Comparison of the Effectiveness of Min Dfulness- Based Cognitive Therapy with Compassion-Focused Therapy on Resilience and Psychological Well- Being of Subjects with Multiple Sclerosis

Morteza Akbarpour[1], Maryam Sharifiyan Ghazijahani[1], Hadi Smkhani Akbarinejhad[2*]

[1]Department of Clinical Psychology, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran
[2]Department of Psychology, University College of Nabi Akram, Tabriz, Iran

Article Info:

Received: **16 June 2020** ***Revised:*** **13 Aug 2020** ***Accepted*****: 18 Nov 2020**

ABSTRACT

Introduction: As multiple sclerosis (MS) affects both the body and mind, people with MS need to be treated by both pharmacological and psychological interventions. Psychological interventions include using a variety of counseling and psychotherapy approaches, such as mindfulness- based cognitive therapy and compassion-focused therapy. The purpose of this study was to compare the efficacy of mindfulness- based cognitive therapy and compassion-focused therapy on resilience and psychological well- being in patients with MS. ***Materials and Methods:*** This study was semi-experimental with a pre- test, post- test control group design. This study consisted of all men with MS in Tabriz who were members of the MS Society in 2018. In total, 30 men were selected and randomly divided into three groups by a purposive sampling method. Members of both experimental groups received their treatment, respectively, in eight sessions of 1.5 hours; however, the control group did not receive any treatment. ***Results:*** There was no significant difference between resilience and psychological well-being scores in the treatment and control groups in the pre-test. The results showed that mindfulness- based cognitive therapy and compassion-focused therapy compared to the control group led to increased resilience & psychological well-being in MS patients in the post- test. In the follow-up phase, the effect of mindfulness-based cognitive therapy and compassion-focused therapy on resilience and psychological well-being persisted. Furthermore, the impact of mindfulness-based cognitive therapy and compassion-focused therapy on resilience and psychological well-being in the post-test and follow- up was significantly not different. ***Conclusion:*** Mindfulness-based cognitive therapy and compassion-focused therapy are likely to reduce anxiety, thereby better coping with the disease and increasing resilience and psychological well- being in patients with MS.

Keywords:

1. Cognitive Behavioral Therapy
2. Multiple Sclerosis
3. Psychosocial Intervention

***Corresponding Author:** Hadi Smkhani Akbarinejhad

Email: *Hadiakbarinejhad@yahoo.com*

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-11]

[DOI: 10.52547/shefa.9.4.60]

مقایسهٔ اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی با درمان متمرکز بر شفقت بر تاب‌آوری و بهزیستی روانشناختی افراد مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس

مرتضی اکبرپور[۱]، مریم شریفیان قاضی جهانی[۱]، هادی اسمخانی اکبری‌نژاد[۲*]

[۱]گروه روانشناسی بالینی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران
[۲]گروه روانشناسی، موسسه آموزش عالی نبی اکرم (ص)، تبریز، ایران

اطلاعات مقاله:
دریافت: ۲۷ خرداد ۱۳۹۹ اصلاحیه: ۲۳ مرداد ۱۳۹۹ پذیرش: ۲۸ آبان ۱۳۹۹

چـــــکیده

مقدمـه: چـون مولتیپـل اسـکلروزیس (ام اس) هـم بـر جسـم و هـم بـر روان تأثیـر می‌گـذارد، افـراد مبتـلا بـه ام اس بایـد بـه وسـیلهٔ مداخـلات دارویـی و روانشـناختی درمـان شـوند. مداخـلات روانشـناختی شـامل اسـتفاده از انـواع رویکردهـای مشـاوره و روان‌درمانـی، ماننـد شـناخت‌درمانی مبتنـی بـر ذهن‌آگاهـی و درمـان متمرکـز بـر شـفقت اسـت. هـدف از ایـن مطالعـه مقایسـهٔ اثربخشـی شـناخت‌درمانی مبتنـی بـر ذهن‌آگاهـی و درمـان متمرکـز بـر شـفقت بـر تـاب‌آوری و بهزیسـتی روانشـناختی بیمـاران مبتـلا بـه ام اس بـود. **مـواد و روش‌هـا:** ایـن پژوهـش از نـوع نیمه‌آزمایشـی بـا طـرح پیش‌آزمـون- پس‌آزمـون بـا گـروه کنتـرل بـود. ایـن مطالعـه شـامل کلیـهٔ مـردان مبتـلا بـه ام اس شـهر تبریـز بـود کـه در سـال ۱۳۹۷ عضـو انجمـن ام اس بودنـد. در مجمـوع ۳۰ مـرد بـا روش نمونه‌گیـری هدفمنـد انتخـاب و به‌طـور تصادفـی بـه سـه گـروه تقسـیم شـدند. اعضـای هـر دو گـروه آزمایشـی به‌ترتیـب درمـان خـود را در ۸ جلسـه ۱/۵ سـاعته دریافـت کردنـد؛ امـا گـروه کنتـرل هیـچ درمانـی دریافـت نکردنـد. **یافته‌هـا:** بیـن نمـرات تـاب‌آوری و بهزیسـتی روانشـناختی در گروه‌هـای درمـان و کنتـرل در پیش‌آزمـون تفـاوت معنـی‌داری وجـود نداشـت. نتایـج نشـان داد کـه شـناخت‌درمانی مبتنـی بـر ذهن‌آگاهـی و درمـان متمرکـز بـر شـفقت در مقایسـهٔ بـا گـروه کنتـرل منجـر بـه افزایـش تـاب‌آوری و بهزیسـتی روانشـناختی در بیمـاران ام اس در پس‌آزمـون شـد. در مرحلـهٔ پیگیـری، تأثیـر شـناخت‌درمانی مبتنـی بـر ذهن‌آگاهـی و درمـان متمرکـز بـر شـفقت بـر تـاب‌آوری و بهزیسـتی روانشـناختی مانـدگار بـود. عـلاوه بـر ایـن، تأثیـر شـناخت‌درمانی مبتنـی بـر ذهن‌آگاهـی و درمـان متمرکـز بـر شـفقت بـر تـاب‌آوری و بهزیسـتی روانشـناختی در پس‌آزمـون و پیگیـری تفـاوت معنـی‌داری نداشـت. **نتیجه‌گیـری:** شـناخت‌درمانی مبتنـی بـر ذهن‌آگاهـی و درمـان متمرکـز بـر شـفقت بـه احتمـال زیـاد سـبب کاهـش اضطـراب، در نتیجـه مقابلـهٔ بهتـر بـا بیمـاری و افزایـش تـاب‌آوری و بهزیسـتی روانشـناختی در بیمـاران مبتـلا بـه ام اس می‌شـود.

واژه‌های کلیدی:
۱- درمان شناختی رفتاری
۲- مالتیپل اسکلروزیس
۳- مداخلات روانی اجتماعی

***نویسنده مسئول:** هادی اسمخانی اکبری‌نژاد

پست الکترونیک: *Hadiakbarinejhad@yahoo.com*

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-11]

[DOI: 10.52547/shefa.9.4.60]

مقدمه

مالتیپل اسکلروز که با نام اختصاری ام اس[1] شناخته می‌شود یک بیماری ناتوان‌کنندهٔ مزمن است که میلین سیستم اعصاب مرکزی و نخاع را تخریب می‌کند و به همین علت بخشی از عضلات بدن به تدریج توانایی خود را از دست می‌دهند (۱). به دلیل اختلال در سیستم ایمنی افراد مبتلا به ام اس، آن‌ها بیش‌تر در برابر عفونت‌ها آسیب‌پذیر می‌شوند، اما معلوم نیست که در بروز این بیماری، بین آلودگی‌های ویروسی و غیرویروسی کدام یک نقش مهم‌تری دارد (۲). حدود ۸۰ درصد از بیماران مبتلا به ام اس دچار درجاتی از ناتوانی می‌شوند و تنها ۱ نفر از هر ۵ بیمار وضعیتش ثابت می‌ماند و به سمت ناتوانی پیش نمی‌رود (۳). خستگی مفرط، اختلالات شناختی، افسردگی، عدم تعادل و درد، تاب‌آوری پایین و کاهش بهزیستی روانشناختی از شایع‌ترین علائم بیماران مبتلا به ام اس می‌باشد. این علائم تأثیر منفی و مخرب قابل توجهی بر کیفیت زندگی این افراد می‌گذارد، عملکردهای آن‌ها را مختل می‌کند و هزینه‌های زیادی را به آن‌ها و اعضای خانواده‌شان تحمیل می‌کند (۷). تاب‌آوری مولفهٔ مهمی در زندگی افراد مبتلا به ام اس است (۵). مفهوم تاب‌آوری[2] در رابطه با نظریهٔ منابع استرس‌ها به معنای توانایی درونی فرد برای پاسخ‌دهی، دوام آوردن و طبیعی بودن بر خلاف وجود استرس‌ها است (۸). تاب‌آوری در برابر تأثیرات روانشناختی وقایع مشکل آفرین از فرد محافظت می‌کند، و به منزلهٔ محافظ استرس، نشانه‌های افسردگی را کاهش می‌دهد (۱۰-۹). بررسی‌ها نشان می‌دهند که افراد با تاب‌آوری زیاد سطح کم‌تری از اجتناب (از مواجهه با بیماری‌شان) را نشان می‌دهند، و با درد ناشی از آن بهتر کنار می‌آیند و نگرش فاجعه‌سازی دربارهٔ درد ندارند یا کم‌تر به فاجعه‌سازی روی می‌آورند (۱۱). به‌طور کلی تاب‌آوری تفاوت‌های فردی را در تجارب روبه‌رو شدن با درد توضیح می‌دهد که چرا برخی از افراد در برابر بیماری خودشان را می‌بازند و ناامید می‌شوند؛ در عین حال، برخی افراد از همین بیماری و درد برای ارتقای زندگی و بهبود کیفیت زندگی خود استفاده می‌کنند (۱۳). یکی از مولفه‌های مهم دیگری که در افراد مبتلا به ام اس مورد بحث قرار می‌گیرد، بهزیستی روانشناختی است (۶). به نظر ویس، وسترهوف و بوهلمیجر[3] بهزیستی روانشناختی[4] فرآیندی است در جهت تحقق توانایی‌های بالقوهٔ خود، که از شش بعد: خودمختاری، تسلط محیطی، رشد شخصی، رابطهٔ مثبت با دیگران، هدف در زندگی و پذیرش خویشتن تشکیل شده است (۱۳). ریف[5] با توجه به‌نتایج پژوهشی حول این مدل، بر نقش مهم حمایتی این سازه در سلامتی روانی و جسمی افراد تأکید می‌کند (۱۴). افرادی که با وجود بیماری‌هایی چون ایدز و ام اس بهزیستی روانشناختی بالایی دارند، بیش‌تر دوست دارند در اجتماع نقشی به عهده بگیرند، وقت فراغت پرشورتری برای خود ایجاد می‌کنند و در فعالیت‌های عمومی بیش‌تری شرکت می‌کنند، دارای روحیهٔ مشارکتی بیش‌تری هستند و عمدتاً دارای هیجانات مثبت‌اند و از ارزیابی مثبت روی داده‌های در حال وقوع استقبال می‌کنند، در مقابل افرادی که از بهزیستی روانشناختی پایینی برخوردارند، شرایط و رویدادها را نامطلوب ارزیابی کرده و به‌همین دلیل هیجانات نامطلوب مثل اضطراب، افسردگی و پرخاشگری را بیش‌تر تجربه می‌کنند (۱۵). چون بیماری ام اس هم جسم و هم روان مبتلایان را درگیر می‌کند، بایستی در درمان و پرداختن به مشکلات آن‌ها، هم مداخلات دارویی و فیزیولوژیکی، و هم مداخلات روانشناختی را مورد توجه قرار داد (۱۶). به‌عنوان مثال، راتو[6] نشان داد که در درمان بیماران ام. اس، علاوه بر مصرف داروهای مختص این بیماری، درمان مدیریت استرس می‌تواند مفید باشد (۱۷). درمورد مداخلات روانشناختی، می‌توان به انواع رویکردهای مشاوره و روان‌درمانی، از جمله درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی[7] و درمان متمرکز بر شفقت[8] اشاره کرد. درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی به‌منظور پیشگیری از عود افسردگی طراحی شد، اما در حال حاضر به یکی از پرکاربردترین درمان‌ها در حوزهٔ روان‌درمانی و مشاوره تبدیل شده است. تمام تمرین‌های این درمان طوری طراحی شده است که توجه به بدن را افزایش می‌دهد. نقش مهم بدن در حیطه‌های بین رشته‌ای جدید همچون پزشکی ذهن- بدن هم به اثبات رسیده است. این درمان به بیماران کمک می‌کند تا یاد بگیرند چگونه از احساسات بدنی، افکار و هیجانات خود آگاه شوند و به شکل غیرمستقیم با کاهش میزان استرس، پاسخ سازگارانه‌ای به‌علائم هشدار دهنده عود بیماری نشان دهند (۱۸). اصول اساسی این درمان حضور در زمان اکنون و قضاوت نکردن است (۱۹). در پژوهش‌هایی که از ذهن‌آگاهی استفاده می‌شود، تأکید بر تعامل بین فرآیندهای بدنی، شناختی و هیجانی است (۲۰). نتایج پژوهش‌های مختلف حاکی از این است که این درمان بر جنبه‌های روانشناختی کیفیت زندگی، افسردگی، اضطراب و استرس، کاهش استرس ادراک شده، نشانه‌های جسمانی و بهزیستی رواشناختی، و بهزیستی روانشناختی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ام اس موثر است (۲۴-۲۱). درمان متمرکز بر شفقت در پاسخ به این مشاهده تدوین شد که بسیاری از

[1] Multiple Sclerosis
[2] Resilience
[3] Weiss, Westerhof & Bohlmeijer
[4] Psychological Well- Being
[5] Ryff
[6] Rattue
[7] Mindfulness- Based Cognitive Therapy
[8] Compassion-Focused Treatment

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-11]
[DOI: 10.52547/shefa.9.4.60]

افراد، به‌ویژه آن‌هایی که شرم و خودانتقادی بالایی دارند، هنگام ورود به درمان‌های سنتی در ایجاد صدای درونی مهربان و خود- حمایت‌گر مشکلاتی داشتند. تمرکز این درمان بر چهار حوزهٔ تجارب پیشین و تاریخچه‌ای، ترس‌های اساسی، راهکارهای احساس امنیت و پیامدها و نتایج پیش‌بینی نشده است (۲۵). محور اصلی این درمان، پرورش ذهن شفقت‌ورز است؛ از این‌رو درمانگر از طریق ایجاد و افزایش یک رابطهٔ شفقت‌ورز درونی مراجعان با خودشان، به‌جای سرزنش کردن، محکوم کردن، و یا خودانتقادی، به آن‌ها کمک می‌کنند. اصول اساسی در درمان متمرکز بر شفقت، به این موضوع اشاره دارد که افکار، عوامل، تصاویر و رفتارهای تسکین‌بخش بیرونی باید درونی شوند و در این صورت، ذهن انسان همان‌گونه که نسبت به عوامل بیرونی واکنش نشان می‌دهد، در مواجهه با این عوامل درونی نیز آرام شود (۲۶). دو هدف اساسی این رویکرد، کاهش خصومت خود- جهت داده و افزایش توانایی‌های فرد جهت ایجاد احساس خود- اطمینانی، مهربانی و خود- تسکینی است که می‌توانند به‌عنوان پادزهری در برابر احساس تهدیدشدگی عمل کنند. فعالیت‌های اصلی این درمان، ایجاد قابلیت شفقت‌ورزی است (۲۵). مطالعات نشان می‌دهند که این درمان بر تاب‌آوری، سلامت روان، و نگرش‌های ناکارآمد، خودانتقادی و شفقت به خود بیماران مبتلا به ام اس اثربخش است (۲۹-۲۷). لذا به‌نظر می‌رسد درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان متمرکز بر شفقت می‌توانند بر تاب‌آوری و بهزیستی روانشناختی بیماران مبتلا به ام اس اثربخش باشند. از این‌رو، هدف پژوهش حاضر این است که اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان متمرکز بر شفقت که جزو درمان‌های موج سوم رفتاری هستند و اثربخشی‌شان کم‌تر مورد بررسی قرار گرفته است بر تاب‌آوری و بهزیستی روانشناختی مردان مبتلا به ام اس را مورد مطالعه قرار دهد.

مواد و روش‌ها

روش پژوهش حاضر، نیمه‌تجربی و طرح آن از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعهٔ آماری پژوهش حاضر شامل کلیهٔ مردان مبتلا به ام اس شهر تبریز بود که در سال ۱۳۹۷ عضو انجمن ام اس این شهر بودند. جهت نمونه‌گیری از روش نمونه‌گیری غیراحتمالی در دسترس مبتنی بر هدف استفاده شد. پس از کسب رضایت مسئولین انجمن و بیماران، پرسشنامه‌های تاب‌آوری کانر و دیویدسون[9] و مقیاس بهزیستی روانشناختی ریف در بین ۱۳۵ بیمار توزیع شد که ۷۱ نفر در پرسشنامهٔ تاب‌آوری و بهزیستی روانشناختی یک انحراف معیار بالاتر از میانگین نمره کسب کردند. از این بین، ۳۰ نفر با در نظر گرفتن معیارهای ورود (سن ۲۵ تا ۴۰ سال، متأهل بودن، ابتلا به بیماری ام اس بیش از ۳ سال، شرکت کامل در جلسات درمانی) و معیارهای خروج از مطالعه (ابتلا به بیماری جدی دیگری به‌غیر از ام اس، استفاده از داروهای روانپزشکی، شرکت در جلسات مشاوره و روان‌درمانی فردی و گروهی) انتخاب، و به‌صورت تصادفی (به شیوهٔ قرعه‌کشی) به دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل تقسیم شدند. تعداد ۱۰ نفر برای هر گروه بر اساس نرم‌افزار تعیین حجم نمونه G Power 3 و با در نظر گرفتن پارامترهای زیر محاسبه شد: اندازه اثر= ۰/۳۲؛ ضریب آلفا=۰/۰۵؛ توان آزمون=۰/۶۸؛ Repetitions=۳؛ Noncentrality parameter λ=/۲۰۹؛ Critical F= ۳/۰۱۱؛ Numerator df=۲؛ Denominator df=۲۴؛ Actual power=۰/۸۱؛ Pillai V=۰/ ۲۲. همهٔ اصول اخلاقی در این مقاله رعایت شده است. شرکت‌کنندگان اجازه داشتند هر زمان که مایل بودند از پژوهش خارج شوند. اطلاعات آن‌ها محرمانه نگه داشته شدند و در پایان درمان، گروه کنترل نیز تحت مداخله قرار گرفتند. ابزار پژوهش: مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون: این مقیاس ۲۵ گویه دارد که در یک دامنهٔ لیکرتی بین صفر (کاملاً نادرست) تا پنج (همیشه درست) نمره‌گذاری می‌شود. حداقل نمرهٔ تاب‌آوری آزمودنی در این مقیاس صفر و حداکثر ۱۰۰ است (۸). روایی و پایایی این مقیاس بر روی ۲۰۰ نفر از نوجوانان مبتلا به سرطان تهران، ارومیه و اصفهان بررسی شد، که روایی محتوایی این مقیاس با استفاده از روش تعیین شاخص روایی محتوا ۰/۹۸، و پایایی کل ابزار با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۲ گزارش شد (۳۰). مقیاس بهزیستی روانشناختی ریف: این مقیاس را ریف در سال ۱۹۸۰ طراحی نمود. فرم اصلی دارای ۱۲۰ پرسش بود ولی در بررسی‌های بعدی فرم‌های کوتاه‌تر ۸۴ سوالی، ۵۴ سوالی و ۱۸ سوالی نیز پیشنهاد گردید. در این پژوهش از فرم ۱۸ سوالی آن استفاده شد. مقیاس‌های بهزیستی روانشناختی دارای شش خرده مقیاس پذیرش خود، رابطهٔ مثبت با دیگران، خودمختاری، زندگی هدفمند، رشد شخصی و تسلط بر محیط است. در فرم ۸۴ سوالی هر عامل دارای ۱۴ پرسش است. گزینه‌های این پرسشنامه شش‌گانه بوده و از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق نمره‌گذاری می‌شود (۶، ۱). نمرهٔ بالاتر بیانگر بهزیستی روانشناختی بهتر است (۳۱). ضریب پایایی این پرسشنامه به‌روش بازآزمایی برای کل پرسشنامه ۰/۸۲ و خرده مقیاس‌های پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، خودمختاری، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند و رشد شخصی به ترتیب ۰/۷۸

[9] Connor and Davidson

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-11]
[DOI: 10.52547/shefa.9.4.60]

۰/۷۰، ۰/۷۷، ۰/۷۸، ۰/۷۷، ۰/۷۱ به‌دست آمده است (۳۱). پس از اجرای پیش‌آزمون، اعضای گروه آزمایش اول، طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (۲ ماه، هفته‌ای یک جلسه) درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی را به صورت گروهی، طبق برنامه درمانی سگال[10] و همکاران دریافت کردند (جدول ۱) (۳۲). اعضای گروه آزمایش دوم نیز، طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (۲ ماه، هفته‌ای یک جلسه) از درمان متمرکز بر شفقت به‌صورت گروهی، طبق برنامه درمانی گیلبرت[11] برخوردار شدند (جدول ۲) (۲۶). برای جلوگیری از تبادل اطلاعات بین اعضای گروه‌های آزمایش، از آن‌ها خواسته شد تا ۵ ماه پس از اتمام درمان، دربارهٔ محتوای جلسات با یکدیگر گفتگویی نداشته باشند. جلسات درمانی، توسط ۲ کارشناس ارشد روانشناسی بالینی و ۱ متخصص با درجهٔ دکتری تخصصی مشاوره در یک مرکز مشاوره خصوصی در شهر تبریز برگزار شدند. بعد از اتمام جلسات (پس‌آزمون)، و ۵ ماه پس از اتمام درمان (پیگیری)، اعضای هر سه گروه با استفاده از ابزار اندازه‌گیری ارزیابی شدند. تجزیه و تحلیل داده‌ها: برای تجزیه و تحلیل آماری از نسخه ۲۴ نرم‌افزار SPSS استفاده شد. جهت بررسی فرضیهٔ پژوهش از آنالیز واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر و آزمون تعقیبی بونفرنی، و برای مقایسهٔ سن و مدت زمان ابتلا از آنالیز واریانس استفاده شد. در این پژوهش سطح معنی‌داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

همان‌طور که در جدول ۳ آورده شده است، میانگین و انحراف معیار سن شرکت‌کنندگان در مطالعه ۳۲/۰۷±۵/۰۹ سال و میانگین و انحراف معیار مدت زمان ابتلا به بیماری ام اس ۴/۶۷±۱/۰۶ سال بود. در جدول ۳، میانگین و انحراف معیار سن و مدت زمان ابتلا به بیماری آزمودنی‌ها مقایسه شده است. نتایج نشان می‌دهد که بین سه گروه از نظر سن و مدت زمان ابتلا به بیماری ام اس تفاوت معنی‌داری وجود ندارد (P<۰/۰۵).

جدول ۱- محتوای جلسات و پروتکل درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی

جلسه	شرح جلسات (هدف و موضوع)
اول	هدف: آگاهی بیش‌تر از احساسات، افکار و حس‌های بدنی لحظه به لحظه وتجربهٔ بودن در لحظه. موضوع: توضیح دربارهٔ اهمیت حضور در لحظهٔ حال و بودن در این‌جا و اکنون، و بازکردن مفهوم ذهن‌آگاهی برای اعضا با استفاده از چند فن، و یاد گرفتن انجام امور روزمره، همراه با توجه کردن به آن‌ها.
دوم	هدف: توجه به احساسات و افکار، و گسترش و پذیرش افکار و احساسات ناخوشایند. موضوع: پی‌بردن به ذهن سرگردان و تمرین توجه به بدن، احساس جسمی و فیزیکی و توجه به تنفس.
سوم	هدف: مهارت‌های پاسخ‌گویی به فکر یا احساس ناخوشایند. موضوع: آرام گرفتن ذهن سرگردان با تمرین تنفس و مرور بدن، مراقبه نشسته و انجام تمرین‌هایی که توجه را به لحظهٔ حال می‌آورند.
چهارم	هدف: جلوگیری از ایجاد تثبیت افکار منفی. موضوع: یاد گرفتن این‌که بدون فرار و دوری کردن از افراد، در لحظهٔ اکنون باقی بمانیم و تلاطم افکار را نظاره کنیم.
پنجم	هدف: تغییر عادات قدیمی فکر کردن مانند شناخت امور روزمرهٔ خودکار، بی‌انگیزه بودن در کارها، بی‌نتیجه دانستن فعالیت‌ها، فرار یا اجتناب از موقعیت‌های سخت زندگی، آرزوهای بزرگ داشتن، مقایسهٔ همیشگی وضع موجود خود با وضعیت دل‌خواه. موضوع: آگاهی کامل از افکار و احساسات و پذیرفتن آن‌ها بدون قضاوت و دخالت مستقیم.
ششم	هدف: آگاه شدن از علایم هشداردهندهٔ تاب‌آوری و بهزیستی روانشناختی. موضوع: تغییر خلق و افکار از طریق تلقی افکار به‌عنوان فقط فکر و نه واقعیت.
هفتم و هشتم	هدف: آگاهی از تغییرات جزیی خلق. موضوع: هشیار بودن از نشانه‌های کاهش تاب‌آوری و بهزیستی روانشناختی، و تنظیم برنامه برای روبه‌رو شدن احتمالی با نشانه‌های کاهش تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی؛ برنامه‌ریزی برای آینده و استفاده از فنون حضور در لحظه برای ادامهٔ زندگی و تعمیم آن‌ها به کل جریان زندگی.

[10] Segal
[11] Gilbert

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-11]
[DOI: 10.52547/shefa.9.4.60]

جدول ۲- محتوای جلسات و پروتکل درمانی متمرکز بر شفقت

جلسه	شرح جلسات (هدف و موضوع)
اول	هدف: آشنایی درمانگر و اعضای گروه با یکدیگر، گفتگو دربارهٔ هدف تشکیل جلسات و ساخت کلی آن، بررسی انتظارات از برنامهٔ درمانی. موضوع: معرفی اصول کلی درمان متمرکز بر شفقت و تمایز شفقت با تأسف برای خود.
دوم	هدف: توضیح و تشریح شفقت: این‌که شفقت چیست، و چگونه می‌توان از طریق آن بر مشکلات فائق آمد. موضوع: آموزش ذهن‌آگاهی همراه با تمرین وارسی بدنی و تنفس، آشنایی با سیستم‌های مغزی مبتنی بر شفقت.
سوم	هدف: آشنایی با خصوصیات افراد شفقت‌ورز، شفقت نسبت به دیگران، پرورش احساس گرمی و مهربانی نسبت به خود، پرورش و درک این‌که دیگران نیز نقایص و مشکلاتی دارند (پرورش حس اشتراکات انسانی) در مقابل احساسات خود تخریب‌گرانه. موضوع: آموزش افزایش گرمی، ذهن‌آگاهی، پذیرش، خرد و قدرت، گرمی و عدم قضاوت.
چهارم	هدف: ترغیب اعضا به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به‌عنوان «شفقت‌ورز» یا «غیر شفقت‌ورز». موضوع: شناسایی و کاربرد تمرین‌های «پرورش ذهن شفقت‌ورز»، ارزش شفقت، همدلی و همدردی نسبت به خود و دیگران.
پنجم	هدف: آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت (شفقت کلامی، شفقت عملی، شفقت مقطعی و شفقت پیوسته). موضوع: به‌کارگیری روش‌های ابراز شفقت در زندگی روزمره و برای والدین، دوستان و آشنایان.
ششم	هدف: آموزش مهارت‌های شفقت به شرکت‌کنندگان در حوزه‌های توجه شفقت‌ورز، استدلال شفقت‌ورز، رفتار شفقت‌ورز، تصویرپردازی شفقت‌ورز، احساس شفقت‌ورز و ادراک شفقت‌ورز، ایفای نقش فرد در سه بعد وجودی خود- انتقادگر، خود- انتقادشونده و خود شفقت‌ورز با استفاده از تکنیک صندلی خالی گشتالت. موضوع: پیدا کردن لحن و تن صدای خودانتقادگر و خودشفقت‌گر درونی هنگام گفتگوی درونی و مشابهت آن با الگوی گفتگوی آدم‌های مهم زندگی مانند پدر و مادر.
هفتم و هشتم	هدف: پر کردن جدول هفتگی افکار انتقادگر، افکار شفقت‌ورز و رفتار شفقت‌ورز. پیدا کردن رنگ، مکان و موسیقی شفقت‌گر که اجزای تصویرپردازی‌های شفقت‌ورز می‌توانند باشند، کار بر روی ترس از شفقت به خود و موانع پرورش این خصیصه. موضوع: آموزش تکنیک‌های تصویرپردازی ذهنی شفقت‌ورز، تنفس تسکین‌بخش ریتمیک، ذهن‌آگاهی و نوشتن نامهٔ شفقت‌ورز. جمع‌بندی و نتیجه‌گیری و پاسخ‌گویی به سوالات اعضا، و ارزیابی کل جلسات.

جدول ۳- میانگین و انحراف معیار سن و مدت زمان ابتلا به بیماری ام اس مردان تبریز در سال ۱۳۹۷ (تعداد در هر گروه ۱۰ نفر)

گروه	متغیر	انحراف معیار ± میانگین	P
درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی		۳۱/۴±۱۰/۵۰	
درمان متمرکز بر شفقت	سن	۳۲/۵±۲۰/۷۱	۰/۷۴۲
کنترل		۳۲/۵±۹۰/۳۶	
کل		۳۲/۵±۰۷/۰۹	
درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی		۵/۰±۰۰/۸۱	
درمان متمرکز بر شفقت	مدت زمان ابتلا به بیماری	۴/۱±۳۰/۱۶	۰/۳۴۶
کنترل		۴/۱±۷۰/۱۶	
کل		۴/۱±۶۷/۰۶	

معنی در بررسی پیش فرض‌های آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، آزمون شاپیرو ویلک نشان داد پیش‌فرض طبیعی بودن توزیع متغیرهای مورد مطالعه در نمونهٔ مورد مطالعه محقق شده است، چرا که مقادیر z محاسبه‌شده در سطح (P<۰/۰۵) معنی‌دار نیست. در آزمون امباکس، چون متغیرهای تاب‌آوری (F=۲/۱۹۰) و بهزیستی روانشناختی (F=۲/۱۵۴) به‌ترتیب در سطح (۰/۲۵۴ و ۰/۱۲۹) معنی‌دار نبودند، بنابراین می‌توان گفت که مفروضهٔ همسانی ماتریس واریانس-کوواریانس برای متغیرها برقرار شده است. هچنین نتایج آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس خطا در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نشان داد که با توجه به عدم‌معنی‌داری مقدار F متغیرها در سطح خطای کوچک‌تر از (۰/۰۵) می‌توان گفت که واریانس خطای متغیر پژوهش در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با هم برابر بوده و از این جهت فرض همسانی واریانس‌های

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-11]
[DOI: 10.52547/shefa.9.4.60]

خطا نیز برقرار است. در آخر، آزمون کرویت موخلی نشان داد چون مقدار کرویت موخلی (۰/۵۷۰) متغیر تاب‌آوری در سطح خطای داده شده (۰/۲۵۴) و مقدار کرویت موخلی (۰/۶۰۰) متغیر بهزیستی روانشناختی در سطح خطای داده‌شده (۰/۴۲۰) معنی‌دار نیست، لذا می‌توان کرویت ماتریس واریانس- کواریانس متغیرهای وابسته را پذیرفت. پس، این پیش‌فرض نیز برقرار است.

نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان داد که چون اثر متقابل معنی‌دار است (P<۰/۰۰۱) باید در هر زمان به مقایسهٔ دو به دو گروه‌ها پرداخته شود، که نتایج آن در جدول ۵ آورده شده است.

جدول ۴- نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در بین گروه‌های آزمایش و کنترل در متغیرهای پژوهش در مراحل پیش‌آزمون- پس‌آزمون

	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجهٔ آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی‌داری	اندازهٔ اثر	توان آزمون
تاب‌آوری	آزمون	۶۶۵/۶۸۹	۲	۳۳۲/۸۴۴	۲۴۵/۷۶۵	۰/۰۰۱	۰/۹۰۱	۱
	گروه	۵۴۸/۸۸۹	۲	۲۷۴/۴۴۴	۲۲/۸۴۷	۰/۰۰۱	۰/۳۴۶	۱
	آزمون*گروه	۳۷۱/۱۷۸	۴	۹۲/۷۹۴	۶۸/۵۱۷	۰/۰۰۱	۰/۸۳۵	۱
بهزیستی روانشناختی	آزمون	۶۸۴/۶۰۰	۲	۳۴۲/۳۰۰	۲۹۳/۴۰۰	۰/۰۰۱	۰/۹۱۶	۱
	گروه	۱۱۱۱/۴۰۰	۲	۵۵۵/۷۰۰	۳۴/۵۳۸	۰/۰۰۱	۰/۲۵۲	۱
	آزمون*گروه	۳۸۴/۴۰۰	۴	۹۶/۱۰۰	۸۲/۳۷۱	۰/۰۰۱	۰/۸۵۹	۱

جدول ۵- نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسهٔ دوتایی گروه‌ها در متغیرهای پژوهش در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر وابسته		گروه ۱	گروه ۲	تفاوت میانگین	انحراف استانداردها	سطح معنی‌داری
تاب‌آوری	پیش‌آزمون	درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی	درمان متمرکز برشفقت	۰/۱۰۰	۲/۵۱۲	۱/۰۰۰
			کنترل	-۰/۸۰۰	۲/۵۱۲	۱/۰۰۰
		درمان متمرکز برشفقت	درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی	-۰/۱۰۰	۲/۵۱۲	۱/۰۰۰
			کنترل	-۰/۹۰۰	۲/۵۱۲	۱/۰۰۰
		کنترل	درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی	۰/۸۰۰	۲/۵۱۲	۱/۰۰۰
			درمان متمرکز برشفقت	۰/۹۰۰	۲/۵۱۲	۱/۰۰۰
	پس‌آزمون	درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی	درمان متمرکز برشفقت	-۱/۵۰۰	۲/۶۳۰	۱/۰۰۰
			کنترل	۷/۵۰۰	۲/۶۳۰	۰/۰۲۵
		درمان متمرکز برشفقت	درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی	۱/۵۰۰	۲/۶۳۰	۱/۰۰۰
			کنترل	۹/۰۰	۲/۶۳۰	۰/۰۰۶
		کنترل	درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی	-۷/۵۰۰	۲/۶۳۰	۰/۰۲۵
			درمان متمرکز برشفقت	-۹/۰۰۰	۲/۶۳۰	۰/۰۰۶
	پیگیری	درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی	درمان متمرکز برشفقت	-۱/۶۰۰	۲/۵۶۸	۱/۰۰۰
			کنترل	۷/۳۰۰	۲/۵۶۸	۰/۰۲۵
		درمان متمرکز برشفقت	درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی	۱/۶۰۰	۲/۵۶۸	۱/۰۰۰
			کنترل	۸/۹۰۰	۲/۵۶۸	۰/۰۰۵
		کنترل	درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی	-۷/۳۰۰	۲/۵۶۸	۰/۰۲۵
			درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت	-۸/۹۰۰	۲/۵۶۸	۰/۰۰۵
بهزیستی روانشناختی	پیش‌آزمون	درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی	درمان متمرکز برشفقت	۰/۶۰۰	۲/۹۵۹	۱/۰۰۰
			کنترل	۱/۶۰۰	۲/۹۵۹	۱/۰۰۰
		درمان متمرکز برشفقت	درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی	-۰/۶۰۰	۲/۹۵۹	۱/۰۰۰
			کنترل	۱/۰۰۰	۲/۹۵۹	۱/۰۰۰
		کنترل	درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی	-۱/۶۰۰	۲/۹۵۹	۱/۰۰۰
			درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت	-۱/۰۰۰	۲/۹۵۹	۱/۰۰۰
	پس‌آزمون	درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی	درمان متمرکز برشفقت	-۰/۷۰۰	۲/۸۶۴	۱/۰۰۰
			کنترل	۱۰/۱۰۰	۲/۸۶۴	۰/۰۰۵
		درمان متمرکز برشفقت	درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی	۰/۷۰۰	۲/۸۶۴	۱/۰۰۰
			کنترل	۱۰/۸۰۰	۲/۸۶۴	۰/۰۰۲
		کنترل	درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی	-۱۰/۱۰۰	۲/۸۶۴	۰/۰۰۵
			درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت	-۱۰/۸۰۰	۲/۸۶۴	۰/۰۰۲
	پیگیری	درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی	درمان متمرکز برشفقت	-۰/۸۰۰	۲/۸۲۸	۱/۰۰۰
			کنترل	۱۰/۲۰۰	۲/۸۲۸	۰/۰۰۴
		درمان متمرکز برشفقت	درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی	۰/۸۰۰	۲/۸۲۸	۱/۰۰۰
			کنترل	۱۱/۰۰۰	۲/۸۲۸	۰/۰۰۲
		کنترل	درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی	-۱۰/۲۰۰	۲/۸۲۸	۰/۰۰۴
			درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت	-۱۱/۰۰۰	۲/۸۲۸	۰/۰۰۲

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-11]
[DOI: 10.52547/shefa.9.4.60]

مندرجات جدول (۵) نشان داد که در تاب‌آوری و بهزیستی روانشناختی بین هر دو گروه آزمایش (درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان متمرکز بر شفقت) با گروه کنترل تفاوت معنی‌داری وجود دارد (P<۰/۰۰۱). همچنین، در مراحل پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌داری بین دو گروه آزمایش نسبت به هم در تأثیر بر تاب‌آوری و بهزیستی روانشناختی وجود ندارد (P<۰/۰۵).

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر، مقایسهٔ اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان متمرکز بر شفقت بر تاب‌آوری و بهزیستی روانشناختی بیماران مبتلا به ام اس بود. تحلیل داده‌ها نشان داد که درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان متمرکز بر شفقت بر افزایش تاب‌آوری و بهزیستی روانشناختی مردان مبتلا به ام اس تأثیر دارند، اما تأثیر این دو درمان در پس‌آزمون و پیگیری با هم متفاوت نیست. همچنین، یافته‌ها نشان داد که تغییرات نمرهٔ تاب‌آوری و بهزیستی روانشناختی در زمان‌های مورد بررسی در گروه‌ها متفاوت بوده و اثر زمان معنی‌دار است؛ یعنی اثر متقابلی بین زمان و مداخله وجود دارد و با گذشت زمان از شروع مداخله، نمرات تاب‌آوری و بهزیستی روانشناختی ارتقا یافتند و تأثیرات ناشی از حضور در گروه‌های آزمایشی با نزدیک شدن به پایان مداخله بر روی نمرات تاب‌آوری و بهزیستی روانشناختی افراد در هر دو گروه آزمایشی مثبت بود. در راستای اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر تاب‌آوری و بهزیستی روانشناختی مردان مبتلا به ام اس می‌توان به نتایج پژوهش‌های قدس‌پور و همکاران، ماضی‌نژاد و همکاران، پاگنینی[12] و همکاران و همین‌طور اورکی و سامی اشاره کرد که نشان دادند درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر تاب‌آوری و بهزیستی روانشناختی بیماران مبتلا به ام اس اثربخش است که نتیجهٔ پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های مذکور همسو می‌باشد (۲۴-۲۱). ذهن‌آگاهی ضمن این‌که به بیماران کمک می‌کند تا بفهمند چگونه آرامش و رضایت را دوباره از اعماق وجودشان کشف کرده و آن را با زندگی روزمره‌شان آمیخته و به‌سبک زندگی‌شان مبدل کنند؛ به آنان کمک می‌کند تا کم‌کم خود را از نگرانی، اضطراب، خستگی و افسردگی نجات دهند. این رویکرد معتقد است که اگر هر کس درگیر دوره‌هایی از رنج و درد باشد، این درد و رنج با آگاهی ذهن، تبدیل به رنجی همدلانه می‌شود که به احساس شفقت نسبت به خود و دیگران و تاب‌آوری بیش‌تر در مقابله با مشکلات منتهی می‌شود، در حالی‌که بدون ذهن‌آگاهی، دردها و رنج‌ها به‌صورت هیجان ناتوان‌کننده‌ای تجربه می‌شود که با تلخی و خشم آمیخته شده و با احساس درماندگی شدید همراه می‌شود (۳۲). درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی با تقویت فرآیندهای مقابلهٔ شناختی، نظیر ارزیابی مجدد مثبت و تقویت مهارت‌های تنظیم هیجان مانند تاب‌آوری و تحمل پریشانی، آموزش حل مسأله و آموزش فنون نادیده گرفتن، در زمان شروع حملات استرس‌زا از بیماران در مقابل بدعملکردی خلقی ناشی از استرس و نشخوار محافظت می‌کند (۳۳). درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی به بیماران کمک می‌کند تا یاد بگیرند چگونه از احساسات بدنی، افکار و هیجانات خود آگاه شوند و به‌شکل غیرمستقیم با کاهش میزان استرس، پاسخ سازگارانه‌ای به‌علائم هشداردهندهٔ عود بیماری نشان دهند (۳۴). انجام تمرینات ذهن‌آگاهی باعث رشد عواملی چون مشاهده، غیرقضاوتی بودن، غیر واکنشی بودن و عمل همراه با هوشیاری، و در نهایت رشد بهزیستی روانشناختی، کاهش استرس و نشانه‌های روانشناختی می‌شود. در حقیقت، وقتی ذهن‌آگاهی افزایش می‌یابد توانایی برای عقب ایستادن و مشاهده کردن حالت‌هایی مثل اضطراب افزایش می‌یابد، در نتیجه فرد می‌تواند خود را از الگوهای رفتاری خودکار رها کند و از طریق درک و دریافت مجدد، دیگر با حالت‌هایی مثل اضطراب و ترس کنترل نشود، بلکه می‌تواند از اطلاعات برخواسته از این حالت‌ها استفاده کند و با هیجانات همراه باشد و در نتیجه بهزیستی روانشناختی خود را ارتقاء دهد (۳۲). دربارهٔ اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت هم می‌توان نتیجه گرفت که این درمان بر تاب‌آوری و بهزیستی روانشناختی مردان مبتلا به ام اس اثربخش است. پژوهش‌های قطور و همکاران، سلیمی و همکاران و زمانیان نجف‌آبادی نشان دادند که این درمان بر تاب‌آوری و بهزیستی روانشناختی بیماران مبتلا به ام اس تأثیر دارد. نتیجهٔ پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های مذکور همسو می‌باشد (۲۹-۲۷). هیچ پژوهشی مبنی بر ناهمسو بودن با نتیجهٔ پژوهش حاضر پیدا نشد، تا بتوان علت شباهت و تفاوت نتایج مطالعات را بحث و بررسی نمود. در بیماران مبتلا به ام اس که با مشکلات روانشناختی از جمله افسردگی و اضطراب درگیر هستند، سیستم تهدید و محافظت از خود، به‌نوعی پرکاری شدید دچار است که نتیجهٔ آن سطوح بالای استرس و نگرانی در این افراد است. از طرف دیگر سیستم رضایت و تسکین نیز در این افراد سطح رشدیافتگی پایین‌تری دارد، زیرا آن‌ها هرگز فرصت تحول این سیستم را نداشته‌اند. درمان متمرکز بر شفقت برای این افراد مانند فیزیوتراپی ذهن عمل می‌کند؛ یعنی با تحریک سیستم تسکین

[12] Pagnini

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-11]
[DOI: 10.52547/shefa.9.4.60]

بخشی، زمینهٔ تحول آن را فراهم می‌کند و با تحول این سیستم، تاب‌آوری در برابر افسردگی و اضطراب را بالا می‌برد و در نهایت منجر به بهبود تاب‌آوری می‌گردد (۲۵). مولفهٔ دیگری که در اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت نقش بازی می‌کند، به‌هوشیاری[۱۳] است. سازهٔ شفقت به خود از بسیاری از جهات می‌تواند نوعی راهبرد مقابلهٔ هیجان مدار باشد؛ چرا که آگاهی بهوشیارانه از هیجان‌های خود، عدم اجتناب از احساسات دردناک و آزاردهنده و نزدیکی همراه با مهربانی، فهم و احساس اشتراکات انسانی به آن‌ها، نیازمند است. در واقع افراد در این مدل ابتدا با استفاده از به‌هوشیاری، تجربهٔ هیجانی خودشان را می‌شناسند، و سپس نگرشی مشفقانه نسبت به احساسات منفی خود پیدا می‌کنند (۲۶). در این درمان، بیماران می‌آموزند که از احساسات دردناک خود اجتناب نکرده و آن‌ها را سرکوب نکنند، بنابراین می‌توانند در گام اول تجربهٔ خود را بشناسند و نسبت به آن احساس شفقت داشته باشند؛ سپس نگرش شفقت‌گونه‌ای به‌خود داشته باشند که نیازمند اتخاذ چشم‌انداز روانی متعادلی به‌نام ذهن‌آگاهی است. ذهن‌آگاهی یک حالت متعادل است که مستلزم مشاهدهٔ کامل و پذیرش پدیده‌های هیجانی و روانی است که برانگیخته می‌شوند. زمانی‌که افراد نسبت به افکار دردناک خودآگاه نیستند، تجارب خود را همان‌طور که هستند، نمی‌پذیرند و این نپذیرفتن ممکن است خود را به‌صورت ممانعت از آوردن این افکار به‌هشیاری نشان دهد. در این روش درمانی به‌جای تمرکز بر تغییر خودارزیابی افراد، رابطهٔ افراد با خودارزیابی آنان تغییر می‌یابد. در تمرین‌های شفقت بر تن‌آرامی، ذهن آرام و دل‌سوز و ذهن‌آگاهی تأکید می‌شود که نقش موثری در آرامش ذهن افراد، کاهش استرس و افکار خود آیند منفی دارند (۲۵). این پژوهش نشان داد که تأثیر درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان متمرکز بر شفقت بر تاب‌آوری و بهزیستی روانشناختی بیماران مبتلا به ام اس متفاوت از هم نیست. هیچ پژوهشی اثربخشی این دو درمان را بر تاب‌آوری و بهزیستی روانشناختی بیماران مبتلا به ام اس مقایسه نکرده است. این دو رویکرد با اصول، مبانی و فنون خاص خود توانسته‌اند به این بیماران کمک کنند تا با مشکلات خود مقابله نمایند و آن‌ها را کاهش دهند. بنابراین، این رویکردها هر کدام با روش‌های منحصر به فرد خود در افزایش تاب‌آوری و بهزیستی روانشناختی بیماران مبتلا به ام اس اثربخش بوده‌اند. نمونهٔ پژوهش حاضر را مردان متأهل ۴۰-۲۵ سالهٔ مبتلا به ام اس شهر تبریز تشکیل دادند که این مورد یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر است و تعمیم یافتن به مردان مبتلا به ام اس جوان‌تر و مسن‌تر، و مردان غیرمتأهل که از حمایت همسر و خانواده برخوردار نیستند را دشوار می‌سازد. همچنین، در این پژوهش جمع‌آوری داده‌ها توسط پرسش‌نامه انجام شد که به‌دلیل خودگزارشی‌بودن ابزارها، سوگیری در پاسخ‌دهی محتمل است. پیشنهاد می‌شود پژوهش حاضر در جوامع آماری مختلف و در سایر شهرها اجرا گردد و از سایر روش‌های گردآوری اطلاعات نظیر مشاهده و مصاحبه نیز استفاده شود. با توجه به نتایج پژوهش می‌توان گفت که درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان متمرکز بر شفقت، با کاربرد فنون و روش‌های خاص خود، سبب کاهش اضطراب و افزایش تاب‌آوری و بهزیستی روانشناختی بیماران مبتلا به ام اس شده است. با توجه به نقش مهم مردان در خانواده و جامعه و از طرفی، لزوم توجه به سلامت جسمانی و روانشناختی آن‌ها پیشنهاد می‌شود در انجمن‌های ام اس، و در کلینیک‌های روانشناسی بیمارستان‌ها و کلنیک‌های دولتی و خصوصی، از این درمان‌ها به‌صورت فردی و گروهی در زمینهٔ افزایش تاب‌آوری و بهزیستی روانشناختی مردان مبتلا به ام اس استفاده شود.

تشکر و قدردانی

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد. امور مربوط به گردآوری داده‌ها و نگارش مقاله برعهدهٔ مرتضی اکبرپور بود. هادی اسمخانی اکبری‌نژاد تجزیه و تحلیل داده‌ها و اصلاحات مقاله، و مریم شریفیان قاضی جهانی شناسایی نمونهٔ متشکل از افراد ام اس را بر عهده داشت و پیش‌آزمون و پس‌آزمون را اجرا کرد. این پژوهش با حمایت مالی هیچ نهاد یا سازمانی انجام نشده و با هزینهٔ شخصی صورت گرفته است. نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از شرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر تقدیر و تشکر نمایند. کد اخلاق پژوهش حاضر (IR.IAU.Z.REC.1397.145) بود.

منابع

1. National Multiple Sclerosis Society. WHAT IS MS? [Cited 2019 Oct 22]. Available from: https://www.nationalmssociety.org

2. Talebzadeh M, Asemi M. National Assessment of patients with Multiple Sclerosis. Fourth International Congress of MS: Iran. 2010; 152-5. [Persian].

3. McCabe PM. Mood and self-esteem of persons with multiple sclerosis following an exacerbation. J Psychosomat Res. 2005; 59: 161-6.

4. KhezriMoghadam N, Ghorbani N, Bahrami H, Rostami R. Effectiveness of group therapy in reducing psychological symptoms in patients with MS. J Clin Psychol. 2012; 4(1): 13-22 . [Persian].

5. Ziaian T, De Anstiss H, Georgia A, Baghurst P, Sawyer

[13] Mindfulness

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-11]

[DOI: 10.52547/shefa.9.4.60]

M. Resilience and its association with depression, emotional and behavioral problems, and mental health service utilization among refugee adolescents living in South Australia. IJPR. 2012; 22: 9-17.

6. Dalmida SG, Koenig HG, Holstad MM, Wirani MM. The psychological well-being of people living with HIV/AIDS and the role of religious coping and social support. Int J Psychiatry Med. 2013; 46(1): 57-83.

7. Oraki M, Sami P. The Effect of Mindfulness Integrated Behavior- Cognitive Therapy on psychological well-being and quality of life among multiple sclerosis patients. HPJ. 2017; 5(20): 34-47. [Persian].

8. Conner K M, Davidson J R. Development of a new resilience scale: The Conner - Davidson Resilience Scale (CD-RISC). DEPRESS ANXIETY. 2003; 18(2): 76-82.

9. Pinquart M. Moderating effect of dispositional resilience on association between hassles and psychological distress. JADP. 2009; 30: 1-8.

10. Catalano D, Chan F, Wilson L. The buffering effect of resilience on depression among individuals with spinal cord injury. JPRMH. 2011; 56(3): 200-11.

11. Bauer H, Emeny R T, Baumert J, Ladwig K-H. Resilience moderates the association between chronic pain and depressive symptoms in the elderly. Eur. J. Pain. 2016; 20(8): 1253-65.

12. Tajikzade F, Sadeghi R, Raees karimian F. The comparison of resilience, coping style and pain catastrophizing in cancer patients and normal people. JAP. 2016; 7(3): 38-48. [Persian].

13. Weiss L A, Westerhof G J, Bohlmeijer ET. Can We Increase Psychological Well-Being? The Effects of Interventions on Psychological Well-Being: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. Plos One. 2016; 11(6): e0158092.

14. Ryff CD. Articolo Target. Psychological well-being and health: Past, present and future. PIlla. 2016; 1: 7-26.

15. Kleiman EM, Chiara AM, Liu RT, Jager-Hyman SJ, Choi JY, Alloy DB. Optimism and well-being: A prospective multi-method and multi-dimensional examination of optimism as a resilience factor following the occurrence of stressful life events. Cogn Emot. 2018; 31(2): 269-83.

16. Schapiro RT. Managing the symptoms of multiple sclerosis. New York: Demos; 2014: 123-4.

17. Rattue P. Stress reduction therapy could significantly helpMSpatients.MedicalNewsToday.[Cited2014Oct21].

18. Emanuel AS, Updegraff JA, Kalmbach AD, Ciesla J A. The role of mindfulness facets in affective forecasting. PIDJ. 2010; 49: 815-18.

19. McCarney RW, Schulz J, Grey AR. Effectiveness of mindfulness-based therapies in reducing symptoms of depression: A meta-analysis. EJPC. 2012; 14(3): 279-99.

20. Michalak J, Burg J, Heidenreich T. Don't Forget Your Body: Mindfulness, Embodiment and the Treatment of Depression. Mindfulness. 2012; 3(3): 190-9.

21. Ghodspour Z, Najafi M, Rahimian Boogar I. Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Psychological Aspects of Quality of Life, Depression, Anxiety, and Stress Among Patients With Multiple Sclerosis. JPCP. 2018; 6(4): 215-22. [Persian].

22. Maazinezhad M, Arefi M, Farnoodi F. The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Group Therapy in Reducing Perceived Stress in Patients with Multiple Sclerosis. J Clin Res Paramed Sci. 2018; 7(1): 1-5. [Persian].

23. Pagnini F, Phillips D, Bosma CM, Reece A, Langer E. Mindfulness, physical impairment and psychological well-being in people with amyotrophic lateral sclerosis. Psychol Health. 2015; 30(5): 503-17.

24. Oraki M, Sami P. Investigating the Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on the Perception of Disease and its Severity in Patients with Multiple Sclerosis. So Cogn. 2016; 5(2): 107-19. [Persian].

25. Ashworth F, Gracey F, Gilbert P. Compassion focused therapy after traumatic brain injury: Theoretical foundations and a case illustration. BIJ. 2011; 12(2): 128-39.

26. Gilbert P. Introducing compassion-focused therapy. BJPsych Advances. 2009; 15(3): 199-208.

27. Ghator Z, Pouryahya S, Davarniya R, Salimi A, Shakarami M. The Effect of Compassion-Focused Therapy (CFT) on Resiliency of Women with Multiple Sclerosis (MS). Armaghane danesh. 2018; 23(3): 350-63. [Persian].

28. Salimi A, Arsalandeh F, Zahrakar K, Davarniya R, Shakarami M. The Effectiveness of Compassion-Focused Therapy on Mental Health of Women with Multiple Sclerosis. Horizon Med Sci. 2018; 24(2): 125-31. [Persian].

29. Zamanian Najafabdi M.The effectiveness of compassion-based treatment on dysfunctional attitudes, Self-criticism and compassion for the patients with M. S. Master's Degree in Clinical Psychology, Islamic Azad University, Najafabad Branch, 2018: 94-5. [Persian].

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-11]

[DOI: 10.52547/shefa.9.4.60]

30. Ahangarzadeh Rezaei S. Rasoli M. Psychometric Properties Of the perstan version of "Conner-Davidson Resilience Scale" in adolescents with cancer. J Urmia Nurs Midwifery Fac 2015; 13(9): 739-47. [Persian].

31. Bayani AA, Mohammad Koochekya A, Bayani A. Reliability and Validity of Ryff's Psychological Well-being Scales. IJPCP. 2008; 14(2): 146-51.

32. Segal ZV, Williams JM, Teasdale JD. Mindfulness Based cognitive therapy for depression. 3nd Ed. New York: The Guilford Press 2013: 86.

33. Williams M, Penman D. Mindfulness: A practical guide to finding peace in a frantic world. 1en ed. Piatkus Books, 2012:45-46. Garland E, Gaylord S, Park J. The role of mindfulness in positive reappraisal. Explore (NY) 2009; 5: 37-44.

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-11]

[DOI: 10.52547/shefa.9.4.60]