع، بهبود حاصل از مراقبه توجه آگاهی تا حدودی نتیجه تغییر رابطه فرد با تجارب خود و توانایی بیشتر در مدیریت آنهاست [۳۳]. شاید بتوان توجه آگاهی را به عنوان نوعی راهبرد تنظیم هیجان بازاریابی شناختی^۲ در سطح فرایند در نظر گرفت. فرد قادر می‌شود که تداخل در فرایندهای ادراکی در تمام سطوح، از جمله سطوحی نیمه آگاهی مانند ارزیابی را متوقف کند [۳۴].

یافته دیگر این پژوهش این بود که برنامه خودیاری استفاده شده منجر به افزایش معنادار شفقت بر خود گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شد. نتایج این پژوهش در بافتی کلی تر با یافته‌های شاپیرو و همکاران مبنی بر اینکه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی شفقت خود را افزایش می‌دهد همسویی

دارد [۳۵]. همچنین نتایج این پژوهش با یافته‌های ریمس و وینگرو مبنی بر تأثیر این روش بر افزایش شفقت خود همخوانی دارد [۳۶]. همچنین با مطالعاتی همسویی دارد که ادعا می‌کنند افزایش شفقت بر خود سازوکاری است که مداخلات مبتنی بر توجه آگاهی از طریق آن بهزیستی افراد را ارتقا می‌دهند [۱۵]. در واقع، توجه آگاهی نسبت به افکار و هیجان‌های منفی توانایی افراد برای شفقت‌ورزی نسبت به خویش و پذیرش تجارب شخصی به عنوان بخشی از تجربه مشترک بشری^۳ را افزایش می‌دهد. اگر فرد نسبت به تجربه رنج توجه آگاه باشد و بدون قضاوت آن را بپذیرد، فضای ذهنی کافی برای تجربه شفقت و میل به رهایی از رنج برای خود و دیگران پدید می‌آید [۳۷]. در نهایت می‌توان گفت که برنامه توازن هیجانی مبتنی بر توجه آگاهی منجر به بهبود میانجی‌های^۴ بالقوه اثربخشی مداخلات مبتنی بر توجه آگاهی یعنی توجه آگاهی، شفقت بر خود و کژتنظیمی هیجان می‌شود. برنامه توازن هیجانی مبتنی بر توجه آگاهی یک کتاب کار جدید در حوزه توجه آگاهی است که دارای طرح هشت هفته‌ای منظم و تمرین‌های شنیداری و نوشتاری برای هر هفته است. اگرچه توصیه این برنامه به عنوان یک شیوه اثربخش برای بهبود سلامت روان به انجام پژوهش‌های بیشتر نیازمند است، لیکن می‌توان این کتاب کار را برنامه خودیاری نویدبخشی در نظر گرفت که امکان بهره‌گیری از آن به شیوه خودیاری سودمند باشد.

میزان ریزش^۵ شرکت‌کنندگان در این پژوهش نسبتاً بالا بود، به طوری که ۶۰٪ از شرکت‌کنندگان گروه آزمایشی و ۷۵٪ شرکت‌کنندگان گروه کنترل فهرست انتظار سنجش‌های پس‌آزمون را تکمیل کردند. این میزان در مرحله پی‌گیری به ترتیب ۵۵٪ و ۶۵٪ بود. البته بین افرادی که مطالعه را ترک کردند و کسانی که سنجش‌های پس‌آزمون را تکمیل نمودند از

3. Common humanity

4. Mediator

5. Attrition

1. Non-judgmental awareness

2. Cognitive reappraisal

کتاب کار و مدت زمان دقیق انجام تمرین‌های آن در طی هفته به طور دقیق بررسی نشد. محدودیت دیگری که گریبان گیر اکثر مطالعات مربوط به توجه آگاهی می‌شود به شیوه سنجش این مفهوم مربوط است. سنجش‌های این پژوهش مانند کثیری از مطالعات انجام شده بر روش خودگزارشی مبتنی بود. از آن جا که گویه‌های پرسشنامه‌های توجه آگاهی با محتوای کتاب کار استفاده شده هماهنگی دارد، مشخص نیست که افزایش نمره این پرسشنامه صرفاً به خاطر آشنایی با توجه آگاهی و مفاهیم مرتبط با آن است یا افزایشی واقعی در سطوح آگاهی و توجه شرکت کنندگان اتفاق افتاده است.

تشکر و قدردانی

این مطالعه با کد اخلاق KUMS.REC.1395.657 در دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه به تصویب رسیده است. از همه عزیزانی که در دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه با این پژوهش همکاری داشتند از مسئول امور خوابگاه، معاونت دانشجویی و مرکز مشاوره دانشگاه تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

تعارض در منافع

بین نویسندگان هیچ گونه تعارضی در منافع انتشار این مقاله وجود ندارد.

نظر سن، جنسیت و متغیرهای هدف در مطالعه تفاوت معناداری وجود نداشت. میزان افت آزمودنی در مداخلات مبتنی بر توجه آگاهی حدود ۳۲٪ (دامنه ۷٪ تا ۵۰٪) است [۷]. با این حال، میزان افت در مطالعات مبتنی بر کتاب کار کمتر است [۳۸] و یافته‌های مطالعه حاضر با پژوهش‌های اینترنتی همسویی بیشتری دارد [۳۹]. حجم زیاد کتاب کار استفاده شده در پژوهش و هم‌زمانی بخشی از دوره ده هفته‌ای اجرای پژوهش با امتحانات پایان ترم دانشگاه می‌تواند از دلایل احتمالی افت بالای شرکت کنندگان در این مطالعه باشند. با این حال، میزان افراد باقی مانده در هر دو گروه آزمایشی و کنترل از حجم نمونه مورد نیاز (۱۹ نفر) برای هر گروه بیشتر بود و لذا می‌توان نتایج پژوهش حاضر را یافته‌های معتبری در نظر گرفت.

این مطالعه دارای محدودیت‌هایی نیز بود: از جمله اینکه نمونه پژوهش حاضر دانشجویان دانشگاه بودند که این تعمیم پذیری یافته‌ها به افراد دیگر با زمینه‌های تحصیلی و سنی را کاهش می‌دهد. همچنین پژوهش حاضر یک نمونه غیرمنتخب^۱ را بررسی کرد و لذا امکان تعمیم یافته‌ها به جمعیت‌های بالینی وجود ندارد. در این پژوهش از کنترل فهرست انتظار استفاده شد که این موضوع امکان مقایسه مداخله حاضر با دیگر منابع خودیاری و تعیین اثرات اختصاصی آن را فراهم نمی‌سازد. همچنین میزان درگیری^۲ شرکت کنندگان گروه آزمایش با

1. Unselected
2. Engagement

References

1. Newman MG, Szkodny LE, Llera SJ, Przeworski A. A review of technology-assisted self-help and minimal contact therapies for anxiety and depression: is human contact necessary for therapeutic efficacy? *Clinical psychology review*. 2011;31(1):89-103. doi:10.1016/j.cpr.2010.09.008
2. Hirai M, Clum GA. A meta-analytic study of self-help interventions for anxiety problems. *Behavior therapy*. 2006;37(2):99-111. doi:10.1016/j.beth.2005.05.002
3. Hofmann SG, Sawyer AT, Witt AA, Oh D. The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol*. 2010;78(2):169-183. doi:10.1037/a0018555
4. Grégoire S, Lachance L, Taylor G. Mindfulness, mental health and emotion regulation among workers. *International journal of wellbeing*. 2015;5(4):96-119. doi:10.5502/ijw.v5i4.444
5. Cullen M. Mindfulness-based interventions: an emerging phenomenon. *Mindfulness*. 2011;2(3):186-193. doi:10.1007/s12671-011-0058-1
6. McCabe Ruff K, Mackenzie ER. The role of mindfulness in healthcare reform: a policy paper. *Explore*. 2009;5(6):313-323. doi:10.1016/j.explore.2009.10.002
7. Cavanagh K, Strauss C, Forder L, Jones F. Can mindfulness and acceptance be learnt by self-help?: a systematic review and meta-analysis of mindfulness and acceptance-based self-help interventions. *Clinical psychology review*. 2014;34(2):118-129. doi:10.1016/j.cpr.2014.01.001

8. Muto T, Hayes SC, Jeffcoat T. The effectiveness of acceptance and commitment therapy bibliotherapy for enhancing the psychological health of Japanese college students living abroad. *Behavior therapy*. 2011;42(2):323-335. doi:10.1016/j.beth.2010.08.009
9. Lever Taylor B, Strauss C, Cavanagh K, Jones F. The effectiveness of self-help mindfulness-based cognitive therapy in a student sample: a randomised controlled trial. *Behaviour research and therapy*. 2014;63:63-69. doi:10.1016/j.brat.2014.09.007
10. Baer RA, Smith GT, Hopkins J, Krietemeyer J, Toney L. Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*. 2006;13(1):27-45. doi:10.1177/1073191105283504
11. Velotti P, Garofalo C, Bizzi F. Emotion dysregulation mediates the relation between mindfulness and rejection sensitivity. *Psychiatria Danubina*. 2015;27(3):259-272
12. Svendsen JL, Kvernenes KV, Wiker AS, Dundas I. Mechanisms of mindfulness: rumination and self-compassion. *Nordic psychology*. 2017;69(2):71-82. doi:10.1080/19012276.2016.1171730.
13. Feldman C, Kuyken W. Compassion in the landscape of suffering. *Contemporary buddhism*. 2011;12(01):143-155. doi:10.1080/14639947.2011.564831
14. Rimes KA, Wingrove J. Pilot study of mindfulness-based cognitive therapy for trainee clinical psychologists. *Behavioural and cognitive psychotherapy*. 2011;39(2):235-241. doi:10.1017/s1352465810000731
15. Hölzel BK, Lazar SW, Gard T, Schuman-Olivier Z, Vago DR, Ott U. How does mindfulness meditation work? Proposing mechanisms of action from a conceptual and neural perspective. *Perspectives on psychological science*. 2011;6(6):537-559. doi:10.1177/1745691611419671
16. Shapiro SL, Astin JA, Bishop SR, Cordova M. Mindfulness-based stress reduction for health care professionals: results from a randomized trial. *International journal of stress management*. 2005;12(2):164-176. doi:10.1037/1072-5245.12.2.164
17. Kuyken W, Watkins E, Holden E, White K, Taylor RS, Byford S, Evans A, Radford S, Teasdale JD, Dalgleish T. How does mindfulness-based cognitive therapy work? *Behaviour research and therapy*. 2010;48(11):1105-1112. doi:10.1016/j.brat.2010.08.003.
18. Gratz KL, Tull MT. Emotion regulation as a mechanism of change in acceptance- and mindfulness-based treatments. In: Baer RA, ed. *Assessing mindfulness & acceptance processes in clients: illuminating the theory & practice of change*: New Harbinger Publications; 2010:107-133.
19. Cavanagh K, Churchard A, O'Hanlon P, Mundy T, Votolato P, Jones F, Gu J, Strauss C. A randomised controlled trial of a brief online mindfulness-based intervention in a non-clinical population: replication and extension. *Mindfulness*. 2018;9(4):1191-1205. doi:10.1007/s12671-017-0856-1
20. Benn R, Akiva T, Arel S, Roeser RW. Mindfulness training effects for parents and educators of children with special needs. *Developmental psychology journal*. 2012;48(5):1476-1487. doi:10.1037/a0027537
21. Roeser RW, Schonert-Reichl KA, Jha A, Cullen M, Wallace L, Wilensky R, et al. Mindfulness training and reductions in teacher stress and burnout: Results from two randomized, waitlist-control field trials. *Journal of educational psychology*. 2013;105(3):787-804. doi:10.1037/a0032093
22. Cullen M, Pons GB. *The mindfulness-based emotional balance workbook: an eight-week program for improved emotion regulation and resilience*. New Harbinger Publications; 2015
23. Brown KW, Ryan RM. The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*. 2003;84(4):822-848. doi:10.1037/0022-3514.84.4.822
24. Ghorbani N, Watson P, Weathington BL. Mindfulness in Iran and the United States: cross-cultural structural complexity and parallel relationships with psychological adjustment. *Current psychology*. 2009;28(4):211-224. doi:10.1007/s12144-009-9060-3
25. Gratz KL, Roemer L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of psychopathology & behavioral assessment*. 2004;26(1):41-54. doi:10.1007/s10862-008-9102-4
26. khazadeh M, Saeedian M, Hosinichary M, Edrissi F. Investigating the factor structure and psychometric properties of the Iranian version of the acceptance of cosmetic surgery scale. *Journal of behavioral sciences*. 2012;6 (1): 87-96. doi:10.18869/acadpub.hnmj.27.3.47
27. Neff KD. The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and identity*. 2003;2(3):223-250. doi:10.1080/15298860309027
28. Neff KD, Rude SS, Kirkpatrick KL. An examination of self-compassion in relation to positive psychological functioning and personality traits. *Journal of research in personality*. 2007;41(4):908-916. doi:10.1016/j.jrp.2006.08.002
29. Farrand P, Woodford J. Impact of support on the effectiveness of written cognitive behavioural self-help: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Clinical psychology review*. 2013;33(1):182-195. doi:10.1016/j.cpr.2012.11.001
30. Leahey TM, Crowther JH, Irwin SR. A cognitive-behavioral mindfulness group therapy intervention for the treatment of binge eating in bariatric surgery patients. *Cognitive and behavioral practice*. 2008;15(4):364-75. doi:10.1016/j.cbpra.2008.01.004

31. Hayes AM, Feldman G. Clarifying the construct of mindfulness in the context of emotion regulation and the process of change in therapy. *Clinical psychology: science and practice*. 2004;11(3):255-262. doi:10.1093/clipsy.bph080
32. Bridges LJ, Denham SA, Ganiban JM. Definitional issues in emotion regulation research. *Child development*. 2004;75(2):340-345. doi:10.1111/j.1467-8624.2004.00675.x
33. Ivanovski B, Malhi GS. The psychological and neurophysiological concomitants of mindfulness forms of meditation. *Acta neuropsychiatr*. 2007;19(2):76-91. doi:10.1111/j.1601-5215.2007.00175.x
34. Young S. Purpose and method of Vipassana meditation. *The humanistic psychologist*. 1994;22(1):53-61. doi:10.1080/08873267.1994.9976936
35. Gould RA, Otto MW, Pollack MH. A meta-analysis of treatment outcome for panic disorder. *Clinical psychology review*. 1995;15(8):819-844. doi:10.1016/0272-7358(95)00048-8
36. Richards J, Klein B, Carlbring P. Internet-based treatment for panic disorder. *Cognitive behaviour therapy*. 2003;32(3):125-135. doi:10.1080/16506070302318.
37. Nesff KD, Dahm KA. Self-compassion: what it is, what it does, and how it relates to mindfulness. In: Ostafin BD, Robinson MD, Meier BP, eds. *Handbook of mindfulness and self-regulation*. New York, NY: Springer; 2015:121-140.
38. Cuijpers P. Bibliotherapy in unipolar depression: a meta-analysis. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*. 1997;28(2):139-147. doi:10.1016/s0005-7916(97)00005-0
39. Christensen H, Griffiths KM, Farrer L. Adherence in internet interventions for anxiety and depression. *Journal of medical internet research*. 2009;11(2):2-16. doi:10.2196/jmir.1194

The effectiveness of self-help of mindfulness-based emotional balance on emotion dysregulation and self-compassion

Khirollah Sadeghi¹, Aliakbar Foroughi², Amir Sam Kianimoghadam³,
Meysam Bazani^{4✉}, Aliakbar Parvizifard²

Abstract

Background: Growing evidence demonstrate that mindfulness-based self-help interventions have benefits for physical and psychological health in different populations. Mindfulness-based emotional balance is a new program whose efficacy in form of self-help has not been studied so far. This study aimed to investigate the efficacy of the program on the emotion dysregulation and self-compassion in a student sample.

Materials and methods: this study was a double-blind randomized control trial. Totally 80 students were randomly divided into two groups (40 people in each group) of self-help of mindfulness-based emotional balance and waiting list control. The Mindful Attentional Awareness Scale (MAAS), the Difficulty in Emotion Regulation Scale (DERS), and Self-Compassion Scale (SCS) were done before the intervention, after ten weeks, and at two months follow up.

Results: Analysis of covariance showed a significant effect of self-help program on emotion dysregulation and self-compassion in the experimental group in the post-test and follow-up ($P < 0.05$), whereas waiting list control group showed no significant change in any of the scales. There was also a significant increase in mindfulness in the post-test stage ($p < 0.05$). All changes were permanent in two months follow-up.

Conclusion: In summary, the mindfulness-based emotional balance can be an effective, inexpensive, and acceptable self-help program to reduce the emotion dysregulation and self-compassion.

Keywords: Mindfulness, Emotion, Compassion

1. Associate professor, Faculty of Medicine, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran

2. Assistant professor, Faculty of Medicine, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran

3. PhD in clinical psychology, Department of Clinical Psychology, School of Medicine, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

4. PhD student in clinical psychology, School of Medicine, Department of Clinical Psychology, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran (✉Corresponding author) bazani.misam@yahoo.com