



## تأثیر آموزش شفقت به خود بر نارسایی هیجانی و مراقبت از خود در زنان مبتلا به مالتیپل اسکروزویس

فائقه رضوانی چمن زمین

سمیرا صفری دیزج<sup>۲</sup>

نعیمه محب<sup>۳</sup>

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۱۲/۱۸

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۱۰/۱۲

### چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش شفقت به خود بر نارسایی هیجانی و مراقبت از خود در زنان مبتلا به مالتیپل اسکروزویس بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه زنان مبتلا به مالتیپل اسکروزویس مراجعه کننده به انجمن ام اس شهر تبریز در سال ۱۳۹۹ بود. از میان جامعه آماری با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند و براساس نمونه‌های نارسایی هیجانی (بگی، پارکر و تیلور، ۱۹۹۷) و رفتارهای خودمراقبتی (موریس، ۲۰۰۲) در پیش‌آزمون، ۳۰ نفر، به عنوان نمونه انتخاب شدند. این ۳۰ نفر به طور تصادفی در ۲ گروه ۱۵ نفره آزمایش و کنترل گزینش شدند که گروه آزمایش، آموزش شفقت به خود را دریافت کرد و گروه کنترل در لیست انتظار قرار دارند. همچنین برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس و برای تسریع در نتایج حاصله از نرم‌افزار SPSS24 استفاده شد. نتایج پژوهش نشان داد که آموزش شفقت به خود به طور معناداری به کاهش نارسایی هیجانی، افزایش مراقبت از خود در زنان مبتلا به مالتیپل اسکروزویس منجر شد. به عبارتی نارسایی هیجانی در بیماران مبتلا به ام اس شرکت‌کننده در گروه آزمایش به طور معناداری پایین‌تر و رفتارهای خودمراقبتی بالاتر از گروه کنترل بود. در نتیجه می‌توان گفت آموزش شفقت به خود رویکرد مناسبی برای کاهش نارسایی هیجانی افزایش رفتارهای خودمراقبتی در بیماران مبتلا به مالتیپل اسکروزویس است.

**واژگان کلیدی:** آموزش شفقت به خود، نارسایی هیجانی، مراقبت از خود، مالتیپل اسکروزویس.

۱. نویسنده مسئول: کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اسلامشهر، تهران، ایران (نویسنده مسئول).

Email:makfaegheh97@gmail.com

۲. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز، تبریز، ایران. sam.safari114@gmail.com

۳. استادیار علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز، تبریز، ایران. moheb.n@yahoo.com

## مقدمه

بیماری مولتیپل اسکلروزیس، از جمله بیماری‌های شایع التهایبی و تخریبی میلین سیستم عصبی مرکزی است. متأسفانه، تعداد زیادی از مردم جهان به این بیماری مبتلا هستند و روز به روز بر تعداد مبتلایان افزوده می‌شود، به طوری که، این بیماری حدود ۱/۱ میلیون نفر را در سطح دنیا گرفتار کرده است (کرنر و منون<sup>۱</sup>، ۲۰۱۰). بالاترین میزان شیوع شناخته شده این بیماری، بیش از ۲۵۰ مورد در هر ۱۰۰ هزار نفر در جزایر اورکنی، در شمال اسکاتلند است. در ایران نیز میزان شیوع این بیماری، در حدود ۱۵ تا ۳۰ نفر در هر ۱۰۰ هزار نفر گزارش شده است و آمار کل مبتلایان در ایران با شیوع کم‌تر از ۵/۱۰۰۰۰۰ طبقه‌بندی شده است، ولی مطالعات نشان می‌دهد که در شهرهای بزرگ میزان شیوع این بیماری رو به افزایش است (حسینی‌نژاد، سعادت، بخشی‌پور و نصیری، ۱۴۰۰). علت و درمان قطعی این بیماری همچنان ناشناخته باقی مانده، اما اکثر متخصصان و صاحب‌نظران عوامل محیطی و کاهش ویتامین دی را در بروز این بیماری مؤثر می‌دانند. بیماری ام اس هنوز درمان قطعی ندارد و همان‌طور که پیش‌تر گفته شد عوامل محیطی زیادی گریبان‌گیر این افراد است و تحقیقات به اثبات رسانده‌اند که اگر روان‌افراد آزرده باشد، بر روند بهبود جسمانی آن‌ها تأثیر دارد که از جمله این عوامل روانی ناگویی خلقی (رستم‌نژاد، طیبی، ابوالقاسمی و ابراهیمی‌راد، ۱۴۰۰) و خودمراقبتی پایین (سلیمان آبادی و سلیمان آبادی، ۱۳۹۸) در این بیماران را می‌توان نام برد.

از میان عوامل متعددی که در رابطه با فشار روانی وارد بر بیماران ام اس وجود دارد می‌توان به نقش برجسته مشکلات خلقی و ناتوانی در کنترل و تنظیم هیجانات به طور کلی و نارسایی هیجانی<sup>۲</sup> به طور خاص اشاره کرد. چنانکه پژوهش برقی ایرانی و همکاران (۱۳۹۳) نشان داد، یکی از متغیرهایی که بر سلامت روان بیماران مبتلا به ام اس تأثیر منفی می‌گذارد، نارسایی هیجانی است. مفهوم نارسایی هیجانی، بر پایه مشاهده بیماران روان‌تنی استوار است و اولین بار سیفنئوس<sup>۳</sup> آ در سال ۱۹۷۳ آن را مطرح کرد (تیلور<sup>۴</sup>، ۲۰۰۴). نارسایی هیجانی به معنی ناتوانی در بیان احساسات و فقدان آگاهی هیجانی است. افراد مبتلا به نارسایی هیجانی به طور معمول قادر به شناسایی، درک یا توصیف هیجانات خویش نیستند. نارسایی هیجانی در برگیرنده ویژگی دشواری در تشخیص و شناسایی احساسات، دشواری در بیان و توصیف احساسات و تمرکز بر تجارب بیرونی است. کاهش ابراز هیجانات اساساً بیان‌کننده نوعی فقدان یا بدتنظیمی هیجانات است. به همین صورت آسیب در ظرفیت‌های پردازش هیجانی<sup>۵</sup> و تنظیم هیجانی مبتنی بر نارسایی هیجانی ممکن است یک عامل خطر احتمالی برای انواع بیماری‌های پزشکی و روان‌پزشکی باشد (بوچارد<sup>۶</sup>، ۲۰۱۰). این افراد مشکلاتی در خود نظم‌دهی دارند. به عبارت دیگر، دچار ناتوانی در پردازش شناختی اطلاعات هیجانی و نظم‌دهی هیجان‌ها هستند (آقاجانی و صمدی‌فرد، ۱۳۹۷). این بیماران اغلب دچار اختلالات روان‌تنی هستند و برای کاهش تنش و پریشانی خود به مصرف الکل و مواد روی می‌آورند و دچار

1. Kenner and Menon

2. alexithymia

3. Sifneos

4. Taylor

5. Processing emotional

6. Parker

مشکلات مربوط به تغذیه و وسواس فکری و عملی نیز هستند و از آنجا که قادر نیستند آنچه را بیان کنند که احساس می‌کنند، به همین دلیل به آن‌ها «بی‌سواد عاطفی» هم می‌گویند (سیاروچی، فورگاس و مایر<sup>۱</sup>، ۲۰۱۲ ترجمه امامزاده و نصیری، ۱۳۹۸).

از طرفی پژوهش سلیمان آبادی و سلیمان آبادی (۱۳۹۸) نشان داد که یکی از متغیرهای مؤثر بر سلامت بیماران مبتلا به ام اس، تقویت خودمراقبتی در آن‌ها است. همچنین به نظر می‌رسد تقویت رفتارهای مراقبت از خود در این بیماران، به کاهش مشکلات جسمانی در آن‌ها منجر می‌شود (بهتویی سواره، ۱۳۹۶). خود مراقبتی عبارت است از اقدامات و رفتارهای آموخته شده آگاهانه و هدف‌داری که به منظور تأمین، حفظ و ارتقاء سلامت خود انجام می‌شود (چینگ‌سینگ و می‌لینگ<sup>۲</sup>، ۲۰۰۶). به عبارت دیگر، رفتار خودمراقبتی، اقدامی آگاهانه است که از طرف خود فرد در راستای تأمین نیازهای خودمراقبتی انجام می‌شود و نیازهای خودمراقبتی به سه گروه نیازهای همگانی، انحراف از سلامتی و تکاملی تقسیم می‌شوند (دهوق<sup>۳</sup>، ۲۰۱۴). نیازهای تکاملی مراقبت از خود بر اساس مراحل رشد فرد، محیطی طراحی می‌شود که در آن به سر می‌برد و اثری که محیط به فرد دارد و به تغییرات زندگی و مراحل چرخه زندگی هر فرد نیز مربوط می‌شود (آگلتن و چالمرز<sup>۴</sup>، ۲۰۱۳). بر اساس نظریه<sup>۵</sup> اورم، ایجاد رفتارهای خودمراقبتی در فرد تحت تأثیر دو عامل تقاضای خودمراقبتی و عاملیت خودمراقبتی است و فردی که دارای عاملیت خودمراقبتی باشد، می‌تواند اقدامات لازم برای خودمراقبتی را انجام دهد. این توانایی در صورتی که با تقاضای خودمراقبتی همراه باشد و عوامل زمینه‌ای آن را تسهیل کند یا مانعی برای آن نباشد، به رفتار خودمراقبتی تبدیل خواهد شد (سیدانی<sup>۵</sup>، ۲۰۱۳). عوامل زمینه‌ای، عواملی در درون و بیرون فرد هستند که توانایی او را برای درگیری در فعالیتهای خود مراقبتی و نوع یا مقدار بروز رفتارهایی خودمراقبتی، تحت تأثیر قرار می‌دهند. عوامل زمینه‌ای شامل سن، جنس، تحصیلات، شرایط رشد، الگوهای زندگی، عوامل مربوط به سیستم خانوادگی، عوامل محیطی، کفایت و در دسترس بودن منابع خودمراقبتی است (مروتی، مؤمنی، اسلامی، دهقانی و حکیم زاده، ۱۳۹۵).

برای کاهش نارسایی هیجانی و افزایش توانایی خودمراقبتی در مبتلایان به ام اس، مداخلات مختلفی ارائه شده است که یکی از رویکردهای مؤثر در این زمینه، آموزش شفقت به خود است. پژوهش سلیمی، ارسلان ده، زهرکار، داورنیا و شاکرمی (۱۳۹۷) حاکی از اثربخشی درمان شفقت به خود بر سلامت روان مبتلایان به ام اس است. این درمان توسط گیلبرت 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 سنتی در ایجاد صدای درونی مهربان و خود حمایت‌گر دشواری‌هایی داشتند. شفقت به خود بر چهار حوزه تجارب پیشین و تاریخچه‌ای، ترس‌های اساسی، راهکارهای احساس امنیت و پیامدها و نتایج پیش‌بینی نشده متمرکز است (آشورث، گراسی و گیلبرت<sup>۶</sup>، ۲۰۱۶).

1. Ciarrochi, Mayer and Forgas

2. Ching-Hsing and Meei-Ling

3. D'Hooghe

4. Aggleton and Chalmers

5. Sidani

6. Ashworth, Gracey and Gilbert

شفقت به خود بر مبنای رویکرد تکاملی نسبت به کارکردهای روان‌شناختی است. بر اساس این رویکرد، انگیزش‌ها و قابلیت‌های شفقت ورزی با نظام‌های مغزی تکامل یافته‌ای مرتبط است که زیربنای رفتارهای دل‌بستگی، نوع دوستی و مهرورزی قرار دارند. کارکرد طبیعی شفقت نیز ایجاد رفتارهای مهرجویانه، فراهم کردن موقعیت‌هایی برای به هم پیوستگی، امنیت، تسکین بخشی، مشارکت، ترغیب و حمایت است (دپو و مورون-استرایینسکی<sup>۱</sup>، ۲۰۰۵؛ به نقل از سلیمی و همکاران، ۱۳۹۷). هدف درمان متمرکز بر شفقت، کمک به بهبود هیجانی و روانی افراد به وسیله تشویق کردن آن‌ها به مشفق بودن با خودشان و دیگران است. اصول پایه در این برنامه آموزشی به این موضوع اشاره می‌کند که افکار، عوامل، تصاویر و رفتارهای تسکین بخش بیرونی باید درونی شوند و در این صورت، ذهن انسان همان گونه که نسبت به عوامل بیرونی واکنش نشان می‌دهد، در مواجهه با این درونیات نیز آرام شود (گیلبرت<sup>۲</sup>، ۲۰۱۲؛ ترجمه اثباتی و فیضی، ۱۳۹۵). به علاوه افراد در آموزش شفقت به خود 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، که از این نظر این درمان می‌تواند بر سایر درمان‌های روان‌شناختی برتری داشته باشد (آیرونز و لاد<sup>۳</sup>، ۲۰۱۷). شایان ذکر است بررسی پژوهش‌های انجام شده حاکی از اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر تاب‌آوری زنان مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس (قطور، پوریحی، داورنیا، سلیمی و شاکرمی، ۱۳۹۷). آموزش شفقت به خود بر امیدواری و باورهای غیرمنطقی مادران دارای کودک مبتلا به ناتوانی یادگیری (صالح‌آبادی و ناعمی، ۱۳۹۹)، آموزش شفقت به خود روشی بر خودمراقبتی و سلامت روان بیماران دیالیزی (سامرز-اسپیکرمن، ترامپتر، اسکروز و بالمیجر<sup>۴</sup>، ۲۰۱۸) و آموزش شفقت به خود بر کیفیت زندگی، تنظیم هیجان و خودمدیریتی در بیماری مزمن انسداد ریه (بنزو، کیرش، آباسکال-بولادو و دالوهری<sup>۵</sup>، ۲۰۱۸) و تأثیر آموزش شفقت به خود بر تاب‌آوری پرستاران (لانگ فرانک و کریسته<sup>۶</sup>، ۲۰۲۱) بود، ولی پژوهشی منسجم، جامع و یکپارچه در خصوص موضوع یافت نشد، لذا با توجه به لزوم مداخله برای کاهش نارسایی هیجانی و افزایش خودمراقبتی در بیماران ام اس، محقق در این پژوهش درصدد پاسخگویی به این سؤال است که آیا آموزش شفقت به خود بر نارسایی هیجانی، رفتارهای خودمراقبتی در بیماران مبتلا به ام اس مؤثر است؟

## روش

روش این پژوهش نیمه آزمایشی با استفاده از طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به ام اس مراجعه کننده به انجمن ام اس شهر تبریز در سال ۱۳۹۹ بود. از میان جامعه آماری با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند و براساس نمره پرسشنامه‌های مربوطه در پیش‌آزمون،

1. Depue, Morrone-Strupinsky

2. Gilbert

3. Irons and Lad

4. Sommers-Spijkerman, Trompetter, Schreurs and Bohlmeijer

5. Benzo, Kirsch, Abascal-Bolado and Dulohery

6. Long Franco and Christie



۳۰ نفر، به عنوان نمونه انتخاب شدند. این ۳۰ نفر به طور تصادفی در ۲ گروه ۱۵ نفره آزمایش و کنترل گزینش شدند که گروه آزمایش، آموزش شفقت به خود را دریافت کرد و گروه کنترل در لیست انتظار قرار دارند. معیارهای ورود شامل بیماران زن ۲۰ تا ۴۰ ساله مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس، نارسایی هیجانی و پایین بودن نمره رفتارهای خودمراقبتی بود. معیارهای خروج شامل عدم شرکت همزمان در سایر برنامه‌های درمانی و عدم دریافت مشاوره فردی یا دارو درمانی، تمایل و رضایت آگاهانه برای مشارکت در پژوهش بود. ملاحظات اخلاقی شامل پرهیز از هر گونه آسیب به شرکت‌کنندگان و رضایت‌نامه کتبی بود.

### ابزار گردآوری داده‌ها

#### پرسشنامه نارسایی هیجانی

این مقیاس را بگی، پارکر و تیلور (۱۹۹۷) ساخته‌اند، دارای ۲۰ ماده است و ناگویی خلقی را در سه خرده مقیاس دشواری در تشخیص احساس‌ها (۷ ماده)، دشواری در توصیف احساس‌ها (۵ ماده) و تفکر برون‌مدار (۸ ماده) ارزیابی می‌کند که در اندازه‌های پنج درجه‌ای لیکرت از نمره ۱ (کاملاً مخالف) تا نمره ۵ (کاملاً موافق) می‌سند. یک نمره کل نیز از جمع نمره‌های سه خرده مقیاس برای ناگویی خلقی محاسبه می‌شود. این سه عامل بیان‌کننده جنبه‌های مجزای ناگویی خلقی هستند و اعتبار آن‌ها از لحاظ تجربی تأیید شده است. جمع نمرات بین ۲۰ تا ۱۰۰ است و کسی که نمره بیش‌تر از ۶۱ کسب کند دارای ناگویی خلقی است. ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس ناگویی خلقی تورنتو-۲۰ در پژوهش‌های متعددی بررسی و تأیید شده است (رضازاده، ۱۳۹۲). در نسخه فارسی ناگویی خلقی تورنتو-۲۰ ضرایب آلفای کرونباخ برای ناگویی خلقی ۰/۷۵ و ۰/۷۲ محاسبه شده است که نشانه همسانی درونی خوب مقیاس بر اساس همبستگی (ضریب همبستگی پیرسون) بین ناگویی خلقی کلی و مقیاس‌های هوش هیجانی ( $r=0/80$ )، بهزیستی روان‌شناختی ( $r=0/87$ ) و درماندگی روان‌شناختی ( $r=0/44$ ) بررسی و تأیید شده است. نتایج تحلیل عاملی تأییدی نیز وجود سه عامل دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر برون‌مدار را در نسخه فارسی مقیاس ناگویی خلقی تورنتو-۲۰ تأیید کرده است. اعتبار بازآزمایی این مقیاس در یک نمونه ۶۷ نفری در دو نوبت با فاصله چهار هفته از ( $P=0/80$  تا  $r=0/87$ ) برای ناگویی خلقی کلی و خرده مقیاس‌های مختلف تأیید شده است (بشارت، ۱۳۸۷). شایان ذکر است پایایی پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۶۷ محاسبه شد.

#### مقیاس رفتارهای خودمراقبتی

این مقیاس یک پرسشنامه خود گزارشی است که معیارهای خود مراقبتی بیماران را در طی هفت روز گذشته بررسی می‌کند و ماس موریس (۲۰۰۲) آن را ساخته است و ۲۲ سؤال دارد. در این مقیاس نمره‌گذاری بر اساس طیف لیکرت انجام می‌شود و به هر رفتار یک نمره از صفر (کاملاً مخالفم) تا ۵ (کاملاً موافقم) داده می‌شود و یک نمره تبعیت کلی از طریق جمع کردن نمره‌های هر سؤال به دست می‌آید. امتیاز کل مقیاس بین ۰ تا ۱۱۰ است. اعتبار علمی ابزار به روش اعتبار محتوی تأیید شد؛ به این منظور در مرحله اول با مراجعه به منابع علمی موجود، ابزار تهیه شد؛ سپس به صورتی ساده و روان به فارسی برگردانده شد؛ پس از آن برای نظرسنجی، در اختیار هشت

نفر از اعضای هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل قرار گرفت و پس از جمع‌آوری و اعمال نظرات، ابزار نهایی تهیه شد. اعتماد علمی ابزار با روش آزمون-بازآزمون با ضریب همبستگی ۰/۷۸ و همسانی درونی پرسشنامه با آزمون آلفای کرونباخ ۰/۷۱ تأیید شد (مروتی و همکاران، ۱۳۹۵). شایان ذکر است پایایی پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۱ محاسبه شد.

#### جدول ۱: جلسات آموزش شفقت به خود براساس برنامه آموزشی گیلبرت (۲۰۱۲ ترجمه اثباتی و فیضی، ۱۳۹۵)

|   |
|---|
| «جلسه اول»: موضوع جلسه: مفهوم سازی شفقت. هدف: آشنایی اعضا با تعریف بیماری ام اس، مراقبت از خود، نارسایی هیجانی، شفقت و عدم شفقت با خود و دیگران   |
| «جلسه دوم»: موضوع جلسه: سنجشی از شفقت (مصاحبه مهربانی). هدف: آشنایی با مفاهیم اولیه در درمان شفقت کل، شناخت رنج احساس مهربانی، استدلال مهربانانه، قضاوت کردن رفتار مهربانانه و التیام رنج و اینکه هر فرد به سطحی از سنجش شفقت با خود و دیگران دست یابد.           |
| «جلسه سوم»: موضوع: وجه مشترک انسان ها و مهارت‌های مختلف ذهن شفقت آمیز. هدف: در این جلسه مراجعان پی بردند که وجه مشترک همه انسان‌ها رنج‌های گوناگونی است که از بدو تولد متحمل می‌شوند.   |
| «جلسه چهارم»: موضوع جلسه: آموزش ذهن آگاهی و مهارت‌های آن همراه با تمرین وارسی بدنی و تنفس. آموزش چگونگی تحمل موقعیت اضطراب از و چیره شدن بر آن‌ها، آموزش مدیریت هیجان. پرورش و درک اینکه دیگران نیز نقایص و مشکلاتی دارند   |
| «جلسه پنجم»: موضوع جلسه: آموزش خویشتن پذیری و خودمراقبتی و مزایای آن. بیان معایب خویشتن‌پذیری پایین و عزت نفس، آموزش روش‌های تقویت حس خویشتن‌پذیری  |
| «جلسه ششم»: عنوان جلسه: مراقبت از خود. هدف: در این مرحله از مراجع انتظار می‌رود که حیطه‌های مهم زندگی خود را بشناسد و از آن مراقبت کند. همچنین موقعیت‌های بروز اضطراب را شناخته و آمادگی قبلی داشته باشد. در نتیجه می‌تواند در موقعیت‌ها تحمل پریشانی داشته باشد. |
| «جلسه هفتم»: عنوان جلسه: شناخت فرد مهربان و مسیر زندگی او. هدف: آشنایی با ویژگی‌های فرد مهربان و شناخت مسیرهای مهم زندگی و اشاره‌ای به شش مهارت التیام بخش.   |
| «جلسه هشتم»: عنوان جلسه: استدلال مهربانانه. هدف: مراجع با اولین مهارت التیام بخش شفقت آشنا می‌شود.  |
| «جلسه نهم»: عنوان جلسه: توجه مهربانانه به احساسات و هیجانات دومین مهارت التیام بخش شفقت. هدف جلسه: آشنایی با دومین مهارت التیام شفقت  |
| «جلسه دهم»: عنوان جلسه: احساس مهربانانه به عنوان مهارت التیام بخش در شفقت   |
| «جلسه یازدهم»: عنوان جلسه: آشنایی با تجربه حسی و قصور مهربانانه به عنوان مهارت‌های التیام بخش شفقت. شرح جلسه: بعد از سلام و احوالپرسی و بازخورد از مراجعان درباره تکالیف جلسه قبل.  |
| «جلسه دوازدهم»: عنوان جلسه: آشنایی با رفتار مهربانانه است و به عنوان مهارت‌های التیام بخش شفقت  |

جدول ۲: آمارهای توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش

| گروه   | متغیر          | نوع آزمون | میانگین | انحراف معیار |
|--------|----------------|-----------|---------|--------------|
| کنترل  | نارسایی هیجانی | پیش آزمون | ۶۸/۷۰   | ۱۱/۴۸۷       |
|        |                | پس آزمون  | ۶۷/۸۳   | ۱۱/۱۴۳       |
|        | مراقبت از خود  | پیش آزمون | ۶۴/۶۶   | ۱۵/۱۱۲       |
|        |                | پس آزمون  | ۶۸/۶۶   | ۱۵/۰۳۱       |
| آزمایش | نارسایی هیجانی | پیش آزمون | ۷۲/۵۶   | ۸/۳۷۳        |
|        |                | پس آزمون  | ۵۷/۴۲   | ۹/۸۶۹        |
|        | مراقبت از خود  | پیش آزمون | ۵۸/۷۳   | ۸/۷۴۶        |
|        |                | پس آزمون  | ۸۳/۵۳   | ۱۰/۷۰۹       |

مطابق با نتایج جدول می‌توان گفت: میانگین نمره نارسایی هیجانی گروه آزمایش در پیش‌آزمون (۷۲/۵۶) و پس‌آزمون (۵۷/۴۲) بوده است. همچنین میانگین نمره مراقبت از خود گروه آزمایش در پیش‌آزمون (۵۸/۷۳) و پس‌آزمون (۸۳/۵۳) بوده است. اما در گروه کنترل میانگین نمره نارسایی هیجانی در پیش‌آزمون (۶۸/۷۰) و پس‌آزمون (۶۷/۸۳) بوده است. همچنین میانگین نمره مراقبت از خود گروه کنترل در پیش‌آزمون (۶۴/۶۶) و پس‌آزمون (۶۸/۶۶) بوده است. جهت بررسی استنباطی داده‌ها از تحلیل کواریانس استفاده شد، که پیش از اجرای آن، پیش‌فرض‌های آن ارائه می‌شود.

جدول ۳: نتایج آزمون کولموگروف - اسمیرنوف برای بررسی وضعیت نرمال بودن داده‌های پژوهش

| متغیر          | نوع آزمون | درجه آزادی | آماره کولموگروف | معناداری |
|----------------|-----------|------------|-----------------|----------|
| نارسایی هیجانی | پیش آزمون | ۳۰         | ۰/۰۹۱           | ۰/۲۰۰    |
|                | پس آزمون  | ۳۰         | ۰/۱۰۱           | ۰/۲۰۰    |
| مراقبت از خود  | پیش آزمون | ۳۰         | ۰/۱۶۰           | ۰/۰۷۴    |
|                | پس آزمون  | ۳۰         | ۰/۱۴۷           | ۰/۰۹۷    |

طبق نتایج جدول فوق، آزمون کولموگروف - اسمیرنوف نشان داد که سطوح معناداری به‌دست آمده درباره هر یک از متغیرهای پژوهش (نارسایی هیجانی، مراقبت از خود) در پیش‌آزمون و پس‌آزمون بیش‌تر از ۰/۰۵ است. لذا پیش‌فرض نرمال بودن برقرار است و اجرای آزمون‌های پارامتریک بلامانع است ( $P > 0.05$ ). در گام بعدی پیش‌شرط تساوی واریانس‌ها با استفاده از آزمون لوین بررسی شد.

جدول ۴: نتایج آزمون لوین (برابری واریانس‌ها) مربوط به متغیرهای پژوهش

| متغیر          | F آماره | درجه آزادی اول | درجه آزادی دوم | سطح معناداری |
|----------------|---------|----------------|----------------|--------------|
| نارسایی هیجانی | ۰/۸۱۳   | ۱              | ۲۸             | ۰/۳۰۰        |
| مراقبت از خود  | ۱/۰۷۴   | ۱              | ۲۸             | ۰/۱۰۰        |

نتایج درج شده در جدول فوق نشان می‌دهد که فرض برابری واریانس‌ها درباره کلیه متغیرهای پژوهش (نارسایی هیجانی، مراقبت از خود) سطح معناداری به دست آمده بیش‌تر از ۰/۰۵ است، لذا پیش شرط همگنی واریانس‌ها برقرار است.

جدول ۵: نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری مربوط به تأثیر آموزش شفقت به خود بر نارسایی هیجانی و مراقبت از خود

| آزمون               | مقدار ویژه | F      | درجه آزادی ۱ | درجه آزادی ۲ | سطح معناداری | اندازه تأثیر | توان آماری |
|---------------------|------------|--------|--------------|--------------|--------------|--------------|------------|
| آزمون لامبدای ویلکز | ۰/۱۸۸      | ۳۳/۱۳۲ | ۳            | ۲۳           | ۰/۰۰۰        | ۰/۸۱۲        | ۱/۰۰۰      |

جدول فوق نتایج آزمون چندمتغیری را گزارش می‌کند. همان‌طور که مشاهده می‌شود، سطح معناداری F کم‌تر از ۰/۰۵ است ( $F = ۳۳/۱۳۲$  و  $p = ۰/۰۰۰$ ) که نشان می‌دهد آموزش شفقت به خود بر متغیر وابسته مرکب (نارسایی هیجانی، مراقبت از خود) تأثیر معنادار دارد. در ادامه خلاصه نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر آموزش شفقت به خود بر نارسایی هیجانی، مراقبت از خود به تفکیک آمده است.

جدول ۶: نتایج تحلیل کوواریانس بین گروهی نمرات پس آزمون نارسایی هیجانی، مراقبت از خود

| منبع تغییرات   | متغیر     | مجموع مربعات | درجه آزادی | میانگین تغییرات | F      | سطح معنی داری | اندازه تأثیر | توان آماری |
|----------------|-----------|--------------|------------|-----------------|--------|---------------|--------------|------------|
| نارسایی هیجانی | پیش آزمون | ۲۰۲۷/۶۴۳     | ۱          | ۲۰۲۷/۶۴۳        | ۶۸/۳۱۸ | ۰/۰۰۰         | ۰/۷۳۲        | ۱/۰۰۰      |
|                | گروه      | ۹۱۸/۵۷۷      | ۱          | ۹۱۸/۵۷۷         | ۳۰/۹۵۰ | ۰/۰۰۰         | ۰/۵۵۳        | ۱/۰۰۰      |
| مراقبت از خود  | پیش آزمون | ۱۷۸۸/۳۱۴     | ۱          | ۱۷۸۸/۳۱۴        | ۲۵/۳۶۰ | ۰/۰۰۰         | ۰/۵۰۴        | ۰/۹۹۸      |
|                | گروه      | ۱۸۷۱/۶۹۷     | ۱          | ۱۸۷۱/۶۹۷        | ۲۶/۵۴۳ | ۰/۰۰۰         | ۰/۵۱۵        | ۰/۹۹۹      |

همان‌طور که نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که در نارسایی هیجانی، بعد از حذف اثر پیش‌آزمون‌ها، اثر گروه بر نمره‌های پس آزمون معنادار است ( $F = ۳۰/۹۵۰$  و  $p = ۰/۰۰۰$ ) که میزان تأثیر آن نیز ۱/۰۰۰ است. همچنین در خودمراقبتی اثر تأثیر آموزش شفقت به خود بر نمره‌های مراقبت از خود معنادار ( $F = ۲۶/۵۴۳$  و  $p = ۰/۰۰۰$ ) و میزان تأثیر آن نیز ۰/۹۹۹ است. بنابراین، فرضیه پژوهش مبنی بر تأثیر آموزش شفقت به خود بر نارسایی هیجانی و مراقبت از خود در زنان مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس تأیید می‌شود.



## بحث و نتیجه گیری

نتایج پژوهش نشان داد که آموزش شفقت به خود باعث کاهش نارسایی هیجانی در افراد مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس می‌شود.

این یافته با بسیاری از پژوهش‌های مشابه برای مثال نتایج پژوهش قطور، پوریچی، داورنیا، سلیمی و شاکرمی (۱۳۹۷)، لانگ فرانس و کریسته<sup>۱</sup> (۲۰۲۱) و سامرز-اسپیکرمن، ترامپتر، اسکرورز و بالمیجر (۲۰۱۸) همسو بوده است.

افراد دارای نارسایی هیجانی ناتوانی‌های بسیاری در بحث هیجانات دارند. آن‌ها در تشخیص اینکه دقیقاً چه احساسی دارند و یا دلیل وجود احساس خاصی در خود ناتوان هستند، زیرا در برقراری ارتباط بین حالت‌های احساسی خود و موقعیت‌های خاص یا انتظارات ایجاد کننده این احساسات ناتوان هستند. به عبارتی آن‌ها می‌توانند احساس ناراحتی خود را گزارش کنند، ولی نمی‌توانند تشخیص بدهند که ناراحتی‌شان به چه دلیل است. ناتوانی در تشخیص علت هیجانات ممکن است مانع از هماهنگی سازگاران و مؤثر با موقعیت‌ها شود و تداوم این احساسات منفی و ناراحتی مشکلاتی برای سلامت روان فرد ایجاد کند. افراد دارای نمرات بالا در مقیاس نارسایی هیجانی گزارش می‌کنند که قادر نیستند تصورات ذهنی ایجاد یا آن‌ها را حفظ کنند، در طی یک فرآیند کم‌تر از دیگران درگیر تصورات می‌شوند یا تصورات ضعیفی دارند. آن‌ها نمی‌توانند حالت‌های هیجانی خود را متصور شوند، چیزی که برای افراد عادی بسیار ساده است. آن‌ها تصورات واضح و روشنی نیز ندارند و حتی بدکارکردی‌هایی در رؤیاهای شبانه نیز نشان می‌دهند و اغلب رؤیاهای خسته‌کننده و بی‌معنی را تجربه می‌کنند. از طرفی به کمک مداخلات روان‌شناختی همچون آموزش شفقت به خود افراد می‌توانند هیجانات خود را ابراز و مدیریت کنند. ساختار خود شفقت‌ورزی با مهارت‌های تنظیم هیجانی و مهارت‌های مقابله‌ای مطابقت دارد. نظم‌دهی هیجانی به فرآیندی اشاره دارد که در آن فرد به هیجانات‌شان توجه کرده و شدت و مدت برانگیختگی هیجاناتش را مدیریت می‌کند و ماهیت و معنای حالت‌های احساسی خود را با توجه به شرایط استرس‌زا و پربشانی پیش آمده تنظیم می‌کند، به طور سنتی، مهارت‌های مقابله‌ای متمرکز بر هیجانات به صورت اجتناب هیجانی در نظر گرفته می‌شود. بنابراین، واکنش هیجانی به مشکلات به شکل مکانیزم‌های دفاعی به کار می‌روند که به جای رویارویی مستقیم با مشکلات توجه فرد را از آن‌ها منحرف می‌کند (پیتر و بائر<sup>۲</sup>، ۲۰۱۶). استنتون و همکاران (۲۰۰۰) نشان دادند که راهبردهای مقابله‌ای با رویکرد هیجانی، که در آن فرد به طور جدی تلاش می‌کند تا نسبت به هیجاناتش آگاه باقی بماند، با آن مواجه شود و آن را درک کند با سازگاری مثبت روان‌شناختی ارتباط دارد (به نقل از نوربالا، ۱۳۹۲). خود شفقت‌ورزی به شکل‌های گوناگونی می‌تواند به عنوان راهبرد مقابله‌ای با رویکرد هیجانی در نظر گرفته شود. خود شفقت‌ورزی نیازمند آگاهی به هوشیار هیجانات فرد است. بنابراین، از احساسات دردناک و مضطرب کننده اجتناب نمی‌شود، در عوض فرد رویکردی مهربان همراه با فهم و درک حس مشترک بودن را اتخاذ می‌کند. بنابراین، هیجانات منفی تبدیل به حالت‌های احساسی مثبت شده و اجازه می‌دهد فرد موقعیت فوری را به وضوح درک

<sup>1</sup>. Long Franco and Christie

<sup>2</sup>. Peter and Baler

کرده و واکنش‌های لازم برای تغییر خود یا تغییر محیط را به شکلی مؤثر و مناسب اتخاذ کند. هیجان‌ها می‌توانند بر انگیزه‌ها و اهداف ما و آن‌چه تأثیرگذار باشد که به وسیله آن‌ها در مسیر رشدمان به دست می‌آوریم. بنابراین، انگیزه‌ها و اهداف زندگی ما را محدود به موقعیت‌ها می‌کنند و هیجان‌ها آن چیزی هستند که در طی مسیر همراه ما هستند. پس این موضوع دارای اهمیت است که ما درک کنیم در هر موقعیتی چه هیجان‌هایی را با چه میزان تجربه می‌کنیم. فرد از طریق شفقت ورزیدن به خود، امنیت هیجانی به وجود می‌آورد که بتواند بدون ترس از سرزنش خویش، خودش را به وضوح ببیند و فرصت پیدا می‌کند تا با دقت بیش‌تری الگوهای ناسازگار فکری و هیجانی و رفتاری‌اش را درک و اصلاح کند. بنابراین، افرادی که شفقت به خود را فرا می‌گیرند و به کار می‌بندند، توانایی لازم را برای تنظیم و کنترل هیجان‌اتشان نیز کسب می‌کنند.

از سوی دیگر نتایج نشان داد که آموزش شفقت به خود باعث افزایش رفتارهای مراقبت از خود در بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس می‌شود. این یافته با دیگر پژوهش‌ها مانند نتایج پژوهش صالح‌آبادی و نامعی (۱۳۹۹)، قطور، پوریحیی، داورنیا، سلیمی و شاکرمی (۱۳۹۷)، ویلسون، مکینتاش، پاور و چان (۲۰۱۹) و وانگ، چن، پون، تنگ و جین (۲۰۱۷) همخوانی داشته است.

تبعیت از رفتارهای مراقبت از خود در مبتلایان به بیماری‌های مزمن همچون ام‌اس از اهمیت به‌سزایی برخوردار است و بیماران می‌توانند با کسب مهارت‌های مراقبت از خود بر آسایش، توانایی‌های عملکردی و فرایندهای بیماری خود تأثیرگذار باشند. مراقبت از خود در بیماری‌های مختلف بر مواردی چون رژیم غذایی و دارویی، محدودیت سدیم و مایعات، میزان فعالیت‌های مجاز، توزین روزانه، جستجو و تصمیم‌گیری برای اقدامات مناسب درمانی، در هنگام بروز شدید بیماری دلالت می‌کند و اصل مهم در خودمراقبتی، مشارکت و قبول مسئولیت از طرف خود بیمار است تا با انجام صحیح رفتارهای مربوط به آن، بسیاری از عوارض بیماری قابل کنترل شود (جادکینز دیتون و گراد، ۲۰۱۵).

از سوی دیگر بدیهی است که انسان‌ها هم به وسیله عوامل بیرونی و هم عوامل درونی مانند ترس، اضطراب (اضطراب به دلیل مضطرب شدن) یا افکار مزاحم نیز می‌توانند تهدید شوند. هیجان‌ها و حالات آزردهنده می‌توانند حتی پس از اتمام تهدید نیز در فرد به وجود بیایند. رفتارهای تهدیدکننده اگر چه می‌توانند رفتارهای برانگیخته شده در زمان دعوا و فرار باشند، اما می‌توانند رفتارهای بی‌اثر و به صورت شکست، ناامیدی و درماندگی نیز نمود پیدا کنند. گیلبرت و آپرونز (۲۰۱۸) استدلال می‌کنند که شفقت به خود یک ظرفیت تکامل یافته است که از سیستم‌های رفتاری مثل دلبستگی و وابستگی پدیدار می‌شود. به دنبال نزدیکی و آرام گشتن از مراقبان به‌منظور ارائه یک پایگاه امن برای عملیات در جهان، یک رفتار از پستانداران است. در پستانداران، بقا به گزینه «تمایل داشتن و دوست شدن» بستگی دارد. در زمان تهدید یا استرس، حیواناتی که از فرزندان خود محافظت می‌کنند و به صورت گروه‌های تعاونی زندگی می‌کنند، بیش‌تر تمایل به انتقال موفق ژن خود به نسل‌های آینده دارند. در میان انسان‌ها، حس دلبستگی ایمن و تعلق است که از سیستم نظارت ظهور می‌یابد که احساس امنیت، بودن در میان محبت و مراقبت، افزایش شادی و کاهش اضطراب و افسردگی را تولید می‌کند. به همین دلیل، افرادی که در محیط‌های امن و ایمن بزرگ می‌شوند و کسانی که تجربه رابطه حمایت‌کننده و قابل اطمینان با مراقبان را

داشتند باید بیش تر قادر به ارتباط با خود به شیوه مراقبت و مهربان باشند. در مقابل، افرادی که در محیط‌های نا امن، استرس‌زا، یا تهدیدکننده بزرگ می‌شوند، تمایل به داشتن یک سیستم خود تسکین‌دهنده کم توسعه‌یافته و چند مدل درونی از دلسوزی به منظور مستقل بودن دارند.

آموزش شفقت به خود سبب گسترش مهربانی و درک خویش و پرهیز از انتقاد و قضاوت‌های ناگوار درباره خود می‌شود؛ لذا موجب می‌شود افراد در هنگام تجربه درد، خودتنظیمی مثبتی از خویش نشان دهند، همچنین با افزایش عزت‌نفس در فرد باعث می‌شود، نگرش‌های صمیمانه‌اش در جهت زندگی هدف‌مندتر ارتقاء پیدا کند. باید گفت، آموزش شفقت به خود در این گروه سبب تسهیل پذیرش بیشتر بازخوردهای مثبت و توانایی برخورد با بازخورد خنثی می‌شود؛ بنابراین، خودشفقت‌ورزی می‌تواند از راه‌های مختلف به عنوان راهبرد تنظیم هیجان در نظر گرفته شود که در آن از تجربه هیجان‌های آزاردهنده و نامطلوب جلوگیری نمی‌شود؛ بلکه تلاش بر این است تا احساسات به صورتی مهربانانه پذیرش شود که در خلال آن احساسات منفی به احساسات مثبت تبدیل شده و فرد راه‌های جدیدی برای مقابله پیدا می‌کند. بنابراین، افرادی که خودشفقت‌ورزی بیش‌تری نسبت به خود دارند، رفتارهای خودمراقبتی بیش‌تری نیز خواهند داشت و در راستای پذیرش خود و شفقت نسبت به خود، در برابر بیماری‌های نیز از خود مراقبت بیش‌تری نشان می‌دهند. بنابراین، با توجه به کارایی و تأثیر فوق‌العاده این روش، توصیه می‌شود از این درمان، برای سایر بیماری‌های مزمن نیز استفاده شود. از محدودیت‌های پژوهش می‌توان به شرایط کرونا و دشواری در انتخاب نمونه و همکاری آزمودنی‌ها اشاره کرد، یکی دیگر از محدودیت‌های پژوهش، محدودیت زمانی و عدم اجرای آزمون‌های پیگیری بود. یکی دیگر از نکات مهم پژوهش‌های آموزشی و درمانی عدم آگاهی دو جانبه پژوهشگر و آزمودنی‌ها از نتایج ارزیابی‌های اولیه و ارزیابی‌های مرحله پایانی دوره آموزش است. به دلیل محدودیت‌های مختلف در این تحقیق، پیش‌آزمون و پس‌آزمون توسط پژوهشگران اجرا شد. لذا پیشنهاد می‌شود برای تعمیم‌پذیری هر چه بیش‌تر نتایج پژوهش، در پژوهش‌های آتی به آزمون مداخله مورد نظر بر سایر بیماران مزمن اقدام شود. همچنین پیشنهاد می‌شود علاوه بر اجرای آزمون‌های پیگیری، از تحقیقات دوسر کور استفاده گردد تا پایایی و روایی پژوهش افزایش یابد.

## فهرست منابع

- آقاجانی، سیفاله و صمدی فرد، حمیدرضا (۱۳۹۷). نقش نارسایی شناختی، نارسایی هیجانی و انعطاف پذیری شناختی در پیش بینی سلامت اجتماعی سالمندان. *فصلنامه تازه های علوم شناختی*. ۲۰ (۴) ۶۲-۷۱.
- برقی ایرانی، زیبا، بختی، مجتبی، بگیان، محمدجواد و کرمی، شجاع (۱۳۹۳). ارتباط ابعاد پنج گانه شخصیت و آلکسی تایمیا با سلامت روان بیماران اسکلروز مولتیپل. *روان شناسی سلامت*، ۳ (۱۰)، ۶۴-۷۹.
- بشارت، محمدعلی (۱۳۸۷). نارسایی هیجانی و سبک های دفاعی. *اصول بهداشت روانی*، ۱۰ (۳)، ۱۸۱-۱۹۰.
- بهتویی سواره، سیده زهرا (۱۳۹۶). پیش بینی خستگی در بیماران ام اس بر اساس رفتارهای خودمراقبتی و عملکرد خانواده. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه پیام نور امل.
- رستم نژاد، مریم، طیبی، افشین، ابوالقاسمی، شهنام و ابراهیمی راد، رضا (۱۴۰۰). ارائه الگوی ساختاری تبیین کننده کیفیت زندگی افراد مبتلا به ام اس بر اساس سبک زندگی با میانجی گری سرمایه روان شناختی، *فصلنامه خانواده و پژوهش*، ۱۸ (۵۰)، ۸۷-۹۹.
- حسینی نژاد، مظفر، سعادت، سجاده، بخشی پور، حورا و نصیری، پریا (۱۴۰۰). شیوع و بروز بیماری مولتیپل اسکروزیس در استان گیلان. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد*، ۲۹ (۱)، ۳۸-۴۷.
- سلیمان آبادی، فاطمه و سلیمان آبادی، سحر (۱۳۹۸). تأثیر به کارگیری الگوی خودمراقبتی اورم بر بهبود کیفیت خواب بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. دوازدهمین همایش تازه های علوم بهداشتی کشور، تهران - دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی.
- سلیمی، آرمان، ارسلان ده، فرشته، زهراکار، کیانوش، داورنیا، رضا و شاکرمی، محمد (۱۳۹۷). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر سلامت روان زنان مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس. *افق دانش*، ۲۴ (۲)، ۱۲۵-۱۳۲.
- سیاروچی، ژ؛ فورگاس، ژ. و مایر، ژ. (۱۳۹۸). *هوش عاطفی در زندگی روزمره*. ترجمه: اصغر امامزاده و حبیب الله نصیری تهران: شهریار.
- صالح آبادی، اعظم و ناعمی، علی محم. (۱۳۹۹). تأثیر آموزش شفقت به خود بر امیدواری و باورهای غیرمنطقی مادران کودکان مبتلا به ناتوانی یادگیری. *فصلنامه علمی پژوهشی روان شناسی افراد استثنایی*، ۱۰ (۳۹)، ۱۵۷-۱۷۸.
- قطور، زینب، پوریحیی، سید مصطفی، داورنیا، رضا؛ سلیمی، آرمان و شاکرمی، محمد (۱۳۹۷). تأثیر درمان متمرکز بر شفقت بر تاب آوری زنان مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس. *ارمغان دانش*، ۲۳ (۳)، ۳۶۳-۳۵۰.
- گیلبرت، پل. (۱۳۹۵). *درمان متمرکز بر شفقت*. ترجمه فیضی، علی و اثباتی، مهرنوش. تهران: ابن سینا.
- مروتی، محمدعلی، مؤمنی، زینب، اسلامی، محمدحسن، دهقانی، عارفه و حکیمزاده، علی (۱۳۹۵). بررسی عوامل مرتبط با خود مراقبتی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس شهر یزد بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی. *دو ماهنامه علمی پژوهشی طلوع بهداشت یزد*، ۱۵ (۲)، ۸۲-۹۳.



مطهری نژاد، فاطمه، پروانه، شهریار و قهاری، ستاره (۱۳۹۵). خستگی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس: علل، ارزیابی و درمان. *مجله علوم پیراپزشکی و توانبخشی مشهد*، ۵ (۱)، ۷۳-۸۱.  
 نوربالا، فاطمه (۱۳۹۲). بررسی اثربخشی مدل درمانی پرورش ذهن شفقت‌ورز بر میزان افسردگی، اضطراب، خودانتقادی (در دو سطح مقایسه‌ای و درونی‌شده) و نشخوارفکری بیماران افسرده. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علامه طباطبایی.

- Aghajani, S. and Samadifard, H. (2019). The role of cognitive impairment, emotional insufficiency and cognitive flexibility in predicting the social health of the elderly. *Cognitive Science News Quarterly*, 20 (4), 62-71.
- Aggleton, P. and Chalmers, H. (2013). *Nursing models and the nursing process*. Houndmills: Macmillan Education.
- Barghi Iranian, Z.; Bakhti, M.; Begian, M.J and Karami, S. (2016). Relationship between the five dimensions of personality and alexithymia with mental health in patients with multiple sclerosis. *Health Psychology*, 3 (10), 79-64.
- Behtoui Savareh, Seyedeh Zahra. (2018). Prediction of fatigue in MS patients based on self-care behaviors and family functioning. Master Thesis. *Payame Noor Amol University*.
- Benzo, R., Kirsch, J., Abascal-Bolado, B. and Dulohery, M., M. (2016). impact of self-compassion on quality of life, emotions and selfmanagement abilities in COPD. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 191, 61-84.
- Besharat, M.A. (2009). Emotional insufficiency and defensive styles. *Principles of Mental Health*, 10 (3), 190-181.
- Bouchard, G. (2010). Alexithymia among students and professional in function of disciplines. *Social behavior and personality*, 36 (3), 303-314.
- Ching-Hsing, H. and Meei-Ling, G. (2006). The development and psychometric testing of a self-care scale for dysmenorrhic adolescents. *J Nurs Res*; 12(2), 119-30.
- DeHaan, H., Joosten, E., Wijdeveld, T., Boswinkel, P., van der Palen, J. and De Jong, C. (2012). Alexithymia is not a stable personality trait in patients with substance use disorders. *Psychiatry research*, 198 (1), 123-129.
- Qutur, Z.; Purihi, M.; Davarnia, Reza; Salimi, A. and Shakermi, M. (2019). The effect of compassion-focused therapy on resilience in women with multiple sclerosis. *The Gift of Knowledge*, 23 (3): 350-363.
- Gilbert, P. and Irons, C. (2018). *Focused therapies and compassionate mind training for shame and self-attacking*. In P. Gilbert, (Ed.), *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy* (pp. 163-312). London: Routledge.
- Gilbert, P. (2012). *Compassion-focused treatment*. Translated by Faizi, Ali and Esbati, Mehrnoosh. (1395). *Publisher Ibn Sina*.
- Hosseini Nejad, M; Saadat, S; Bakhshipour, H and Nasiri, P. (2021). Prevalence and incidence of multiple sclerosis in Guilan province. *Scientific Research Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd*. 29 (1). 38-47.
- Judkins, F. A., Deaton, C. and Grady, K.L. (2015). State of the science for cardiovascular nursing outcomes, heart failure. *The Journal of Cardiovascular Nursing*; 19, 329-38.
- Long Franco, Ph and Christie, L. M. (2021). Effectiveness Of a One Day Self- Compassion Training for pediatric Nurses Resilience. *Journal of Pediatric Nursing*. 61 (1): 109-114.
- Kenner, M and Menon, U. (2010). Multiple sclerosis as a painful disease. *Int Rev Neurobiol*, 79: 303-21.
- Motahari Nejad, F., Parvaneh, S. and Ghahari, S. (2017). Fatigue in patients with multiple sclerosis: Causes, evaluation and treatment. *Mashhad Journal of Paramedical Sciences and Rehabilitation*, 5 (1), 81-73.

- Morwati, M., Mo'meni, Z., Islami, M.H., Dehghani, A. and Hakimzadeh, A. (2017). Evaluation of self-care-related factors in patients with multiple sclerosis in Yazd based on health belief model. *Tolo Health Journal of Yazd*, 15 (2), 93-82.
- Noor Bala, F. (2014). Evaluation of the effectiveness of the compassionate mind cultivation treatment model on the rate of depression, anxiety, self-criticism (in both comparative and internalized levels) and rumination of depressed patients. Master Thesis. *Allameh Tabatabaei University*.
- Peters, J. R. and Baer, R. A. (2016). Mindfulness and self-compassion as predictors of psychological wellbeing in long - term meditators and matched nonmeditators. *The Journal of Positive Psychology*, 11, 132-138.
- Rostamnejad, M., Taybi, A., Abolghasemi, S. and Ebrahimi Rad, R. (2021). Provide a structural model explaining the quality of life of people with MS based on lifestyle mediated by psychological capital. *Family and Research Quarterly*. 18 (50), 87-99.
- Salehabadi, A and Naemi, A.M. (2020). The effect of self-compassion training on the hopes and irrational beliefs of mothers of children with learning disabilities. *Journal of Exceptional Psychology*. 10 (39). 157-178.
- Salimi, A., Arsalan Deh, F., Zaharakar, K., Davarnia, R. and Shakermi, M. (2019). The effectiveness of compassion-focused therapy on the mental health of women with multiple sclerosis. *Knowledge Horizon*, 24 (2), 132-125.
- Sidani, S. (2013). *Self-care in D.M. Nursing- Sensitive Outcomes*. Sudbury, Massachusetts, Jones and Bartlett.
- Siaruchi, J.; Furgas, Zh. And Meyer, J. (2012). Emotional intelligence in everyday life. Translation: Asghar Imamzadeh and Habibollah Nasiri (2019). *Tehran: Shahriar*.
- Taylor, G. J. (2004). The alexithymia construct: Conceptualization, validation, and relationship with basic dimensions of personality. *New trends in experimental and clinical psychiatry*; 10: 61-74.
- Tolijamo M and Hentinen M (2006). Adherence to self-care and social support. *Journal of Clinical Nursing*; 10, 618-27.
- Wilson, A. C., Mackintosh, K., Power, K. and Chan, S. (2019). Effectiveness of Self-Compassion Related Therapies: a Systematic Review and Meta-analysis. *Mindfulness*, 10 (6), 995-979.