

مقایسه حافظه شرح حال، بهوشیاری و نشخوار فکری در دو گروه بیماران با افراد عادی MS
*Compare autobiographical memory, mindfulness and rumination
in Ms's patients and normal people*

Fateme Ebrahimi

M.A. in-clinical psychology, Islamic Azad University,
Garmsar Branch, Garmsar, Iran

Davood Manavipour

Associate Prof. Dept. of Psychology, Islamic Azad
University, Garmsar Branch, Garmsar, Iran

فاطمه ابراهیمی

کارشناس ارشد روانشناسی بالینی - دانشگاه آزاد اسلامی واحد گرمسار،
گرمسار، ایران

دکتر داود معنوی پور

دانشیار گروه روانشناسی - دانشگاه آزاد اسلامی واحد گرمسار، گرمسار، ایران

Abstract:

The aim of this project is the difference between autobiographical memory, Bhshyary, rumination of, patients with MS are normal people. In the category of causal-comparative study (after an event) is placed. The population in this research, the MS Society of Iran, and university students were selected from 100 women in the age group 20-39 years (50 female students, 50 subjects a MS). In this study, non-random sampling method is available. In order to collect data in this study autobiographical memory questionnaire (AMT) Williams and Broadbent, mindfulness questionnaire Salima God garrison and RRS are used. The hypothesis using multivariate analysis of variance (MANOVA) is obtained. According to the statistical results, with a mean autobiographical memory in normal group compared to MS And more Mindfulness overall score in the normal group compared to MS more. Of significant differences in rumination subscales reflect the normal group compared to MS more. As a result, normal subjects compared with MS and groups of autobiographical memory, and rumination Bhshyary more than

Key words: autobiographical memory, consciousness, rumination

چکیده:

هدف: هدف از انجام این پروژه بررسی تفاوت بین حافظه شرح حال، بهوشیاری، نشخوار فکری مکرر، بیماران دچار MS با افراد عادی بود.

روش تحقیق: پژوهش حاضر در مقوله مطالعات علی مقایسه‌ای (پس رویدادی) قرار گرفته است. جامعه آماری در این پژوهش، انجمن MS ایران، و دانشجویان دانشگاه آزاد اسلام انتخاب شدند که 100 نفر زن در گروه سنی ۲۰-۳۹ سال بودند (۵۰ نفر دانشجوی زن، ۵۰ نفر افراد دارای MS). روش نمونه برداری در پژوهش حاضر روش غیر تصادفی در دسترس بود. به منظور جمع آوری اطلاعات در این پژوهش از پرسشنامه حافظه شرح حال (AMT) ویلیامز و برودبنت، پرسشنامه بهوشیاری سلیمه خدایی ساخلو و پرسشنامه نشخوار فکری استفاده شده است.

یافته‌ها: فرضیه پژوهش با استفاده از روش آزمون تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) به دست آمده است. با توجه به داده‌های آماری، حافظه شرح حال با میانگین و انحراف در گروه عادی نسبت به گروه MS بیشتر است و همچنین نمره کلی بهوشیاری در گروه عادی نسبت به گروه MS بیشتر است از بین خرده مقیاس‌های نشخوار فکری خرده مقیاس تأمل در گروه عادی نسبت به گروه MS بیشتر است. نتیجه گیری: در نتیجه گروه افراد عادی که با گروه MS مورد مقایسه قرار گرفتند از حافظه شرح حال، بهوشیاری و نشخوار فکری بیشتری نسبت به گروه نامبرده برخوردارند.

واژگان کلیدی: حافظه شرح حال، بهوشیاری، نشخوار فکری

مقدمه

ام اس^۲ یک بیماری میلین زدای سیستم عصبی مرکزی است. این بیماری یکی از شایع‌ترین بیماری‌های نورولوژیک در انسان بوده و ناتوان‌کننده‌ترین بیماری سنین جوانی است. در این بیماری پوشش میلین سیستم عصبی مرکزی از قبیل مغز. عصب بینایی^۳ نخاع شکی^۴ دچار آسیب می‌شود. و در زنان حدود ۲ برابر مردان شایع است (۱). در این بیماران خستگی یکی از شایع‌ترین و ناتوان‌کننده‌ترین علائم می‌باشد که باعث ایجاد اختلال در کار، فعالیت اجتماعی و عملکرد روزانه این بیماران می‌باشد (۲). حدود ۸۰٪ بیماران از خستگی شکایت می‌کنند و گزارش می‌شود که خستگی اولین و آزار دهنده‌ترین علامت یک سوم تا نیمی از بیماران می‌باشد (۳). در یک بررسی^۳ آشکار شد که خستگی جسمی یا ناتوانی جسمی و خستگی روانی با افسردگی در این بیماران ارتباط دارند. خستگی جسمانی پیشینی کننده ناتوانی فیزیکی در یک سال بعد می‌باشد. خستگی. تاثیر قابل ملاحظه‌ای در زندگی روزمره این بیماران دارد، مانع فعالیت‌های فیزیکی شده و در مسئولیت پذیری، کار و نقش‌های اجتماعی تداخل ایجاد می‌کند که می‌تواند سبب نارضایتی از کیفیت زندگی در این بیماران شود. از آنجایی که این بیماران هم بایستی با استرس‌های زندگی روزمره و هم با استرس‌های ناشی از علائم بیماری که نوسان و غیر قابل پیش‌بینی هستند، مقابله کنند. بنابراین، پیشرفت بیماری ممکن است با کار، زندگی خانوادگی و فعالیت‌های اجتماعی تداخل کند. هدف مداخلات روان‌شناختی کمک به این افراد به منظور مقابله با چالش‌های فوق می‌باشد (۴).

رشد و گسترش روان‌شناسی شناختی و روشمند شدن مطالعات و تحقیقات مربوط به آن در طی چند دهه گذشته حوزه‌های مختلف روان‌شناسی را تحت تأثیر قرار داده است. در این میان آسیب‌شناسی روانی نیز از این قاعده مستثنی نبوده و بیشترین اثر پذیری را داشته است. به طوری که، می‌توان در سبب‌شناسی، شکل‌گیری و تکوین، مداخله و درمان اختلالات هیجانی تغییرات اساسی و ساختاری به وجود آورد. در همین رابطه طی چند دهه گذشته محققان شناختی و بالینی با هدف ارائه یک شرح منطقی متکی بر زیر بنای نظری - علمی استوار به نظریه‌های یکسانی دست یافته‌اند، که دست آورد مهم آن، ایجاد حداقل سه مدل حافظه (مدل شبکه‌ای تداعی، مدل پردازش راهبردی و مدل‌های طرحواره) در هیجان است (۵) که به کمک نظریه‌های این مدل‌ها می‌توان به درک تأثیر پذیری حافظه از هیجان، بخصوص در فهم پدیده نشخوار فکری و بهوشیاری پرداخت.

به عنوان نمونه مدل شبکه‌ای، به مطالعه و بررسی اثرات پردازشی خلق بر حافظه در افراد و نمونه‌های مختلف می‌پردازد. بنا بر عقیده ویلیامز هماهنگی خلقی و عاطفی جاری شخص، کدگذاری و ثبت می‌گردند و به هنگام یادآوری نیز اطلاعاتی مورد بازخوانی حافظه قرار می‌گیرند که با حالت عاطفی مسلط فرد بیشترین هماهنگی را دارند (۶) حافظه، فرایند ذخیره سازی اطلاعات و تجارب و بازیابی احتمالی آنها در آینده است. این توانایی بازنمایی و بازیابی اطلاعات برای تمام فرایندهای شناختی از جمله ادراک و حل مسأله از اهمیت بنیادین برخوردار است (۷) چگونگی پردازش اطلاعات مربوط به خود، مخصوصاً خاطرات شرح حال، و تأثیر این پردازش بر افراد می‌تواند موجب نوعی اختلال هیجانی شود.

عقیده بر این است که نقص در حافظه شرح حال در کودکی ایجاد می‌شود. ویلیامز (۱۹۹۶)، با توجه به داده‌های تجربی به دست آمده از فرایند رشدی، اشاره می‌کود، که خاستگاه کلی گویی حافظه شرح حال، به سه و چهار سال اول زندگی بر می‌گردد، یعنی زمانی که کودکان عادی، به طور متداول گرایش به بازیابی رویدادها و توانایی جلوگیری از بیان بازیابی‌ها دارند، نسبتاً به طور خودکار در حدود سه سالگی و سه سال نیم در فرایند رشد ایجاد می‌شود. هر چه کودکان بزرگ‌تر می‌شوند راهبردهای بیشتری را در فرایند کنترل

² Multiple-sclerosis

³ Optic-nerves

⁴ Spinal-cord

بازیابی کسب می‌کنند. بر اساس عقیده «هیالی و ویلامز (۸) فشارزایهای دوران کودکی (برای مثال، ارتباطات دلبستگی ناخوشایند) ممکن است بر توانایی کودک در یادگیری کنترل کامل این فرایندها تأثیر گذار باشد. اگر کودکان در محیط‌های دشوار رشد کنند، ممکن است یاد بگیرند که اطلاعات رویدادی خاص خیلی منفی هستند و ممکن است از یادآوری رویدادهایی که ماهیت تنبیهی دارند اجتناب کنند. به عقیده، «هیالی و ویلامز (۸) آگاهی از هر تجربه پدیداری و دیگر موضوعات مرتبط با آن، یا آگاهی از رویدادهای کلی، به صورت گسترده‌ای در پویایی و بهم پیوستگی فرایندهای حافظه شرح حال مهم هستند. از جهتی حافظه شرح حال یا یادآوری تجربیات شخصی گذشته نقش اساسی در کنش با خود، هیجانات و رفتارهای اجتماعی دارد از جهتی حافظه شرح حال یا یادآوری تجربیات شخصی گذشته نقش اساسی در کنش با خود، هیجانات و رفتارهای اجتماعی دارد. بر این اساس، در طول دو دهه اخیر پژوهشگران بر مطالعه اشکال گوناگون رویدادهای مربوط به حافظه شرح حال مثل حافظه مربوط به آسیب و رویدادهای گذشته متمرکز شده‌اند. علاوه بر این، یافته‌ها نشان داده است که مطالعه در مورد شیوه یادآوری رویدادهای مربوط به حافظه شرح حال برای شناخت بهتر برخی اختلال‌های روانشناختی مانند افسردگی حائز اهمیت می‌باشد (۷).

{۹} از منظر روانشناختی مطالعه در مورد حافظه شرح حال را می‌توان کانون اصلی تلاش‌هایی که برای فهم نوع واکنش انطباقی افراد به رویدادهای آسیب‌زا انجام می‌گیرد، تلقی کرد. یادآوری غیر ارادی و سرزده خاطرات مربوط به رویداد آسیب‌زا از نشانه‌های اصلی اختلال روانی و افسردگی است (۱۰). معمولاً ورود غیر ارادی و سرزده اطلاعات مربوط به تروما به فضای ذهن هشیار افراد به قسمت آگاهانه و منسجم تر خاطراتی که در حین تجربه رویداد آسیب‌زا اتفاق افتاده است را محدود می‌کند (۱۱). در کنار این مفروضه‌ها برخی مطالعات دیگر (۱۲) بحث مربوط به هیجانات را در کنار حافظه شرح حال با اهمیت دانسته، معتقدند که افراد پس از تجربه رویدادهای آسیب‌زا از بعد هیجانی نیز دچار مشکلاتی می‌شوند. به نظر این محققان حافظه مربوط به آسیب در افراد مبتلا به افسردگی فقط تحت تأثیر هیجان ناشی از تجربه حوادث منفی از شکل متعادل خود خارج می‌شود که برای فهم آن نیازی به مکانیسم ویژه نیست.

. بهوشیاری^۵، هشیاری شفاف به افکار، احساسات، حس‌های جسمانی، اعمال و محیط اطراف است، آن چنان که در هر لحظه پدیدار می‌شوند. نظاره‌گری همراه با پذیرش و پیراسته از تمایل و تنفر، موضع بهوشیاری به هر تجربه‌ای است. در نتیجه تسهیل‌گر تماس با واقعیت است. این تماس مستقیم و متمایز از واسطه‌های ذهنی و رفتاری نسبت به تجربه است و همچنین آگاهی به واسطه‌های یاد شده را نیز دربر دارد. این چنین نظاره‌گری، تسهیل‌گر دگردیسی جان آدمی است. این دگردیسی، با بلوغ روانی همراه است؛ بلوغی که ذهن آدمی را ساده و عمیق می‌کند (۱۳) از لحاظ تاریخی بهوشیاری با جنبشهای معنوی بوداییسم مرتبط می‌گردد و در آیین بودا، بهوشیاری تحت عنوان توجه محض، یا ثبت غیر استدلالی رویدادها بدون واکنش یا ارزیابی ذهنی تعریف شده است بهوشیاری به فرآیند توجه مداوم تمرکز دارد تا محتوایی که به آن توجه می‌شود (۱۴) یکی از بیشترین تعاریف قابل فهم از بهوشیاری در طول کارهای درمانی جان کابات زین گسترش یافته است. در طول سالهای ۱۹۸۰، کابات زین کلمه بهوشیاری را از متون بودایی استخراج کرد و در گزارشات علمی از بهوشیاری به عنوان تمرین تکنیک یاد کرد. او بهوشیاری را اینگونه تعریف می‌کند "توجه به یک شیوه ویژه، بودن در لحظه اکنون و بدون پیشداوری" (۱۵)

این تعریف شامل موارد زیر است:

۱- یک توجه باز و پذیرا و آگاهی از چیزهایی که در لحظه رخ می‌دهند.

⁵ mindfulness

۲- آگاهی‌ای که از طریق توجه عمدی به رخداد‌های لحظه حال به شیوه باز، پذیرا و با بصیرت رشد می‌کنند
 ۳- توجهی که نسبت به کل میدان آگاهی پذیر است و نگهداری توجه در یک وضعیت باز می‌تواند به حس‌های تجربه شده، تفکرات، هیجانات و خاطرات اخیر هدایت شود
 ۴- دور شدن از یک زندگی عادی و خودکار که از دریافتهای عادی پایه گرفته است.

بنابر این تمام موارد بالا به نقطه مشترکی اشاره می‌کنند و آن عبارت است از دریافت‌های کلی و اشتغال کامل با لحظه حال (۱۶)
 بهوشیاری نوعی آگاهی بدون قضاوت در مورد تجربه شخصی است که این آگاهی لحظه به لحظه آشکار می‌شود (۱۷) بهوشیاری را مشاهده محرک‌های درونی و بیرونی همان‌گونه که اتفاق می‌افتد بدون هیچ‌گونه پیش‌داوری و قضاوت دانسته‌اند (۱۸) هر چند هدف اصلی بهوشیاری، آرام‌سازی است، اما مشاهده غیر قضاوتی رویدادهای منفی درونی یا برانگیختگی فیزیولوژی باعث بروز این حالت می‌شود (۱۹) بهوشیاری یک تکنیک یا روش نیست، اگر چه برای آن روشها و تکنیک‌های مختلفی به کار گرفته می‌شود. بهوشیاری را می‌توان به عنوان شیوه زندگی توصیف کرد که مستلزم درک احساسات شخصی است و همچنین شامل اصلاح راهی برای نزدیکتر شدن به تجربیات، از طریق مشاهده نظام مند شخصی است (۲۰) واژه بهوشیاری به معنای "به خاطر آوردن" است. ارتباط بهوشیاری با حافظه کمی تعجب برانگیز است، زیرا بهوشیاری معمولاً به معنای آگاهی به لحظه حال معنی می‌شود که متضاد با توجه به گذشته است. اما اگر این واژه در متون بودایی بررسی شود، مشخص می‌گردد که وقتی بهوشیاری وجود داشته باشد، حافظه نیز عملکرد خوبی خواهد داشت بر این اساس، sati (ریشه بهوشیاری در لغت بودا) اغلب به صورت حالت حضور ذهن معنی شده است که به فرد اجازه آگاهی به پدیده‌های درونی و بیرونی را به همان صورتی که هستند، می‌دهد بهوشیاری به معنای آگاهی کامل فرد به دنیای درونی و بیرونی خود از جمله افکار، احساسات جسمانی، هیجانات، اعمال و محیط اطراف می‌باشد و فرد باید آنها را به همان صورتی که وجود دارد، در نظر بگیرد. بنابر این، به آن توجه آشکار یا آگاهی خالص و واضح نیز گفته می‌شود و بر این تاکید دارد که بهوشیاری آنچه را رخ می‌دهد آشکار می‌سازد، پیش از آنکه طبقه بندی مفهومی یا هیجانی درباره آن رخداد انجام شود (۲۱) سه مؤلفه قصد، توجه و نگرش، مؤلفه‌های اصلی بهوشیاری هستند. آنها فرض می‌کنند که این سه مؤلفه مقدار زیادی از واریانس تغییر مشاهده شده در تمرینات بهوشیاری را بطور مستقیم و غیر مستقیم توجیه می‌کنند (۲۲) الگوی مکانیزم‌های اساسی بهوشیاری را ارائه دادند که عنوان می‌کند توجه هدفمند همراه با گشودگی و بدون قضاوت منجر به تغییر معنی داری در ادراک می‌شود که آن را باز ادراک نامگذاری کرده‌اند. آنها عقیده دارند که باز ادراک یک فرامکانیزم عمل است که دربرگیرنده مکانیزم‌های دیگری است که منجر به تغییر و پیامدهای مثبت می‌شوند (۲۲) چهار مکانیزم را مشخص می‌کنند: ۱- خودتنظیمی، ۲- وضوح ارزشها، ۳- انعطاف پذیری شناختی، هیجانی و رفتاری و ۴- مواجهه. این متغیرها می‌توانند یا به عنوان مکانیزم‌های بالقوه برای برون‌داد‌های دیگر مثل کاهش علائم روانشناختی در نظر گرفته شود و یا خودبرون‌داد باشند. علاوه بر این، این متغیرها بصورت خطی به دنبال یکدیگر قرار نمی‌گیرند و هر متغیر بر متغیرهای دیگر اثر می‌گذارد.

در سال‌های اخیر بررسی الگوهای تفکر در اختلالات هیجانی و بررسی افکار ناخواسته و نقش آن در دوام اختلالات هیجانی مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است. از انواع این افکار ناخواسته، نشخوار فکری است. دیدگاه فراشناختی در مورد اختلالات هیجانی، نشخوار فکری را از مؤلفه‌های اصلی در شروع و تداوم افسردگی می‌داند. نشخوار فکری به عنوان اشتغال دائمی به یک اندیشه یا موضوع و تفکر دوباره آن شناخته می‌شود. نشخوار فکری طبقه‌ای از افکار آگاهانه است که حول یک محور مشخص و معمولی می‌گردد و بدون آن که تقاضاهای محیطی فوری وابسته به آنها می‌باشد. این افکار تکرار می‌شوند. نشخوار فکری مجموعه‌ای افکاری منفعلانه هستند که جنبه تکراری دارند. بر علل و نتایج علائم متمرکزند و مانع حل مسئله ناسازگارانه شده و به افزایش افکار

منفی می‌انجامد. این نوع تفکر در برخی اختلالات هیجانی نظیر افسردگی، وسواس فکری - عملی، اضطراب فراگیر و اختلال استرس پس از حادثه مشاهده می‌شود. نشخوار فکری زیربنای شناختی بیماران وسواس فکری - عملی و افسرده را دچار ناهنجاری می‌کند و با ناسازگاری ضعیف روان شناختی و افزایش احساسات منفی مانند خشم و فشار روانی رابطه دارد. (۲۳) نشخوار یک پاسخ نسبتاً رایج به خلق منفی است (۲۴) نشخوار فکری را به عنوان افکار مقاوم و عود کننده تعریف می‌کند که گرد یک موضوع معمول دور می‌زند این افکار به طریق غیر ارادی، وارد آگاهی می‌شود و توجه را از موضوعات مورد نظر و اهداف فعلی منحرف می‌سازد. نشخوار فکری طبقه‌ای از افکار آگاهانه است که حول یک محور مشخص و معمولی می‌گردد و بدون تقاضاهای محیطی فوری و وابسته به آنها این افکار تکرار می‌شوند، نشخوار فکری تکرار شونده است، بر علل و نتایج علایم تمرکز دارد، و مانع حل مسئله می‌شود و به افزایش افکار منفی می‌انجامد (۲۵) شاید در نگاه اول این تصور برای خواننده ایجاد گردد که نشخوار فکری مشکلی که تنها برای افراد بیمار ایجاد می‌گردد لیکن باید گفت افکار نشخواری هم در افراد سالم و هم در بیماران بالینی روی می‌دهد اما در گروه دوم معمولاً با ویژگی سر در گریبانی همراه است (۲۶) تعریف وسیع تری از نشخوار فکری دارند از نظر آنان نشخوار فکری به منظور دستیابی به هدف و یا رفع ناهمخوانی بین اهداف و وضعیت موجود ایجاد می‌شود. و به نظر آنان نشخوار فکری با تمرکز بالقوه بر گذشته، حال و اهداف آینده است (۲۷) نشخوار فکری را تلاشی برای کاهش شک و تردید مربوط به آینده می‌دانند و سعی می‌کند تا طرحواره‌ای از حوادث آینده را شکل دهنده (۲۸) یکی از متخصصان بالینی از اصلاح نشخوار فکری جهت اشاره به هر گونه افکار وسواسی استفاده می‌کند که اقدامی گمراه کننده است به طور کلی نشخوار فکری برخلاف وسواس فکری به صورت کاملاً تنظیم شده بخش هوشیار ذهن بیمار را میدان تاخت و تاز قرار نمی‌دهد و دارای محتوی کاملاً روشن و مشخص نیست از نظر بالینی چنین به نظر می‌رسد که پیش از پیدایش نشخوار فکری نوعی رفتار وسواسی وجود دارد که به نشخوار فکری می‌انجامد (۲۹) نشخوار فکری در روانشناسی به عنوان تمرکز اجبارگونه توجه یک فرد بر علائم و علل یک پریشانی و توجه به دلایل آن و نتایجش به جای تمرکز به راه‌های حل آن تعریف شده است، نشخوار ذهنی مشابه نگرانی است با این تفاوت که نشخوار ذهنی بر احساسات بد و تجارب گذشته تمرکز دارد در حالی که توجه نگرانی بر امکان بالقوه وقوع حوادث بد در آینده است نشخوار فکری به طور گسترده‌ای به عنوان یک عامل آسیب پذیری شناختی و عنوان زمینه‌ای برای افسردگی مورد پژوهش قرار گرفته است (۳۰) در جریان بررسی نشخوار فکری این سؤال مطرح می‌گردد که چه کسانی برای ابتلا به نشخوار فکری مساعدترند؟ یا چه شرایطی شکل‌گیری نشخوار فکری در آینده را تسهیل می‌کند؟

در این مورد کودکانی که در یادگیری فعال راهبردهای مقابله‌ای شکست می‌خورند احساس کنترل کمی بر محیط خود دارند و همچنین کودکانی که مورد استفاده قرار می‌گیرند را مستعد نشخوار فکری می‌دانند تاریخچه سوء استفاده جنسی، جسمی و هیجانی به طور معنادرای با نشخوار فکری رابطه دارد (۳۱) براساس یافته‌های پژوهشی (۳۲) زنان بیشتر از مردان گرایش به نشخوار فکری دارند دلایل تفاوت‌های جنسیتی در نشخوار فکری ممکن است فراوان باشد.

برای مثال مشخص شده است که زنان نسبت به مردان استرس بیشتری را گزارش می‌کنند از قبیل درآمد پایین و نارضایتی در ازدواج، این تفاوت‌های جنسیتی در تجربه استرس مزمن، می‌تواند تا اندازه‌ای در بروز تفاوت‌های جنسیتی نشخوار فکری سهم داشته باشد همچنین زنان بیش از مردان احتمال دارد قربانی حوادث تروماتیک مانند سوء استفاده جنسی قرار بگیرند (۳۲).

از جهتی در این پروژه، به بررسی رابطه حافظه شرح حال، نشخوار فکری و بهوشیاری در گروه بیماران ام اس با افراد عادی پرداخته شده است. در این بخش سؤال اساسی که پژوهش حاضر در پی پاسخگویی به آن می‌باشد که آیا بین حافظه شرح حال، بهوشیاری و نشخوار فکری بیماران دچار ام اس با افراد عادی تفاوتی وجود دارد؟

روش‌ها

جامعه آماری در این پژوهش، انجمن ام اس واقع در خیابان وصال شیرازی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد گرسارد در سال ۹۴-۹۵ بودند. گروه نمونه شامل ۱۰۰ نفر زن با گروه سنی ۲۰-۳۹ سال (۵۰ نفر دانشجوی زن، ۵۰ نفر افراد دارای ام اس) می‌باشد. روش نمونه برداری در پژوهش حاضر روش غیر تصادفی در دسترس می‌باشد. روش پژوهش حاضر علی مقایسه‌ای (پس رویدادی) است. در پژوهش حاضر جهت جمع‌آوری اطلاعات هم روش‌های کتابخانه‌ای (برای بررسی مبانی نظری و تحقیقات انجام شده) و هم از روش میدانی جهت جمع‌آوری داده‌های پژوهش متناسب با فرضیات استفاده شده است. به منظور جمع‌آوری اطلاعات در این پژوهش از پرسشنامه حافظه شرح حال ویلیامز و برودبنت^۷، پرسشنامه بهوشیاری سلیمه خدایی ساخلو و پرسشنامه نشخوار فکری استفاده شد.

یافته‌ها

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها و پاسخ به فرضیه‌های پژوهش از نرم افزار اس پی اس اس استفاده شد. این فصل از پژوهش در دو قسمت توصیفی و استنباطی تنظیم شده است.

بررسی پایایی مقیاس حافظه شرح حال:

به منظور بررسی همسانی درونی مقیاس حافظه شرح حال نشخوار فکری بهوشیاری در نمونه مورد پژوهش که شامل ۱۰۰ نفر بود، از روش آلفای کرونباخ استفاده شد و میزان پایایی هر یک از گویه‌ها در جدول (۱-۱) گزارش شده است. با توجه به مقدار آلفای کرونباخ می‌توان گفت که پرسشنامه مورد نظر دارای پایایی بالایی (۰/۸۷) است.

جدول (۱-۴)

پایایی مقیاس حافظه شرح حال

تعداد گویه‌ها	میانگین	انحراف استاندارد	آلفای کرونباخ
۱۰	۱۴/۱۱	۸/۲۱	۰/۸۷

پایایی مقیاس نشخوار فکری

تعداد گویه‌ها	میانگین	انحراف استاندارد	آلفای کرونباخ
۱۱	۳۷/۳۱	۴/۹۹	۰/۴۸

پایایی مقیاس بهوشیاری

تعداد گویه‌ها	میانگین	انحراف استاندارد	آلفای کرونباخ
۱۰	۳۹/۸۱	۸/۵۶	۰/۷۵

مشخصات توصیفی پرسشنامه بهوشیاری

شاخص‌های توصیفی پرسشنامه بهوشیاری

میانگین	انحراف استاندارد	خرده مقیاس‌های بهوشیاری
۱۷/۸۰	۵/۳۸	غیر واکنشی بودن به تجربه درونی
۲۲/۰۰	۳/۹۹	عمل توأم با هوشیاری
۳۹/۸۱	۸/۵۶	کل مقیاس

مقدار میانگین و انحراف استاندارد هر یک از خرده مقیاس‌های بهوشیاری مشخص شده است. مقدار میانگین و انحراف استاندارد به ترتیب برابر است با خرده مقیاس غیر واکنشی بودن به تجربه درونی (۱۷/۸۰، ۵/۳۸)، عمل توأم با هوشیاری (۲۲/۰۰، ۳/۹۹) و نمره کل مقیاس بهوشیاری (۳۹/۸۱، ۸/۵۶) است.

مشخصات توصیفی پرسشنامه حافظه شرح حال

شاخص‌های توصیفی پرسشنامه حافظه شرح حال

میانگین	انحراف استاندارد
۱۴/۱۱	۸/۲۱

مقیاس کل حافظه شرح حال

مقدار میانگین و انحراف استاندارد مقیاس کل حافظه شرح حال مشخص شده است. مقدار میانگین و انحراف استاندارد به ترتیب برابر با (۱۴/۱۱، ۸/۲۱) است.

مشخصات توصیفی پرسشنامه نشخوار فکری

شاخص‌های توصیفی پرسشنامه نشخوار فکری

انحراف استاندارد	میانگین	خرده مقیاس‌های نشخوار فکری
۲/۳۷	۱۰/۱۱	تأمل
۱/۸۷	۱۰/۵۲	درون نگری
۲/۸۸	۱۶/۶۸	در فکر فرو رفتن

مقدار میانگین و انحراف استاندارد هر یک از خرده مقیاس‌های نشخوار فکری مشخص شده است. مقدار میانگین و انحراف استاندارد به ترتیب برابر است با خرده مقیاس تأمل (۱۰/۱۱، ۲/۳۷)، درون نگری (۱۰/۵۲، ۱/۸۷) و در فکر فرو رفتن (۱۶/۶۸، ۲/۸۸) است.

فرضیه پژوهش

حافظه شرح حال، بهوشیاری و نشخوار فکری در گروه، بیماران دچار ام اس و افراد عادی تفاوت وجود دارد.

شاخص‌های توصیفی متغیرهای حافظه شرح حال، بهوشیاری و نشخوار فکری

متغیرها	گروه‌ها	میانگین	انحراف استاندارد
حافظه شرح حال	عادی	۱۹/۸۴	۶/۸۶
	MS	۹/۱۶	۵/۹۵
بهوشیاری	عادی	۴۴/۲۸	۶/۹۶
	MS	۳۸/۰۴	۸/۲۴
خرده مقیاس بهوشیاری (غیر واکنشی بودن به تجربه درونی)	عادی	۲۰/۲۴	۴/۳۴
	MS	۱۶/۵۶	۵/۸۶
خرده مقیاس بهوشیاری (عمل توأم با هوشیاری)	عادی	۲۴/۰۴	۳/۷۰
	MS	۲۱/۴۸	۳/۱۲
خرده مقیاس نشخوار فکری (تأمل)	عادی	۱۱/۴۴	۲/۳۱
	MS	۸/۷۰	۲/۱۶
خرده مقیاس نشخوار فکری (درون نگری)	عادی	۱۰/۸۸	۱/۸۴
	MS	۱۰/۱۶	۱/۹۶
خرده مقیاس نشخوار فکری (در فکر فرو رفتن)	عادی	۱۷/۰۲	۳/۵۰
	MS	۱۵/۹۴	۲/۰۳

مقادیر میانگین و در جدول فوق انحراف استاندارد متغیرها در هر یک از گروهها مشخص شده است.

تحلیل مانوا برای مقایسه گروه (عادی، بیمار ام اس) در نمره کلی حافظه شرح حال و خرده مقیاس‌های بهوشیاری و نشخوارفکری

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذورات
گروه‌ها	حافظه شرح حال	۲	۱۴۲۸/۴۴	۲۷/۳۴	۰/۰۰۰	۰/۲۷
	بهوشیاری	۲	۷۵/۷۴	۱۱/۸۴	۰/۰۰۰	۰/۱۳
	غیر واکنشی بودن به تجربه درونی	۲	۲۲۲/۰۸	۸/۴۳	۰/۰۰۰	۰/۱۰
	عمل تسوام بسا هوشیاری	۲	۱۶۷/۰۴	۱۲/۰۳	۰/۰۰۰	۰/۱۴
	تأمل	۲	۹۴/۱۲	۲۱/۲۶	۰/۰۰۰	۰/۲۲
	درون نگری	۲	۶/۴۸	۱/۸۷	۰/۱۵	۰/۰۲
	در فکر فرو رفتن	۲	۲۰/۵۸	۲/۵۲	۰/۰۸	۰/۰۳

با توجه به مقدار آزمون لانداوی ویلکر ($p < 0/05$) بود، تفاوت معناداری بین میانگین‌های دو گروه وجود دارد و فرض صفر مبنی بر عدم تفاوت پذیرفته نمی‌شود. با توجه به مقدار F، درجه آزادی و سطح معناداری، به ترتیب متغیرهای حافظه شرح حال ($P < 0/05$)، نمره کل بهوشیاری ($F=27/34$, $df=2$, $P < 0/05$)، غیر واکنشی بودن به تجربه ($F=8/43$, $df=2$, $P < 0/05$)، عمل توام با هوشیاری ($F=12/03$, $df=2$, $P < 0/05$)، تأمل ($F=21/26$, $df=2$, $P < 0/05$) در گروه‌ها تفاوت معناداری داشتند.

آزمون توکی (تفاوت میانگین گروه‌ها)			
متغیر وابسته	اختلاف میانگین‌ها خطای استاندارد	سطح معناداری	MS
غیر واکنشی بودن عادی به تجربه	۳/۶۸۰	۱/۰۲۶	۰/۰۰۰
	-۳/۶۸۰	۱/۰۲۶	۰/۰۰۰
عمل تسوام بسا هوشیاری	۲/۵۵۰	۰/۷۴۵	۰/۰۰۱
	-۲/۵۶۰	۰/۷۴۵	۰/۰۰۱
حافظه شرح حال عادی	۱۰/۶۸۰	۱/۴۴۶	۰/۰۰۰
	-۱۰/۶۸۰	۱/۴۴۶	۰/۰۰۰
تأمل	۲/۷۴۰	۰/۴۲۱	۰/۰۰۰
	۱/۲۴۰	۰/۴۲۱	۰/۰۰۴
	-۲/۷۴۰	۰/۴۲۱	۰/۰۰۰
نمره کلی عادی بهوشیاری	۶/۲۴۰	۱/۶۰۱	۰/۰۰۰
	-۶/۲۴۰	۱/۶۰۱	۰/۰۰۰

با توجه به نتایج جدول، حافظه شرح حال با میانگین و انحراف استاندارد (۱۹/۸۴، ۶/۸۶) و سطح معناداری ($P < 0/05$) در گروه عادی نسبت به گروه ام اس بیشتر است. نمره کلی بهوشیاری با میانگین و انحراف استاندارد (۴۴/۲۸، ۶/۹۶) و سطح معناداری ($P < 0/05$) در

گروه عادی نسبت به گروه ام اس بیشتر است. از بین خرده مقیاس‌های نشخوار فکری خرده مقیاس تأمل با میانگین و انحراف استاندارد (۱۱/۴۴، ۲/۳۱) و سطح معناداری ($P < 0/05$) در گروه عادی نسبت به گروه ام اس بیشتر است. نتیجه گیری

این پروژه به بررسی رابطه بین حافظه شرح حال، بهوشیاری و نشخوار فکری بیماران ام اس و افراد عادی بررسی یافته‌های پژوهش می‌پردازیم

با توجه به مقدار آزمون لاندای ویلکز ($p < 0/05$) بود، تفاوت معناداری بین میانگین‌های دو گروه وجود دارد و فرض صفر مبنی بر عدم تفاوت پذیرفته نمی‌شود. با توجه به مقدار F ، درجه آزادی و سطح معناداری، به ترتیب متغیرهای حافظه شرح حال ($P < 0/05$)، $F=27/34$ ، $df=2$ ، نمره کل بهوشیاری ($F=11/84$ ، $df=2$ ، $P < 0/05$)، غیر واکنشی بودن به تجربه ($F=8/43$ ، $df=2$ ، $P < 0/05$)، عمل توام با هوشیاری ($F=12/03$ ، $df=2$ ، $P < 0/05$)، تأمل ($F=21/26$ ، $df=2$ ، $P < 0/05$) در گروه‌ها تفاوت معناداری داشتند.

با توجه به نتایج جدول حافظه شرح حال با میانگین و انحراف استاندارد (۱۹/۸۴، ۶/۸۶) و سطح معناداری ($P < 0/05$) در گروه عادی نسبت به گروه MS بیشتر است. نمره کلی بهوشیاری با میانگین و انحراف استاندارد (۴۴/۲۸، ۶/۹۶) و سطح معناداری ($P < 0/05$) در گروه عادی نسبت به گروه MS بیشتر است. از بین خرده مقیاس‌های نشخوار فکری خرده مقیاس تأمل با میانگین و انحراف استاندارد (۱۱/۴۴، ۲/۳۱) و سطح معناداری ($P < 0/05$) در گروه عادی نسبت به گروه MS بیشتر است. نتایج به دست آمده با پژوهش‌های زیر همسو می‌باشد:

پژوهشی با عنوان نقش تشخیصی حافظه شرح حال، دلبستگی و هویت در اختلال استرس پس از سانحه، اختلال اضطراب فراگیر و افراد بهنجار توسط محبوبه اسماعیلی در سال ۱۳۹۰ در دانشگاه خوارزمی تهران انجام شده است. در نتیجه یکی از عوامل مهم در سبب شناسی اختلالات اضطرابی دلبستگی نا امین است که در دو گروه بیماران مبتلا به PTSD و GAD وجود دارد؛ از طرفی حافظه شرح حال تحت تأثیر نشانه‌های این دو گروه بیماری قرار می‌گیرد. با توجه به ارزیابی متغیرها پیش بین حافظه، دلبستگی و هویت، پیش‌بینی عضویت گروهی ۵۳ نفر از ۷۶ نفر به درستی انجام شده است. همچنین، تاثیرات متفاوت نشانه‌های PTSD و GAD بر حافظه شرح حال بر اساس ابعاد دلبستگی و هویتی متفاوت، از مسائل قابل تأمل در زمینه آسیب شناسی، روش‌های درمانی و دیگر مسائل پژوهشی می‌باشد.

پژوهشی با موضوع بررسی تأثیر افسردگی بر حافظه شرح حال توسط فاطمه طالب زاده (۱۳۸۰) انجام شده است. در نتیجه گروه افسرده نوعی سوگیری در به یادآوری وقایع منفی و یا عدم تمایل به بیان جزئیات حوادث از خود نشان دادند.

پژوهشی با عنوان مقایسه عملکرد روانی (افسردگی، اضطراب، اختلال پس از سانحه) - شناختی (حافظه شرح حال، آینده نگر) و عملکرد خانوادگی والدین فرزندان مبتلا به سرطان و والدین فرزندان عادی توسط گلناز سیاح قربانی (۱۳۸۹) انجام شده است. نتایج این پژوهش نشان داده که عملکرد روانشناختی والدین کودکان مبتلا؛ معناداری با گروه عادی دارد: میانگین اضطراب، افسردگی و PTSD بطور معناداری بالاتر از گروه والدین عادی بود. این یافته‌ها در حوزه شناختی نیز، به جز در خرده مقیاس خاطرات عمومی منفی در حافظه شرح حال، مویید تفاوت معنادار بین عملکرد والدین کودکان سرطانی و عادی بود. همچنین، عملکرد خانوادگی والدین کودکان مبتلا به سرطان، به طور معناداری ضعیف‌تر از عملکرد والدین فرزندان عادی بود، البته خرده مقیاس نقش‌ها از این امر مستثنی بود.

پژوهشی با عنوان حافظه شرح حال (اختصاصی بودن جنبه‌های معنایی و رویدادی) در افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) توسط احمد عمدی در سال ۱۳۸۷ انجام شده است. نتایج مطالعه نشان داد که در گروه‌های دارای سابقه تروما کاهش

اختصاصی بودن خاطرات در AMT و AMI با استرس پس از سانحه وسیعتر همراه می‌باشد و در بین این گروه‌ها نیز، افرادی که دارای نشانه‌های شناسی شدیدتری بودن، نواقص حافظه وسیعتری نشان دادند. یافته‌های مطالعه دوم حاکی از آن بود که بیماران سرطانی مبتلا به PTSD، در مقایسه با گروه کنترل، قادر به بازیابی جزئیات رویدادی و معنایی کمتری در مورد گذشته شخصی خود می‌باشند. آن‌هایی که نشانه‌های شناسی شدیدتری داشتند، خاطرات اختصاصی کمتری را از حافظه بازیابی نمودند.

پژوهشی با عنوان نظریه ظهور شرح حال حافظه: فرهنگی و اجتماعی توسط نلسون (۲۰۰۴) انجام شده است. در نتیجه گروه افراد عادی که در مقایسه با گروه افسرده و گروه ام اس مورد مقایسه قرار گرفتند از حافظه شرح حال، نشخوار فکری (خرده مقیاس تأمل) و بهوشیاری بیشتری نسبت به دو گروه نامبرده برخوردارند.

محدودیت‌ها

در هر پژوهشی محدودیت‌هایی وجود دارد که توجه به آن‌ها مقدمات پژوهش‌های بعدی را فراهم می‌کند در این پژوهش هم محدودیت‌های زیر وجود دارد:

۱ - عدم همکاری آزمودنی‌ها برای پر کردن پرسشنامه به دلیل عدم اطلاع و فرهنگی سازی درست که این خود باعث سخت شدن مسیر تحقیق شده است.

۲ - و دیگر اینکه این تحقیق بین گروه سنی ۲۰ تا ۴۰ سال انجام شده و نتایج آن به گروه‌های سنی دیگر قابل تعمیم نیست.

پیشنهادات

۱ - پیشنهاد می‌شود که محدودیت‌ها رفع شود تا پژوهش در این زمینه‌ها بیشتر شود و در گروه‌های جامع‌تری از افراد این پژوهش بررسی شود.

۲ - تحقیقات بیشتر در این زمینه با حجم نمونه‌گیری بزرگتری انجام شود.

۳ - با توجه به نتایج به دست آمده در فرضیه پژوهش که دال بر تفاوت حافظه شرح حال، نشخوار فکری و بهوشیاری افراد عادی نسبت افراد ام اس پیشنهاد می‌شود که دوره‌هایی برای ارتقای سطح بهوشیاری و کاهش نشخوار فکری افراد ام اس گذاشته شود. شاید در افزایش سلامت روان جامعه تغییری حاصل شود.

تقدیر و تشکر

از همه بیماران شرکت کننده در این پژوهش و همچنین مسئولین محترم در بخش و مراکز درمانی، که صبورانه در اجرای مراحل آزمون همکاری لازم را مبذول داشتند، صمیمانه قدر دانی می‌شود.

فهرست منابع فارسی:

۱. انکیسون و هیلگارد، زمینه روان‌شناسی جلد اول، ترجمه مهدی گنجی، نشر ساوالان.
۲. اتکیسون و اسمیت، زمینه روانشناسی هیلگارد، ویراستار محمد تقی براهنی، انتشارات رشد.
۳. آشوری، داریوش، دانشنامه سیاسی، تهران انتشارات مروارید، چاپ ششم.
۴. برک، لورا، روانشناسی رشد، جلد دوم، نشر ارسباران.
۵. سیحا قربانی. گلناز. «مقایسه عملکرد روانی (افسردگی، اضطراب، اختلال استرس پس از سانحه) - شناختی (حافظه شرح حال، آینده نگر) و عملکرد خانوادگی والدین فرزندان مبتلا به سرطان و والدین فرزندان عادی» (زمستان ۱۳۸۹)، ص ۱۳ - ۱۵
۶. شاه طلبی، بدری، قیانچی، اکرم (۱۳۹۲) تأثیر آموزش‌های شهروندی بر افزایش آگاهی شهروندی کودکان هشت ساله شهر اصفهان، فصلنامه اطلاعات و ارتباطات در علوم تربیتی، سال ۳، شماره سوم.

۷. رتیز، جورج (۱۳۷۷) نظریه‌های جامعه‌شناسی در دنیای معاصر، ترجمه محسن تلاشی، انتشارات علمی.
۸. طالب زاده، فاطمه. «بررسی تأثیر افسردگی بر حافظه شرح حال» (شهریور ۱۳۸۰)، ص ۴
۹. عبدی، احمدی «بررسی وضعیت حافظه شرح حال (اختصاصی بودن جنبه‌های معنایی و رویدادی) در افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) (۱۳۸۷)، ص ۱۰-۱۲
۱۰. میرآقایی، علی، مرادی علیرضا، حسینی، جعفر، رحیمی وفا، و میرزایی، جعفر (۱۳۹۲).

منابع لاتین:

- Addis R.A (2001) memory of Myself. *Autobiographical memory and Identity in Alzheimer Disease*.
- A Klein, S. B. (2001). A self to remember: A cognitive neuropsychological perspective on how self creates memory and memory creates self. In C. Sedikides & M. B.
- Arch.j.j. craske, mg (2010) laboratory store sso sin clinically anxiose and non.anxose individuals the moderating vole of mindfulness behavior research and therapy 48,4,5-505.
- Alloy. L.b.Abramson ly wh. Thouse.Hogan. m.g.mg Hogan M.E penzerlla c & Rose.D.T. (2003) Prospective in cadence of deperession in indivioluals at high and low cognitive risk for depression manuscript and under editorial review.
- Anderson. s.m & limpert, (2001) future-event schemas: Automaticity and rumination in major depression cognitive therapy and research, 25,311-333.
- Brown,R, Kulik,j (1977) flash bulb memories cognition, 5,73-99.
- Bishop, s.r.lou, m, Shapiro,s, Carlson,l.anderson, N.D, carmody j.etal (2004) mind fullness, aproposed operational de finition, clinical psychology science and partice, 11(31) 230-241.
- Brown,k.w,royan, R.M(2003) the benefitsof being persent, mind fullness and its rol inpsychologicc weel-being journal of personality and science social psychology 84,222,842.
- Baer a (2003) mind fullness traing as a clinical inter a coceprual and empirical review clinical psychology science and practice, 18,125-148.
- Borkovec,td.robinson. e pruzinsky t. deprecy a (1988) preliminary exploration of worry, some chavacterivistics and proress.
- Brewin, C.R. (2011) *the nature and significae of memory disturbance in posttraumatic stress disorder*. Annual review clinical psychology, 7, 203 227.
- Brewin c.R (2007) Autobiographical memory for traumas update on four controversies.memory, 15(3), 227-248.
- Jelink, L,Ranjbar, s, s,seifert, D,KELLNER,M,& Moritz (2009).the organization of outobiographical and nonuutobiographical memory in posttraumatic stress disorder (PTSD). *Journal of Abnormal psychology*, 118, 288- 296.
- Johnson, m.H, and Magaro, p.A(1981) effects of mood and security on memory processes in depression. *Psychological Bullentin* 101,28-240.
- Jabson.A.F.& Okarni,S.W (2007) Autobiographical memory and trauma in adolescents. *Journal of Behavior Therapy and Experimental psychiatry*, 31,29-39.
- Klein, S. B., Cosmides, L., Costabile, K. A.,&Mei, L. (2002). Is there something special about the self?Aneuropsychological case study. *Journal of Research in Personality*, 36, 490-506.
- Klein, S. B., Cosmides, L., Tooby, J., & Chance, S. (2002). Decisions and the evolution of memory: Multiple systems, multiple functions. *Psychological Review*, 109,306-329.
- Klein, S. B., Loftus, J.,&Kihlstrom, J. F. (1996). Self-knowledge of an amnesic patient: Toward a neuropsychology of personality and social psychology. *Journal of Experimental Psychology: General*, 125, 250-260.
- Klein, S. B., Loftus, J.,&Kihlstrom, J. F. (2002). Memory and temporal experience: The effects of episodic memoryloss on an amnesic patient's ability to remember the past and imagine the future. *Social Cognition*, 20, 353-379.

20. Kopelman M.D., Wilson B.A. & Baddeley A.D. (1989) The Autobiographical memory interview; A new assessment of autobiographical and personal semantic memory in amnesic patients. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology* 11, 724-744.
21. Kormi-Nouri, Moghadam, Episodic and semantic memory in Bilingual and Monolingual children. *Scandinavian Journal of Psychology* 2003; (44) 121-145.
22. Moore, S.A., Zoellner, L.A. (2007) Overgeneral autobiographical memory and trauma memories predict posttraumatic stress disorder symptoms. *Applied*.
23. Melchert T.P., Parker (1971) R.L., Different forms of childhood abuse and memory, child abuse and neglect. *Child Abuse and Neglect* 1997, 21, 125-135.
24. Squire, L.R. (1992). Declarative and nondeclarative memory; multiple brain systems supporting learning and memory. *Journal of Cognitive Neuroscience*. 4: 232 - 243.
25. Piolino, P., Desgranges, B., Clarys, D., Guillery - Girard, B., Taconnat, L., Singrini, M. et al. (2006). Autobiographical memory, autonoetic consciousness, and self-perspective in aging. *Psychology and Aging*. 21. 510-525.
26. Williams, J.M.G. & Broadbent, K. (1986) Autobiographical memory in suicide attempters. *Journal of Abnormal Psychology* 95, 144, 149.
27. Williams, J.M.G., Barnhofen & Dalglis, T. Autobiographical memory specificity and emotional disorder. *Psychological Bulletin* 2007, 133; 122-148.
28. Williams, H.L., Conway, M.A. & Cohen, G. (2008). Autobiographical memory. In G. Cohen & M.A. Conway (Eds). *Memory in the real world* (3rd ed., pp. 21-90). Hove, U.K.; Psychology Press.