

The Effectiveness of Mindfulness-Based Compassion Therapy on Life Expectancy, Depression and Dysfunctional Thoughts of Women with Multiple Sclerosis

ARTICLE INFO

Article Type

Analytical Review

Authors

Somayeh Rajaei¹

Najmeh Sedrpoushan^{2*}

How to cite this article

Somayeh Rajaei, Najmeh Sedrpoushan, The Effectiveness of Mindfulness-Based Compassion Therapy on Life Expectancy, Depression and Dysfunctional Thoughts of Women with Multiple Sclerosis, *Journal of Quran and Medicine* 2020;5(1):118-126.

1. Master of Family Counseling, Islamic Azad University, Khomeini Shahr Branch, Khomeini Shahr, Iran.

2. Faculty member of the Department of Counseling, Islamic Azad University, Khomeini Shahr Branch, Khomeini Shahr, Iran (Corresponding Author).

* Correspondence:

Address:

Phone:

Email: s.sedrpoushan@gmail.com

Article History

Received: 2020/03/01

Accepted: 2020/04/22

ePublished: 2020/06/20

ABSTRACT

Purpose: The aim of this study was to evaluate the effectiveness of compassion therapy based on spiritual awareness on life expectancy, depression and dysfunctional thoughts of women with multiple sclerosis.

Materials and Methods: The present study was quasi-experimental and the statistical population included women with multiple sclerosis in Isfahan in 1399. Sampling was available as 30 patients were selected and randomly divided into experimental (n = 15) and control (n = 15) groups. In this study, Schneider (1991) Life Expectancy Questionnaire, Beck Depression Inventory (1971) and Weisman and Beck Ineffective Attitudes Scale (DAS-26) (1978) were used. Mindfulness-based compassion treatment based on the book Fallah and Ayoubi (1397) was performed in 8 virtual 90-minute sessions. All collected data were analyzed using SPSS 21 descriptive and inferential statistics.

Findings: The results showed that mindfulness-based compassion therapy had an effect on life expectancy, depression and dysfunctional thoughts of women with multiple sclerosis in the experimental group (P <0.05).

Conclusion: The results showed that mindfulness-based compassion therapy can be effective in patients with multiple sclerosis.

Keywords: Mindfulness-based compassion therapy, life expectancy, depression, dysfunctional thoughts, multiple sclerosis.

اثربخشی شفقت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی معنوی بر امید به زندگی، افسردگی و افکار ناکارآمد زنان دارای تجربه بیماری مولتیپل اسکلروزیس

سمیه رجائی^۱

کارشناس ارشد مشاوره خانواده دانشگاه آزاد اسلامی واحد خمینی
شهر، خمینی شهر، ایران
نجمه سدرپوشان^{۲*}
عضو هیات علمی گروه مشاوره دانشگاه آزاد اسلامی واحد خمینی
شهر، خمینی شهر، ایران (نویسنده مسئول).

چکیده

هدف: هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی شفقت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی معنوی بر امید به زندگی، افسردگی و افکار ناکارآمد زنان دارای تجربه بیماری مولتیپل اسکلروزیس بود.

مواد و روش ها: پژوهش حاضر نیمه تجربی و جامعه آماری شامل زنان دارای بیماری مولتیپل اسکلروزیس شهر اصفهان در سال ۱۳۹۹ بود. نمونه گیری به صورت در دسترس بود که ۳۰ نفر از بیماران انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. در این پژوهش از پرسشنامه امید به زندگی (۱۹۹۱)، پرسشنامه افسردگی بک (۱۹۷۱) و مقیاس نگرش های ناکارآمد ویزمن و بک (1978) (DAS-26) استفاده شد. درمان شفقت مبتنی بر ذهن آگاهی برگرفته از کتاب فلاح و ایوبی (۱۳۹۷) به صورت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای مجازی انجام شد. کلیه داده های جمع آوری شده SPSS ۲۱ و با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی داده ها تحلیل شد.

یافته ها: یافته ها نشان داد شفقت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر امید به زندگی، افسردگی و افکار ناکارآمد زنان دارای تجربه بیماری مولتیپل اسکلروزیس گروه آزمایشی تأثیر داشته است ($P < .05$).

نتیجه گیری: نتایج نشان داد درمان شفقت مبتنی بر ذهن آگاهی میتواند درمان بر بیماران مولتیپل اسکلروزیس تأثیر گذار باشد.

کلمات کلیدی: شفقت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، امید به زندگی، افسردگی، افکار ناکارآمد مولتیپل اسکلروزیس.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۱۲/۱۱

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۲/۰۳

* نویسنده مسئول: s.sedrpoushan@gmail.com

مقدمه

مالتیپل اسکلروزیس^۱ یکی از شایع ترین بیماری های نورولوژیک در انسان است و جز ناتوان کننده ترین بیماری های سنین جوانی محسوب می گردد که افراد زیادی با آن دست و پنجه نرم می کنند و زنان بیش تر از مردان به این بیماری مبتلا می شوند. ام.اس یک بیماری ناتوان کننده است که پوشش میلین سیستم عصبی مرکزی از قبیل مغز، عصب بینایی و طناب نخاعی^۲ آسیب می بیند و علائم این بیماری بسیار گسترده است به طور مثال باعث از دست دادن کنترل، دید، تعادل و حواس (بی حسی) می شود و کارکردهای بینایی، حرکتی، حسی، هماهنگی، تعادل، روده، مثانه و عملکرد جنسی را تحت تأثیر قرار می دهد. در این بیماری اعصاب مغز و نخاع توسط سیستم ایمنی بدن آسیب می بینند که به این اختلال، بیماری خودایمنی می گویند که در آن ها سیستم ایمنی بدن که وظیفه اش حفاظت از بدن و نابود کردن آسیب رسان های خارجی (همچون باکتری ها) است، شروع به حمله به بافت های بدن می کند. این بیماری در سراسر جهان در حال افزایش است به طوری که اطلس مالتیپل اسکلروزیس (۲۰۱۶) میزان شیوع این بیماری را در دنیا را حدود دو و نیم میلیون نفر برآورد نموده است. بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس نسبت به افراد سالم دارای سطوح بالاتری از اختلالات روانی همچون افسردگی، استرس و اضطراب هستند. این علائم ممکن است در نتیجه تأثیر مستقیم التهاب و دمیالینه شدن اعصاب و یا ناشی از تأثیرات روانی بیماری مولتیپل اسکلروزیس آشکار شوند. بنابراین، این بیماری مزمن در حوزه روان پزشکی حائز اهمیت است و طیف وسیعی از جنبه های عصبی روان پزشکی را در بر می گیرد. علاوه بر خستگی و اختلالات خلقی، طیف وسیعی از علائم روان پزشکی نظیر افسردگی، افکار ناکارآمد، سایکوز، سندرم های هذیان، اضطراب، اختلالات شخصیت و اختلالات شناختی نیز در مبتلایان به مالتیپل اسکلروزیس ظاهر می شود. بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس ممکن است به خاطر داشتن افسردگی و تغییرات شناختی و شخصیتی و مهارت های ناشی از آن اقدام به خودکشی کنند. علت دقیق بالا بودن افسردگی و اضطراب در این بیماران ناشناخته است. ترکیبی از فاکتورهای روانی اجتماعی، نورولوژیکی و مرتبط با بیماری احتمالاً دخیل هستند. این بیماران باید هم با استرس های زندگی روزمره و هم با استرس های ناشی از علائم نوسان دار و غیرقابل پیش بینی این بیماری مقابله کنند، بنابراین پیشرفت بیماری ممکن است به کار، زندگی خانوادگی، ارتباطات و فعالیت های اجتماعی آن ها آسیب وارد کند. امروزه، برای درمان مشکلات روان شناختی، علاوه بر درمان های دارویی، درمان های روان شناختی متعددی نیز ابداع شده است. چون دارودرمانی مشکلات و عوارض زیادی به دنبال دارد، بنابراین استفاده از روش های غیر دارویی که اضطراب و استرس بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس را کاهش دهد، منطقی تر به نظر می رسد. در سال های اخیر روش های غیر دارویی، توجه کلیه بیماران از جمله مبتلایان به مالتیپل اسکلروزیس را به خود جلب نموده است که

^۲ spinal cord

^۱ Multiple Sclerosis (MS)

یکی از مداخلات درمانی جدید که میتواند در بهبود سلامت روان بیماران مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلروزیس مؤثر واقع شود، درمان متمرکز بر شفقت^۵ است (۲). شفقت به خود را به عنوان سازه‌های سه مولفه ای شامل مهربانی با خود^۶ در مقابل قضاوت کردن خود^۷، اشتراکات انسانی^۸ در مقابل انزوا^۹ و ذهن آگاهی^{۱۰} در مقابل همانندسازی افراطی^{۱۱} تعریف کرده اند. ترکیب این سه مولفه مرتبط، مشخصه فردی است که به خود شفقت می‌ورزد. گیلبرت با استفاده از این سازه‌ها درمان متمرکز بر شفقت را مطرح کرد. اصول پایه در درمان متمرکز بر شفقت، به این موضوع اشاره دارد که افکار، عوامل، تصاویر و رفتارهای تسکین بخش بیرونی باید درونی شوند و در این صورت، ذهن انسان همانگونه که نسبت به عوامل بیرونی واکنش نشان می‌دهد، در مواجهه با این درونی نیز آرام می‌شود. در تمرینهای متمرکز بر شفقت بر تن آرامی، ذهن آرامی، شفقت به خود و ذهن آگاهی تأکید می‌شود که نقش بسزایی در آرامش ذهن فرد، کاهش استرس و افکار خودآیند منفی خواهد داشت (۷).

در درمان متمرکز بر شفقت، افراد می‌آموزند که از احساسات دردناک خود اجتناب نکرده و آن‌ها را سرکوب نکنند، بنابراین میتوانند در گام اول، تجربه خود را بشناسند و نسبت به آن احساس شفقت داشته باشند (۷). این درمان یکپارچه نگر، برگرفته از علم عصب شناسی، روانشناسی اجتماعی، رشد، تحولی، و بودایی و همچنین بسیاری دیگر از سایر مدل‌های درمانی در مشکلات ذهنی است. در این درمان از طریق ایجاد و یا افزایش یک رابطه‌ی شفقت ورز درونی مراجعان با خودشان، به جای سرزنش کردن، محکوم کردن و یا خودانتقادی، کمک لازم به مراجعان می‌شود. از نتایج این نوع درمان، مهم شمردن بهزیستی، درک و همدلی، همدردی کردن، عدم قضاوت و عدم مقصر شمردن دیگران، تحمل و یا تاب آوری آشفتنگی و درد و رنج، از طریق توجه، تفکر، رفتار، تصویرسازی، احساس و حس کردن شفقت آمیز است (۸).

از آنجایی که این بیماران هم بایستی با استرس‌های زندگی روزمره و هم با استرس‌های ناشی از علائم بیماری که نوسان دار و غیر قابل پیش بینی هستند، مقابله کنند، پیشرفت بیماری ممکن است با کار، زندگی خانوادگی، ارتباطات و فعالیت‌های اجتماعی تداخل کند. ضرورت این پژوهش را مشخص می‌کند تا بتوانند زندگی با کیفیت تری را داشته باشند (۹). بنابراین با توجه به اهمیت این بیماران و فراوانی آن‌ها در جامعه، ضرورت این تحقیق برای روانشناسان و مشاوران این بیماران برای افزایش امید به زندگی شان می‌باشد. کاربرد این تحقیق در انجمن‌های مرتبط با بیماری ام اس و مراکز مشاوره و درمانی و بهزیستی می‌باشد. همچنین نتایج این تحقیق برای پژوهشگران دیگر حائز اهمیت در زمینه‌ی پژوهشی

تحت عنوان درمان‌های مکمل^۱ شناخته می‌شوند. درمان‌های مکمل، درمان‌هایی جامع‌نگر هستند که برای افزایش آسایش جسمی و روانی بیماران استفاده می‌شوند».

نگرشهای ناکارآمد یکی از عوامل مهم و زیربنایی مؤثر در پیدایش اختلالات است. نگرشهای ناکارآمد بخشی از فرآیندهای شناختی بوده و شامل فرضیات و باورهای کلی و منفی هستند. این باورهای کلی و منفی به موقعیت خاص اختصاص ندارند و به عنوان نگرشهای ناکارآمد یا عقاید غیرمنطقی شناخته میشوند. وجود مشکلات هیجانی از جمله داشتن نگرش ناکارآمد علاوه بر تأثیر سوئی که در زندگی فعلی فرد دارند، باعث کاهش بهزیستی روانی میشوند.

در ایران آمار دقیقی از تعداد مبتلایان به این بیماری وجود ندارد ولی بر اساس مطالعات انجام شده، شیوع این بیماری در ایران از ۳/۵ تا ۲۸/۷۴ نفر در یک صد هزار نفر برآورد شده است. همچنین شیوع این بیماری در شهر اصفهان ۶/۷۱ نفر در یکصد هزار نفر گزارش شده است. بنابراین اصفهان را می‌توان از مناطق «با خطر متوسط تا بالای ام اس» شناخت.

از درمان‌های جدید و مؤثر بر بیماران مولتیپل اسکلروزیس شفقت درمانی و ذهن آگاهی^۲ می‌باشد. در دهه اخیر پژوهش درباره اثرات مفید پرورش شفقت به طرز فوق‌العاده‌ای پیشرفت کرده و پرورش درونی شفقت به نقطه نظر تمرکز و هدف درمانی مهمی تبدیل شده است، به طوری که خود شفقتی به عنوان شیوه‌ای جهت کاهش اختلالات روانی امروزه مورد توجه محققان بسیاری قرار گرفته است (۱). درمان متمرکز بر شفقت به وسیله گیلبرت^۳ و در پاسخ به این مشاهده تدوین شد که بسیاری از مردم، به ویژه افرادی که شرم و خود انتقادی بالایی دارند، هنگام ورود به درمان‌های سستی در ایجاد صدای درونی مهربان و خود حمایت گر دشواری‌هایی داشتند (۲).

اسنایدر و اندرسون^۴ امید را مرکب از مؤلفه‌های قدرت اراده، قدرت راه‌یابی یا تفکر، برنامه‌ریزی، هدف و تشخیص مانع می‌دانند (۳). امید به زندگی مکانیسم سازگاری مهم در بیماری‌های مزمن از جمله بیماری مولتیپل اسکلروزیس است و به عنوان یک فاکتور پیچیده چندبعدی و بالقوه قدرتمند در بهبودی و سازگاری مؤثر تعریف می‌شود (۴). به گفته اسنایدر امید مفهومی متوجه به آینده است (۵). بنابراین افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن مانند مولتیپل اسکلروزیس اگر آینده را باور داشته باشند، موجب برخورداری از زندگی مطلوب و امیدواری در آن بیماران افزایش خواهد یافت. برعکس ناامیدی به عنوان تحمل وضعیت فائق نیامدنی تعریف می‌شود که در آن دستیابی به هیچ هدفی مورد انتظار نیست.

^۵. elf-judgment

^۶. common humanity

^۷. isolation

^{۱۰}. mindfulness

^{۱۱}. Extreme replication

^۱ complementary therapies

^۲. Mindfulness-Based Compassion Therapy

^۳. Gilbert

^۴. Snyder & Anderson

^۵. compassion-focused therapy (CFT)

^۶. self-kindness

می‌باشد. درمان شفقت مبتنی بر ذهن آگاهی دارای محتوایی بود که نحوه‌ی توجه کردن به روش خاص را همراه با تغییرات طولانی مدت به وجود می‌آورد و به افراد توانایی می‌دهد که با رنج‌ها درگیر شوند و آن‌ها را از بین ببرند. بنابراین با توجه به بالا بودن میزان افسردگی و افکار ناکارآمد و پایین بودن امید به زندگی بیماران ام اس و محتوای درمان شفقت مبتنی بر ذهن آگاهی، این پژوهش اهمیت پیدا کرد (۱۰).

مواد و روش‌ها

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثر بخشی شفقت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر امید به زندگی، افسردگی و افکار ناکارآمد زنان دارای تجربه بیماری مولتیپل اسکلروزیس بود. پژوهش حاضر نیمه تجربی و جامعه آماری شامل زنان دارای بیماری مولتیپل اسکلروزیس شهر اصفهان در سال ۱۳۹۹ بود. نمونه‌گیری به صورت در دسترس بود که ۳۰ نفر از بیماران انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. در این پژوهش از پرسشنامه امید به زندگی اشنایدر (۱۹۹۱)، پرسشنامه افسردگی بک (۱۹۷۱) و مقیاس نگرش‌های ناکارآمد وایزمن و بک (DAS-26) (۱۹۷۸) استفاده شد. مقیاس ۱۲ سؤالی امید برای سنین بیش از ۱۵ سال طراحی شده است و شامل دو خرده‌مقیاس برنامه‌ریزی و اراده و عاملیت است و مدت زمان کوتاهی (حدود پنج دقیقه) برای پاسخ دادن به آن کفایت می‌کند. برای پاسخ دادن به هر سؤال، پیوستاری از ۱=کاملاً غلط تا ۴=کاملاً درست در نظر گرفته شده است. پرسشنامه افسردگی بک در سال ۱۹۶۱ توسط بک و همکاران معرفی شد. بعدها در سال ۱۹۷۱ مورد تجدید نظر قرار گرفت و در سال ۱۹۷۸ انتشار یافت. محتوای پرسشنامه افسردگی بک، به طور جامع شامل نشانه‌شناسی افسردگی است اما بیشتر بر محتوای شناختی تأکید دارد. مواردی که پرسش‌های این آزمون را شامل می‌شوند عبارتند از غمگینی، بدبینی، احساس شکست، نارضایتی، احساس گناه، احساس تنبیه شدن، بی‌زاری از خود، مفصل دیدن خود، آرزوی خودکشی، گریه، تحریک پذیری، کناره‌گیری اجتماعی، تردید، کندی در انجام کار، اختلال خواب، خستگی پذیری، بی‌اشتهایی و کاهش وزن. این آزمون در مجموع از ۲۱ سوال تشکیل شده است و هنگام اجرا از آزمودنی خواسته می‌شود تا شدت نشانه‌ها را بر اساس یک مقیاس ۴ درجه‌ای از صفر تا ۳ درجه بندی کند. همچنین، آزمون دارای چهار نمره برش است. نمره کمتر از ۱۰ نشانه فقدان افسردگی یا کمترین حد افسردگی است. از ۱۰ تا ۱۸ نشان دهنده افسردگی خفیف تا متوسط، از ۱۹ تا ۲۹ حاکی از افسردگی متوسط تا شدید و از ۳۰-۶۳ نشانه افسردگی شدید است. پرسشنامه افکار ناکارآمد شامل نظرات و عقاید مختلفی است که مردم گاهی بیان می‌کنند. این مقیاس توسط وایزمن و بک (۱۹۷۸) بر مبنای نظریه بک در مورد محتوای ساختار شناختی در افسردگی تهیه شده است. این مقیاس از ۴ خرده مقیاس موفقیت - کامل طلبی، نیاز به تأیید دیگران، نیاز به راضی کردن دیگران و آسیب پذیری - ارزشیابی عملکرد می‌باشد. در این مقیاس پاسخ دهنده میزان موافقت یا

مخالفت خود را با هر عبارت روی یک مقیاس ۷ نقطه‌ای لیکرت مشخص می‌کند. درمان شفقت مبتنی بر ذهن آگاهی برگرفته از کتاب فلاح و ایوبی (۱۳۹۷) به صورت ۸ جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای مجازی انجام شد. کلیه‌ی داده‌های جمع‌آوری شده ۲۱ SPSS و با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی داده‌ها تحلیل شد. ملاک ورود شامل افرادی که دارای نمره‌ی پایین‌تر از ۳۸ در پرسشنامه ۱۲ سؤالی امید به زندگی، نمرات بالاتر از ۱۸ در پرسشنامه ۲۱ سؤالی افسردگی و نمره بالاتر از ۱۳۰ در پرسشنامه ۲۶ سؤالی افکار ناکارآمد بودند. افرادی که حداقل ۳ سال درگیر بیماری ام اس بودند. عدم مصرف مواد مخدر، عدم استفاده از دارو برای اختلالات روانی و عدم شرکت در دوره‌های مشابه درمانی و ملاک خروج شامل غیبت بیش از ۲ جلسه در دوره‌ی آموزش ملاک خروج افراد، عدم همکاری در انجام تکالیف و عدم دریافت درمان روانشناختی دیگری در دوره‌ی جلسات درمانی پژوهش بود. در ملاحظات اخلاقی محقق سعی کرد بدون سوگیری نمونه‌ی پژوهش را انتخاب کند و به منظور رعایت اصل محرمانگی، پرسشنامه‌ها توسط پژوهشگر توزیع و جمع‌آوری شد. ابتدا مطالعات نظری پیرامون متغیرهای تحقیق انجام شد. پس از انتخاب موضوع با هماهنگی با دانشگاه و انجمن ام اس، مشخصات بیماران دارای بیماری ام اس در اختیار پژوهشگر قرار گرفت. این پژوهش به صورت پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. در ابتدا به ۴۳ نفر از بیماران ام اس پرسشنامه به صورت آنلاین داده شد و ۳۰ نفر که نمرات پایین‌تری از امید به زندگی و نمرات بالایی در افسردگی و افکار ناکارآمد داشتند به وسیله‌ی پرسشنامه‌های پژوهش انتخاب شدند و در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند و پس از انجام پیش‌آزمون، هر گروه آزمایش، آموزش شفقت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در ۸ جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای به صورت مجازی انجام گرفت و سپس از هر دو گروه پس‌آزمون گرفته شد. پس از اتمام جلسات آموزشی و انجام پس‌آزمون از دو گروه برای رعایت اخلاق تمام موارد و مباحث گروه آزمایش در اختیار آزمودنی‌های گروه کنترل قرار گرفت.

پروتکل آموزشی

جدول ۱ خلاصه‌ی درمان شفقت مبتنی بر ذهن آگاهی برگرفته از کتاب فلاح و ایوبی (۱۳۹۷)

جلسه	شرح جلسات
اول: آشنایی و بیداری	گفتگو درباره هدف تشکیل جلسات و ساخت کلی آن، بررسی انتظارات از برنامه درمانی، آشنایی با اصول کلی درمان متمرکز بر شفقت.
دوم: ذهن تکامل یافته و انگیزه	بررسی ذهن تکامل یافته و انگیزه‌ها. سیر تکامل و تکامل شفقت ذهن آگاهانه. ذهن‌ها سیستم‌های مملو از تضاد و رنج هویت خود. سیستم‌های هیجانی هیجانی و تمرین خشم و اضطراب و تنفر.
سوم: شفقت و چالش‌های	تعریف شفقت و ویژگی‌های شفقت و درگیر شدن با آن. همدردی و موانع همدردی و

تمرین: تصویرسازی مکانی امن تمرین: تصویر شفقت آمیز تمرین: تشخیص آرزوی شاد بودن تمرین: تکنیک صندلی خالی	تمرین آگاهی ذهن تحمل پریشانی. توجه شفقت و تصویر سازی شفقت آمیز و تضعیف ذهن آگاهی و منشا آن
تصور خود شفقت ساز، فنون روش بازیگری گسترش دایره شفقت هشتم خود: حل کردن و یکسان سازی در لحظه شفقت آمیز و تمرین کردن تانگلن (تکلیف: تانگلن برای سفر شفقت آمیز دیگران و خود) تانگلن در لحظه جمع بندی و پس آزمون	چهارم: ذهن آگاهی و نیلوفرهای آبی در گل آموزش ذهن آگاهی و تنهایی و راه کنترل کردن ذهن. ذهن آگاهی و اجتناب. چگونه شفقت تضعیف می شود؟ ترس و مقاومت در برابر شفقت حافظه هجانی و وابستگی و ترکیب هیجانی داستان چنرزیک
	پنجم: تمرین ذهن آگاهی آموزش شناخت ذهن نا آرام (دادن تکلیف) شروع با توجه کار کردن (دادن تکلیف) ریتم تنفس تسکین دهنده (دادن تکلیف)
	ششم: کار کردن با پذیرش خوردن سیب به صورت ذهن آگاهی (دادن تکلیف) تقویت تنفس و استراحت و جا دادن واکنش های عادی و نیت، توجه و پذیرش و حساسیت و همدردی و عدم قضاوت
	هفتم: ایجاد توانایی شفقت مکانی جریان شفقت، کار کردن روی تصویر سازی مکانی

یافته ها

فرضیه اول: شفقت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر امید به زندگی (و ابعاد آن: برنامه ریزی و اراده و عاملیت) در زنان دارای تجربه بیماری مولتیپل اسکلروزیس موثر است.

جدول ۲ نتایج تحلیل آنکوا تأثیر عضویت گروهی بر نمرات امید به زندگی در زنان.

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	میزان تأثیر
پیش آزمون	۲۷/۰۲۱	۱	۲۷/۰۲۱	۷/۶۷	۰/۰۱۰	۰/۲۲۱
درمان	۳۷/۴۶۵	۱	۳۷/۴۶۵	۱۰/۶۳۵	۰/۰۰۳*	۰/۲۸۳
خطا	۹۵/۱۱۳	۲۷	۳/۵۲۳			

دارد ($P < 0.01$). لذا فرضیه اول تأیید گردید. بنابراین شفقت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر امید به زندگی زنان دارای تجربه بیماری مولتیپل اسکلروزیس گروه آزمایشی تأثیر داشته است. میزان این تأثیر در مرحله پس آزمون ۳/۲۸ درصد بوده است.

همانطوریکه در جدول ۲ نشان داده شده است، پس از حذف تأثیر متغیرهای همگام بر روی متغیر وابسته و با توجه به ضریب F محاسبه شده، مشاهده می شود که بین میانگین های تعدیل شده نمرات امید به زندگی در زنان دارای تجربه بیماری مولتیپل اسکلروزیس بر حسب عضویت گروهی (گروه آزمایشی و گروه کنترل) در مرحله پس آزمون تفاوت معناداری وجود

جدول ۳ نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری (مانکوا) مربوط به ابعاد امید به زندگی.

شاخص های آماری نام آزمون	مقدار	F آزمون	سطح معناداری	مجذورات
آزمون اثر پیلاپی	۰/۳۵۱	۶/۷۵۴	۰/۰۰۵	۰/۳۵۱
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۶۴۹	۶/۷۵۴	۰/۰۰۵	۰/۳۵۱
آزمون اثر هتلینگ	۰/۵۴۰	۶/۷۵۴	۰/۰۰۵	۰/۳۵۱
آزمون بزرگ ترین ریشه روی	۰/۵۴۰	۶/۷۵۴	۰/۰۰۵	۰/۳۵۱

همانطور که در جدول ۳ نشان داده شده است، با کنترل پیش آزمون، سطوح معناداری همه آزمون ها بیانگر آن است که بین دو گروه آزمایش و گواه حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته (برنامه ریزی و اراده و عاملیت) تفاوت معناداری وجود دارد

انجام گرفت که نتایج حاصل از آن در جدول ۴ ارائه شده است. با انجام گرفت که نتایج حاصل از آن در جدول ۴ ارائه شده است. با

توجه به مقدار اتا در جدول، میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۳۵۱ می باشد؛ یعنی ۳۵/۱ درصد تفاوت های فردی در نمرات پس آزمون مربوط به برنامه ریزی و اراده و عاملیت در اثر شفقت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی می باشد.

جدول ۴ نتایج آزمون تحلیل کواریانس یک راهه در متن مانکوا.

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذوراتا
برنامه ریزی	قبل از آموزش	۱/۱۸	۱	۱/۱۸	۰/۷۴۳	۰/۳۹۶	۰/۰۲۸
	گروه	۷/۹۷۸	۱	۷/۹۷۸	۵/۰۲۴	۰/۰۳۴	۰/۱۶۲
	میزان خطا	۴۱/۲۹	۲۶	۱/۵۸۸			
اراده و عاملیت	قبل از آموزش	۲۳/۵۴	۱	۲۳/۵۴	۲۸/۲۳۳	۰/۰۰۰	۰/۵۲۱
	گروه	۱۰/۶۲۱	۱	۱۰/۶۲۱	۱۲/۷۳۹	۰/۰۰۱	۰/۳۲۹
	میزان خطا	۲۱/۶۷۸	۲۶	۰/۸۳۴			

عاملیت زنان دارای تجربه بیماری مولتیپل اسکلروزیس مورد مطالعه تأثیر داشته است. فرضیه دوم: شفقت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر میزان افسردگی زنان دارای تجربه بیماری مولتیپل اسکلروزیس موثر است.

طبق نتایج به دست آمده از جدول ۴، ملاحظه می شود با کنترل پیش آزمون بین زنان دارای تجربه بیماری مولتیپل اسکلروزیس، گروه های آزمایش و گواه از لحاظ برنامه ریزی و تفکر اراده و عاملیت تفاوت معناداری مشاهده می شود (برنامه ریزی، $P=0/034$ و اراده و عاملیت، $P=0/001$)؛ به عبارت دیگر، متغیر مستقل شفقت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر متغیرهای وابسته برنامه ریزی و اراده و

جدول ۵ نتایج تحلیل آنکوا تأثیر عضویت گروهی بر نمرات افسردگی زنان.

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنا داری	میزان تأثیر
پیش آزمون	۲۴۹۶/۵۸۸	۱	۲۴۹۶/۵۸۸	۵۲/۴۲۱	۰/۰۰۰	۰/۷۳۲
افسردگی درمان	۷۸۳/۲۶۳	۱	۷۸۳/۲۶۳	۱۷/۳۵۸	۰/۰۰۰**	۰/۶۵۳
خطا	۱۰۷۴/۳۴۵	۲۷	۳۹/۷۹۱			

راضی کردن دیگران، آسیب پذیری - ارزشیابی عملکرد) در زنان دارای تجربه بیماری مولتیپل اسکلروزیس موثر است.

فرضیه سوم: شفقت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افکار ناکارآمد (و ابعاد آن: موفقیت - کامل طلبی، نیاز به تأیید دیگران، نیاز به

جدول ۶ نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری (مانکوا) مربوط به تأثیر عضویت گروهی بر افکار ناکارآمد.

شاخص های آماری نام آزمون	مقدار	F	سطح معناداری	مجذور اتا
آزمون اثر پیلاپی	۰/۳۲۲	۳/۳۶۵	۰/۰۳۱	۰/۴۰۸
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۵۴۰	۳/۳۶۵	۰/۰۳۱	۰/۴۰۸
آزمون اثر هتلینگ	۱/۱۲۴	۳/۳۶۵	۰/۰۳۱	۰/۴۰۸
آزمون بزرگ ترین ریشه روی	۱/۱۲۴	۳/۳۶۵	۰/۰۲۶	۰/۴۰۸

انجام گرفت که نتایج حاصل از آن در جدول ۶ ارائه شده است. با توجه به مقدار اتا در جدول، میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۴۰۸ می باشد؛ یعنی ۴۰/۸ درصد تفاوت های فردی در نمرات پس آزمون مربوط به موفقیت - کامل طلبی، نیاز به تأیید دیگران، نیاز به راضی کردن دیگران، آسیب پذیری - ارزشیابی عملکرد در اثر شفقت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی می باشد.

همان طور که در جدول ۶ نشان داده شده است با کنترل پیش آزمون، سطوح معناداری همه آزمون ها بیانگر آن است که بین دو گروه آزمایش و گواه حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته (موفقیت - کامل طلبی، نیاز به تأیید دیگران، نیاز به راضی کردن دیگران، آسیب پذیری - ارزشیابی عملکرد) تفاوت معناداری وجود دارد ($P=0/026$). برای پی بردن به این نکته که در کدام متغیر بین دو گروه تفاوت وجود دارد، شش تحلیل کوواریانس تک متغیره به صورت جداگانه برای تک تک متغیرهای وابسته در متن مانکوا

جدول ۷ نتایج آزمون تحلیل کوواریانس یک راهه نمرات مولفه های افکار ناکارآمد در متن مانکوا.

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنا داری	میزان تأثیر آماري	توان
موفقیت - کامل طلبی	۵/۲۱۶	۱	۵/۲۱۶	۶/۱۵۷	*۰/۰۳۲	۰/۲۷۸	۰/۷۱۹
نیاز به تأیید دیگران	۳۵/۷۴۸	۱	۳۵/۷۴۸	۵/۴۶۱	**۰/۰۲۶	۰/۲۹۵	۰/۶۲۳
نیاز به راضی کردن دیگران	۱۴/۲۳۴	۱	۱۴/۲۳۴	۸/۳۷۹	**۰/۰۰۴	۰/۳۱۷	۰/۵۴۷
آسیب پذیری - ارزشیابی عملکرد	۱۸/۸۰۸	۱	۱۸/۸۰۸	۹/۲۰۳	*۰/۰۳۹	۰/۳۷۴	۰/۶۳۶

گوپتا و ریکی، مونوز، استیو، چان و هلمن و همکاران می باشد که نشان دادند ذهن آگاهی و شفقت درمانی بر امید به زندگی تأثیر گذار بوده است (۱۱، ۱۲). در تبیین یافته ها میتوان گفت افراد ذهن آگاه واقعیات درونی و بیرونی را آزادانه و بدون تحریف ادراک می کنند و توانایی زیادی در مواجهه با دامنه گسترده ای از تفکرات، هیجان ها و تجربه ها (اعم از خوشایند و ناخوشایند) دارند. ذهن آگاهی به فرد یاری می دهد تا این نکته را درک کنیم که هیجان های منفی ممکن است رخ دهد، اما آن ها جز ثابت و دائمی شخصیت نیستند (۱۳). همچنین به فرد این امکان را میدهد تا به جای آنکه به رویدادها به طور غیرارادی و بی تامل پاسخ دهد، با تفکر و تامل پاسخ دهد. براساس درمان شفقت مبتنی بر ذهن آگاهی تکنیک هایی از قبیل مهربانی با خود و ذهن آگاهی به درمانجویان به وسیله پژوهشگر آموزش داده شد که تمایل خود به حمله کردن به خودشان به خاطر چیزهایی که انتخاب و طراحی خودشان نبوده است را کم کم رها کنند و کم کم تأثیر تجربه ها و رفتارهای خود را در زندگی شان لمس کنند بنابراین صحنه ای برای آن ها ایجاد میشود که به صورت مشفقانه مسئول زندگیشان شوند و بهترین

طبق نتایج به دست آمده از جدول ۷، ملاحظه می شود با کنترل پیش آزمون بین زنان دارای تجربه بیماری مولتیپل اسکلروزیس، گروه های آزمایش و گواه از لحاظ موفقیت - کامل طلبی، نیاز به تأیید دیگران، نیاز به راضی کردن دیگران، آسیب پذیری - ارزشیابی عملکرد تفاوت معناداری مشاهده می شود (موفقیت - کامل طلبی، $P=0/032$ ، نیاز به تأیید دیگران، $P=0/026$ و نیاز به راضی کردن دیگران $P=0/004$ ، آسیب پذیری - ارزشیابی عملکرد $P=0/039$)؛ به عبارت دیگر، متغیر مستقل شفقت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر متغیرهای وابسته ابعاد افکار ناکارآمد زنان دارای تجربه بیماری مولتیپل اسکلروزیس مورد مطالعه تأثیر داشته است.

نتیجه گیری

نتایج فرضیه اول نشان داد شفقت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افزایش امید به زندگی، و کاهش افسردگی و افکار ناکارآمد زنان دارای تجربه بیماری مولتیپل اسکلروزیس گروه آزمایشی تأثیر داشته است. این نتایج همسو با پژوهش های خالقی پور و زرگر، خدابخشی پریکلانی، رمضان ساعتچی و مالکی مجد، مونیکا، آشا هینگار و

افراد آگاه شدند همیشه قرار نیست با دنده ی تند حرکت کنند و بعضی اوقات باید با دنده ی آهسته حرکت کرد و با همه چیز درارتباط بود و در لحظه ی حال بود و هرگونه عوامل خارجی که به سمتشان می آیند را بتوانند شناسایی کنند و از افکارشان جدا کنند. رنج‌ها را دور نمایند و با فکری آسوده و مهربانی نسبت به خودشان برای زندگیشان برنامه ریزی کنند و در جهت آن‌ها گام بردارند و امید به زندگی داشته باشند. همچنین یافته ها نشان داد شفقت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش افسردگی و افکار ناکارآمد زنان مؤثر است. درمانگر در این روش به مراجع کمک می کند تمام افکار و احساس‌های آزارنده و منفی (که در اثر بیماری افسردگی به وجود می آید) را ناشی از ذهن غیرواقعی بداند و آنها را بپذیرد و درعین حال، این موضوع مراجع را یاری می کند تا امور واقعاً مهم را برای خود بشناسد و سپس از این ارزش‌ها برای هدایت تغییرات رفتاری در زندگی استفاده کند. افراد معمولاً معتقدند امور اشتباه و نادرستی مثل افکار، احساسات و خاطرات وجود دارند که باید اصلاح یا حذف شوند. در رویکردهایی مثل شفقت درمانی و ذهن آگاهی افکار ناکارآمد، ناسازگارانه، غیرمنطقی و منفی، با تکنیک‌های مختلف اصلاح، جابه‌جا یا حذف می شوند و رابطه مراجع با افکار و احساساتش تغییر می کند، به گونه‌ای که فرد دیگر آنها را نشانه‌ها را نبیند.

References

- Goss, K., & Allan, S. (2014). The development and application of compassion-focused therapy for eating disorders (CFT-E). *British Journal of Clinical Psychology*, 53(1), 62-77
- Ashworth F, Gracey F, Gilbert P.(2011).Compassion focused therapy after traumatic brain injury: Theoretical foundations and a case illustration. *Brain Impairment*. 2011;12(02):128-39
- Snyder, R., Anderson, J. (1991). Hope and health: measuring the will and ways. *handbook of social and clinical. Psychology: the Health Perspective*. NewYork: program press.
- Herth, K. (2000). Enhancing hope in people with a first recurrence of cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 32(6), 1431-1441.
- Snyder, C.R.(2000).Hand book of hope.New York:Academic Press.
- Gilbert P.(2014).The origins and nature of compassion focused therapy. *BRIT J CLIN PSYCHOL*.2014; 53(1): 6-41.

زندگی را برای خودشان بسازند و تعهد به زندگیشان داشته باشند (۱۴). بنابراین به بیماران ام اس آموزش داده شد که با تکنیک خوردن سیب در لحظه باشند و براین اساس تمرین حضور ذهن این توانایی را به فرد می‌دهد که درباب «افکار صرفاً افکار هستند» و زمانی که می‌فهمد افکارش ممکن است حقیقت نداشته باشند، راحت‌تر می‌تواند آن‌ها را رها کند. در این مولفه با استفاده تکنیک های کارکردن بر روی تصویرسازی مکانی امن پژوهشگر آموزش داد که افراد توجهشان را بر تصاویر و افکار و احساسات خاصی روی ذهنشان معطوف کنند که این تصویرسازی موجب تحریک افکار و احساسات خاصی روی ذهن میشود و بر بدن افراد تاثیر میگذارد. بنابراین افراد آموختند که تصورات زودگذر خوب و کافی است و دوری از تصورات مبهم و سه بعدی منجر به افزایش امید به زندگی می‌شود و افراد میتوانند کیفیت زندگیشان را ارتقا بخشند. همچنین نتایج فرضیه دوم نشان داد شفقت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر ابعاد امید به زندگی (برنامه‌ریزی، اراده و عاملیت) در زنان دارای تجربه بیماری ام اس تاثیر دارد. تاثیر درمان شفقت مبتنی بر ذهن آگاهی بر تفکر رهیاب (برنامه ریزی) ۱۶/۲ درصد و اراده و عاملیت ۳۲/۹ درصد بوده است. این پژوهش همسو با پژوهش طاهر کرمی، حسینی و دشت بزرگی و محمدی احمدآبادی، گودرزی و سعید منش می‌باشد که نتایج نشان دهنده تاثیر شفقت و ذهن آگاهی بر ابعاد امید به زندگی است. از طریق آموزش ذهن آگاهی فرد یاد می‌گیرد تا لایه‌هایی را که به صورت عادت، خود به درک تجربه می‌افزاید را مشاهده کند و لنزهای ویژه‌ای را شناسایی کند که از آن طریق به تماشای دنیا می‌نشیند (۸). در تبیین یافته‌ها میتوان گفت در درمان متمرکز بر شفقت، افراد می‌آموزند که از احساسات دردناک خود اجتناب نکرده و آن‌ها را سرکوب نکنند، بنابراین می‌توانند در گام اول تجربه خود را بشناسند و نسبت به آن احساس شفقت داشته باشند. در این روش درمانی به جای تمرکز بر تغییر خودارزیابی افراد، رابطه افراد با خودارزیابی آنان تغییر می‌یابد. در تمرین های شفقت بر آرمیدگی، ذهن آرام، دلسوز و ذهن آگاهی تأکید میشود که نقش بسزایی در آرامش ذهن فرد، کاهش استرس و افکار خود آیند منفی خواهد داشت. پژوهشگر از تکنیک های مختلفی در پژوهش از جمله تکنیک صندلی خالی استفاده کرد. با استفاده از تکنیک صندلی خالی به آن‌ها آموزش داده شد که یک صندلی خالی روبروی خود بگذارند و هر چیزی که عامل و باعث ناراحتی و خشم و احساس بد در زندگیشان شده که امیدی برایشان نگذاشته است را به صورت تجسمی بر آن قرار دهند. و بعد شروع کنند با این تجسم نشسته روی صندلی خالی مثل یک موجود واقعی و زنده صحبت کردن و تماس احساسی برقرار نمودن! بنابراین با احساس تلخ پنهان در وجودشان آشنا شدند و به آن‌ها گفتند که این احساسات تلخ آن‌ها را رنج میدهند و از حضور آن‌ها راضی نیستند و به آن‌ها اجازه دادند که بروند و برنامه ریزی جدیدی برای زندگیشان داشته باشند و در نهایت به خود شفقتی رسیدند. بنابراین این تکنیک در افزایش امید به زندگی بیماران برنامه ریزی برای زندگیشان و اراده برای از بین بردن ناامیدی کمک کرد. در مولفه ی برنامه ریزی و اراده و عاملیت از تکنیک نشستن استفاده شد که

7. 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.
8. Kenner M, Menon U, Elliott DG,(2007). Multiple sclerosis as a painful disease, *Int Rev Neurobiol* 2007;79: 303-21.
9. Fary, K , (2006). Multiple sclerosis: disability profile and quality of life in an Australian community cohrt. *International Journal of Rehabilitation*, 29 (2), 87-96.
10. Kinney MR.(1995). Quality of life research: rigor or rigor mortis, *Cardiovasc Nurs* 1995; 31(4): 25-8
11. Koopman W, Schweitzer A,(1999). The journey to multiple sclerosis: a qualitative study , *J Neurosci Nurs*.1999; 31(1): 17-26
12. Landoni MG, Giordano MT, Guidetti GP,(2000). Group psychotherapy experiences for people with multiple sclerosis and psychological support for families, *J Neurovirol* 2000; 6(2): 168-71.
13. McCabe MP, Mood and self-esteem of persons with multiple sclerosis following an exacerbation, *Journal of Psychosomatic Research*, 31 Aug 2005, 59(3):161-166
14. Moss-Morris R, McCrone P, Yardley L, van Kessel K, Wills G, Dennison L.(2012). A pilot randomised controlled trial of an Internet-based cognitive behavioural therapy self-management programme (MS Invigor8) for multiple sclerosis fatigue. *Behav Res Ther*.50(6):415-21.