خانواده و بهداشت

فصلنامه خانواده و بهداشت، دوره دوازدهم، شماره چهارم، زمستان ۱۴۰۱، پیاپی (۴)۳۵ ص ۱۶۲-۱۵۲

Family and health Quarterly, vol12, Issu4, Winter 2023, ISSN: 2322-3065

http://journals.iau-astara.ac.ir, D.O.R. 20.1001.1.23223065.1401.12.4.8.4

اثربخشی درمان مبتنی بر خودشفقتی بر بی‌تابی روانی و تحمل پریشانی هیجانی در زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس

سید مجتبی عقیلی*،[۱] طیبه آل رسول[۲]، آرزو اصغری[۳]

چکیده

مقدمه: بیماری مولتیپل اسکلروزیس منجر به ناتوانی و ایجاد انواع اختلال‌های حسی و حرکتی در فرد بیمار می‌شود. این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر خودشفقتی بر بی‌تابی روانی و تحمل پریشانی هیجانی در زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس در سال ۱۴۰۰ انجام شد.

روش پژوهش: این پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون_پس آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش را کلیه زنان مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلروزیس تحت پوشش بهزیستی شهرستان سرخس استان خراسان رضوی در بهمن و اسفندماه سال ۱۴۰۰ تشکیل دادند که از میان آنها تعداد ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس به عنوان نمونه انتخاب و به صورت تصادفی در ۲ گروه آزمایش و گواه (هر گروه ۱۵ نفر) جای‌دهی شدند. گروه آزمایش تحت ۸ جلسه ۶۰ دقیقه ای درمان متمرکز بر شفقت قرار گرفت و گروه گواه تا پایان پژوهش مداخله‌ای دریافت نکرد. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه‌های بیتابی روانی علی‌خانی و همکاران (۱۳۹۶) و تحمل پریشانی سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) بود. داده‌های پژوهش با آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره و استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج پژوهش نشان داد که درمان متمرکز بر شفقت بر بی‌تابی روانی و تحمل پریشانی هیجانی در زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس اثربخش است ($P<۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های پژوهش می‌توان گفت که درمان متمرکز بر شفقت عامل مهم و تاثیرگذاری بر افزایش تحمل پریشانی و کاهش بی‌تابی روانی در زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس می‌باشد.

واژگان کلیدی: بی‌تابی روانی، تحمل پریشانی هیجانی، درمان مبتنی بر خودشفقتی، مولتیپل اسکلروزیس

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۴/۲۱ **تاریخ پذیرش نهایی: ۱۴۰۱/۹/۲۹**

استناد: عقیلی س م، آل رسول ط، اصغری ا. اثربخشی درمان مبتنی بر خودشفقتی بر بی‌تابی روانی و تحمل پریشانی هیجانی در زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس، خانواده و بهداشت، ۱۴۰۱؛ ۱۲(۴): ۱۶۲-۱۵۲

[۱] – وابستگی سازمانی نویسنده اول: استادیار گروه روانشناسی دانشگاه پیام نور. ایران، (آدرس نویسنده مسئول) گرگان. خیابان ولیعصر. پاساژ صدرا. طبقه اول. کلینیک بینش، dr-aghili1398@yahoo.com

[۲] – کارشناس ارشد روانشناسی دانشگاه پیام نور، گلستان، ایران. mitra_namazi@yahoo.com

[۳] – دکترای روانشناسی تربیتی، استادیار گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه کوثر بجنورد، بجنورد، ایران.

© حقوق برای مؤلف (آن) محفوظ است. این مقاله با دسترسی آزاد در خانواده و بهداشت تحت مجوز کریتیو کامنز http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/). منتشر شده که طبق مفاد آن هرگونه استفاده غیر تجاری تنها در صورتی مجاز است که به اثر اصلی به نحو مقتضی استناد و ارجاع داده شده باشد

مقدمه:

از جمله بیماری‌های مزمن دستگاه عصبی مرکزی که سبب تخریب غلاف میلین و آسیب آکسون می شود، مولتیپل اسکلروزیس (اماس) است (۱)، که ماهیت خودایمنی دارد؛ به این معنی که دستگاه ایمنی بدن، علیه قسمتی دیگر از بدن به عنوان یک عامل بیگانه واکنش غیرعادی نشان می دهد (۲). این آسیب توانایی بخش‌هایی از سیستم عصبی را در انتقال سیگنال‌ها مختل می‌کند و در نتیجه طیف وسیعی از علائم و نشانه‌ها از جمله مشکلات جسمی، روحی و گاه روانپزشکی ایجاد می‌شود (۳). بیماری اماس با نسبت ابتلا ۲ تا ۳ برابری زنان به مردان (۴)، اغلب در بزرگسالان ۱۵ تا ۵۰ سال بروز می‌نماید (۵). بیماری مولتیپل اسکلروزیس منجر به ناتوانی و ایجاد انواع اختلال‌های حسی و حرکتی در فرد بیمار می‌شود (۶). و با مشکلاتی مانند شدت و دفعات عود بیماری، پایین بودن حمایت اجتماعی ادراک شده، راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد، کاهش امید به زندگی و مشکلات عاطفی و اقتصادی، و اختلال‌های روانشناختی همراه است (۷). لذا به نظر می‌رسد مولتیپل اسکلروزیس تأثیر قابل ملاحظه‌ای روی عوامل روانی مانند ایجاد اضطراب و بی تابی روانی می‌گذارد.

بیتابی اشاره به بیمناکی، گرفتاری درونی و بی‌قراری ناشی از گردش اندیشه دارد که همراه با تظاهرهای بدنی است و فرد احساس می کند برای فعالیت، تحت فشار قرار دارد (۸). بیمناکی یعنی وجود شک و تردید در حل مسائل فرد را گرفتار می کند و وی نسبت به حل مسائل خود دچار بیمناکی و نگرانی می شود، فراموشی و ضعف حافظه، کلافه اش می کند و او در حسرت کسانی به سر می برد که همیشه در حال یقین زندگی می کنند (۹). بنابراین بیتابی در معنای وسیعتر یعنی، شدت اندیشه گردی، فعالیت و گفت و گوی ذهنی در ارتباط با مسائل فکری، فرد را دچار گرفتاری درونی، دل مشغولی و بی‌قراری مستمر و دائمی می کند (۱۰)، که همراه با سرگشتگی و احساس از دست دادن کامل یقین است، شک و تردید در حل مسائل فرد را گرفتار می کند (۱۱). از این رو مسئله بی تابی روانی بیماران باید به هنگام طراحی و اجرای برنامه‌های بهداشتی مورد توجه قرار گیرند و درک ما از موضوعاتی که این بیماران در مورد آنها نگرانند، افزایش یابد (۱۲). تحمل پریشانی از متغیرهای مهم در بیماری اماس می باشد (۲). استرس شدید ناشی از تشخیص بیماری موجب ایجاد مشکلات عدیده ای از جمله پریشانی روانشناختی می شود (۱۳). پریشانی روانشناختی حالت ناراحتی و رنج هیجانی است که با نشانه های افسردگی و اضطراب تعریف می شود و ممکن است با نشانه های فیزیولوژیکی (مانند بیخوابی، سردرد و نداشتن انرژی) همراه باشد (۱۴). تحمل پریشانی، یک سازه فرا هیجانی است که انتظارات یک فرد را در مورد توانایی تحمل هیجان منفی، ارزیابی موقعیت هیجانی از لحاظ قابل پذیرش بودن، تنظیم شخصی هیجان و مقدار توجه جذب شده به وسیله هیجان منفی را می سنجد (۱۱). طبق نظر سیمونز و گاهر[1]، افراد با تحمل پریشانی پایین در یک تلاش غلط برای مقابله با هیجانات منفی خود درگیر بی نظمی رفتاری می شوند و با پرداختن به برخی رفتارهای مخرب مانند مصرف مواد، درصدد تسکین درد هیجانی خود بر می آیند. آنها هیجان را غیر قابل تحمل می دانند و عملکردشان به طور قابل ملاحظه کاهش می یابد (۱۵).

شفقت درمانی یکی از روش های درمانی است که به نظر می رسد برای افزایش تحمل آشفتگی و کنترل بی‌تابی موثر باشد (۱۶). شفقت درمانی نوعی راهبرد هیجان محور است که مراجعان را نسبت به هیجان های مثبت و منفی خود آگاه می کند و آنها را به سمت پذیرش سوق می دهد (۱۷). این روش از سه مولفه شامل مهربانی با خود در سختی ها و تجربه های استرس زا به جای قضاوت خود، اشتراکات انسانی و اجتناب ناپذیر بودن و شکست به جای انزوا و آگاهی متعادل از احساس ها و افکار خود به جای همسان سازی افراطی تشکیل شده است (۳). در این راستا نتایج مطالعات پورحسینی دهکردی و همکاران (۱۸) نشان داد که درمان مبتنی

[1] Simmons and Gahr

خانواده و بهداشت
فصلنامه خانواده و بهداشت، دوره دوازدهم، شماره چهارم، زمستان ۱۴۰۱، پیاپی (۴)۳۵ ص ۱۶۲-۱۵۲
Family and health Quarterly, vol12, Issu4, Winter 2023, ISSN: 2322-3065
http://journals.iau-astara.ac.ir, D.O.R. 20.1001.1.23223065.1401.12.4.8.4

بر شفقت بر استرس ادراک شده و پریشانی روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان پستان اثربخش است. فروتن و همکاران (۱۶) نشان داد که شفقت‌درمانی بر تحمل آشفتگی در بیماران مبتلا به مالتیپل‌اسکلروزیس اثربخش است. پژوهش احمدی و همکاران (۱۹) نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت بر اضطراب، افسردگی زنان مبتلا به ویتیلیگو اثربخش است. نتایج پژوهش کیلیچ و همکاران (۲۰) نشان داد که رویکرد درمانی مبتنی بر خودشفقتی منجر به بهبود ویژگی های مثبت روانی و همچنین کاهش حالات عاطفی و روانی منفی مثل اضطراب و علائم جسمانی می‌شود. مطالعات سایجیل و همکاران (۲۱) نشان داد که درمان مبتنی بر خودشفقتی بر علائم روانی بیماران اضطرابی اثربخش است. پژوهش یان و همکاران (۲۲) نشان داد که رویکرد مبتنی بر شفقت درمانی بر بهبود تنظیم هیجانی و نشخوارگری بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروز اثربخش است.

با وجود اینکه مسئله بی‌تابی روانی و تحمل پریشانی هیجانی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس بسیار اهمیت دارد و می‌تواند در تشدید یا بالعکس در مقابله صحیح با بیماری نقش موثری داشته باشد، ولی مطالعات کمتر به این بخش توجه کرده‌اند و بنابراین، به منظور بررسی این مسئله و باتوجه به ضعف پژوهشی در زمینه تاثیر برنامه آموزشی مبتنی بر خودشفقتی بر بی‌تابی روانی و تحمل پریشانی هیجانی به ویژه در جامعه زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس، سوال اصلی پژوهش حاضر این است که آیا درمان مبتنی بر خودشفقتی، بر بی‌تابی روانی و تحمل پریشانی هیجانی در زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروز اثربخش است؟

روش پژوهش:

روش پژوهش حاضر، نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون به همراه گروه گواه است. جامعه آماری این پژوهش را کلیه زنان مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلروزیس تحت پوشش بهزیستی شهرستان سرخس استان خراسان رضوی در بهمن و اسفندماه سال ۱۴۰۰ تشکیل دادند. که از جامعه مذکور، ۳۰ نفر با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و تعداد ۱۵ نفر از آنان در گروه آزمایش و تعداد ۱۵ نفر از آنان در گروه گواه به صورت گمارش تصادفی جایگزین شدند. ملاکهای ورود به پژوهش، تمایل به شرکت در پژوهش، گذشت حداقل یک سال از تشخیص بیماری ام‌اس، تحصیلات حداقل دیپلم، عدم شرکت هم زمان در برنامه روانشناختی دیگر بود و ملاکهای خروج، غیبت بیش از دو جلسه و عدم تمایل به همکاری در پژوهش بود.

پس از دریافت کد اخلاق از شورای پژوهش دانشگاه پیام نور و هماهنگی با مسئولین مربوطه اداره بهزیستی شهرستان سرخس، تعداد ۳۰ بیمار زن مبتلا به بیماری ام‌اس به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در ۲ گروه آزمایش و گواه (هر گروه ۱۵) نفر تقسیم شدند. گروه آزمایش تحت ۸ جلسه ۶۰ دقیقه ای (هر هفته یک جلسه) درمان متمرکز بر شفقت به صورت حضوری در سال اجتماعات بهزیستی قرار گرفت و گروه گواه تا پایان پژوهش مداخله ای دریافت نکرد. به منظور رعایت حریم خصوصی، از افراد خواسته شد از ذکر نام و نام خانوادگی در پرسشنامه‌ها خودداری نمایند. و پس از پایان پژوهش، گروه گواه هم تحت درمان متمرکز بر شفقت قرار گرفت. داده های پژوهش با تحلیل کوواریانس چند متغیره و نرم افزار spss_26 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

مداخله درمانی

جدول ۱. شرح مختصری از جلسات درمان متمرکز بر شفقت مبتنی

Table 1. Brief description of compassion-focused therapy

جلسات	شرح جلسات
اول	برقراری ارتباط اولیه، اجرای پیش‌آزمون، گروه‌بندی اعضای گروه آزمایش و گواه، مروری بر ساختار جلسات، آشنایی با اصول کلی دوره خودشفقتی و تمایز شفقت با تأسف خوردن، مفهوم‌سازی آموزش خودشفقتی
دوم	آموزش ذهن‌آگاهی همراه با تمرین وارسی بدنی و تنفس، آشنایی با سیستم‌های مغزی مبتنی بر شفقت، آموزش همدلی، آموزش برای درک و فهم اهمیت نگرش همدلانه.
سوم	آشنایی با خصوصیت افراد دارای شفقت، آموزش شفقت نسبت به دیگران، پرورش احساس گرمی و مهربانی نسبت به خود.
چهارم	پرورش و درک اینکه دیگران نیز نقایض و مشکلاتی دارند (پرورش حس اشتراکات انسانی)، آموزش همدردی.
پنجم	ترغیب آزمودنی‌ها به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به عنوان فرد دارای شفقت یا بدون شفقت با توجه به مباحث آموزشی، انجام تمرین‌های پرورش ذهن‌مشفقانه، آموزش راه‌های بخشیدن.
ششم	آشنایی و کاربرد تمرین‌های پرورش ذهن مشفقانه (بخشش، پذیرش بدون قضاوت و آموزش بردباری)، آموزش پذیرش مسئله، تمرین عملی ایجاد تصاویر مشفقانه، آموزش سبک‌ها و روش‌های ابزار خودشفقتی (شفقت کلامی، شفقت عملی، شفقت مقطعی و شفقت پیوسته).
هفتم	پذیرش تغییرات پیش رو و تحمل شرایط سخت و چالش‌برانگیز با توجه به متغیر بودن روند زندگی و مواجه شدن افراد با چالش‌های مختلف.
هشتم	مرور تمرینات جلسات قبل و جمع بندی و ارائهٔ همکاری‌هایی برای حفظ و به کارگیری این روش درمانی در زندگی روزمره، اجرای پس‌آزمون.

ابزارهای پژوهش عبارتند از:

پرسشنامه بی‌تابی روانی: این پرسشنامه توسط علی‌خانی و همکاران در سال ۱۳۹۶ در حوزهٔ هیجان اندیشه طراحی شد و شامل ۲۴ گویه است. آزمون بی‌تابی روانی، مجموعاً یک عامل را با ۰/۵۷ واریانس می‌سنجد که شامل بی‌مناکی، بی‌قراری، گرفتاری درونی، گردش اندیشه، تظاهرات اندیشه و احساس فشار بودن است. نمره‌گذاری این فهرست از مقیاس لیکرت از ۱ (بسیار کم) تا ۵ (بسیار زیاد) انجام می‌شود. ضریب آلفای کرونباخ گویه‌های این مؤلفه ۰/۹۳ و بیانگر همسانی درونی قابل قبول گویه‌هاست. این آزمون در طی بارها اجرا، تأیید شده است که ضرایب همبستگی گشتاوری به‌عنوان شاخص روایی برای مقیاس بی‌تابی روانی، بین ۰/۴۰ تا ۰/۷۵ است و ضریب اعتبار آلفای کرونباخ، مقیاس بی‌تابی روانی ۰/۹۲ و کل آزمون ۰/۸۹ است (۸).

پرسشنامه تحمل پریشانی: این پرسشنامه که به وسیله سیمونز و گاهر در سال ۲۰۰۵ ساخته شده، یک ابزار خود گزارشی ۱۵ گویه ای است. گزینه های این مقیاس بر اساس مقیاس پنج درجه ای لیکرت نمره گذاری می شوند (۲۳). گزینه های این مقیاس را بر اساس توانمندی فرد برای تحمل پریشانی هیجانی، ارزیابی ذهنی پریشانی، میزان توجه به هیجانات منفی در صورت وقوع و اقدام

خانواده و بهداشت
فصلنامه خانواده و بهداشت، دوره دوازدهم، شماره چهارم، زمستان ۱۴۰۱، پیاپی (۴)۳۵ ص ۱۶۲-۱۵۲
Family and health Quarterly, vol12, Issu4, Winter 2023, ISSN: 2322-3065
http://journals.iau-astara.ac.ir, D.O.R. 20.1001.1.23223065.1401.12.4.8.4

های تنظیم کننده برای تسکین پریشانی، مورد سنجش قرار می دهند. گزینه های این مقیاس بر اساس مقیاس پنج درجه ای لیکرت نمره گذاری می شوند. نمره یک به معنای توافق کامل با گزینه مورد نظر و نمره پنج به معنای عدم توافق کامل با گزینه مورد نظر می باشد. این پرسشنامه با پذیرش خلق رابطه مثبت و با مقیاس های راهبردهای مقابله ای استفاده از الکل و ماری جوانا و همچنین استفاده از آن ها برای بهبود رابطه منفی دارد. همچنین همبستگی درون طبقه ای پس از گذشت ۶ ماه ۰/۶۱ گزارش شده است. ضریب اعتبار این آزمون به روش بازآزمایی برای کل مقیاس ۰/۸۱ و برای خرده مقیاس های تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم به ترتیب ۰/۷۱، ۰/۶۹، ۰/۷۷ و ۰/۷۳ می باشد. همبستگی مقیاس تحمل پریشانی با شیوه های مقابله ای مساله محور، هیجان محور، کمتر موثر و غیر موثر به ترتیب ۰/۲۱۳، ۰/۲۷۸_، ۰/۳۳۷_، ۰/۱۹۶_ است. همچنین بین مقیاس تحمل پریشانی با هیجان مثبت، هیجان منفی و وابستگی به سیگار به ترتیب همبستگی های ۰/۵۴۳، ۰/۲۲۴_ و ۰/۶۵۳_ به دست آمده است (۲۴).

یافته‌ها:

یافته های جمعیت شناختی نشان داد که میانگین سن شرکت کنندگان ۳۹/۴ بود. ۹۷/۲ از شرکت کنندگان متاهل و ۲/۸ مجرد بودند. ۶۳/۲ از شرکت کنندگان تحصیلات دیپلم و ۲۷/۹ تحصیلات فوق دیپلم و ۸/۹ تحصیلات لیسانس داشتند. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲.یافته‌های توصیفی متغیرهای بی‌تابی روانی و تحمل پریشانی هیجانی

Table 2. Descriptive findings of variables of mental impatience and emotional distress tolerance

متغیرهای وابسته		پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
بی‌تابی روانی	آزمایش	۷۴.۸۶	۹.۳۶	۵۷.۰۰	۸.۷۴
	گواه	۶۹.۵۳	۱۰.۰۴	۶۹.۷۳	۹.۱۶
تحمل پریشانی	آزمایش	۵.۱۳	۱.۹۵	۸.۸۶	۳.۰۴
	گواه	۵.۸۶	۱.۷۲	۵.۴۰	۱.۹۱
جذب شدن به وسیله هیجان‌های منفی	آزمایش	۹.۴۰	۲.۹۲	۵.۶۶	۲.۳۷
	گواه	۸.۶۶	۲.۸۲	۸.۸۶	۳.۰۸
ارزیابی ذهنی پریشانی	آزمایش	۲۰.۳۳	۴.۴۱	۱۴.۵۳	۴.۷۱
	گواه	۱۸.۶۰	۴.۷۷	۱۹.۳۳	۵.۰۹
تنظیم تلاش‌ها در راستای کاهش پریشانی	آزمایش	۶.۰۶	۲.۷۳	۹.۸۰	۳.۱۲
	گواه	۶.۴۰	۲.۵۷	۶.۸۶	۲.۴۱
تحمل پریشانی هیجانی	آزمایش	۴۰.۹۳	۷.۸۵	۳۸.۸۶	۶.۱۸
	گواه	۳۹.۵۳	۶.۵۲	۴۰.۴۶	۷.۲۲

جدول ۲، میانگین و انحراف معیار بی‌تابی روانی و تحمل پریشانی برای مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون را نشان می‌دهد که پس از درمان متمرکز بر شفقت، نمرات گروه آزمایش تفاوت معنادار داشته است. همچنین آزمون کولموگروف اسمیرنوف که نشان می‌دهد فرض نرمال بودن برقرار است، برای تمامی متغیرهای بی‌تابی روانی و تحمل پریشانی برقرار است (p<۰/۰۵). نتایج آزمون لون نشان داد که که فرض همگنی واریانس نیز برای تمامی متغیرهای بی‌تابی روانی (F=/۰۲۱)، تحمل پریشانی (F=۰/۲۷۰) برقرار است (p<۰/۰۵). نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری در جدول ۳ گزارش شده است.

جدول۳. تحلیل کوواریانس چندمتغیره

Table 3. Multivariate analysis of covariance

آزمون	ارزش	F	DF فرضیه	DF خطا	Sig	مجذور اتا
اثرپیلایی	۰.۳۴۳	۶.۵۳۱	۲	۲۵	۰.۰۰۵	۰.۳۴۳
لامبدای ویلکز	۰.۶۵۷	۶.۵۳۱	۲	۲۵	۰.۰۰۵	۰.۳۴۳
اثرهتلینگ	۰.۵۲۲	۶.۵۳۱	۲	۲۵	۰.۰۰۵	۰.۳۴۳
بزرگترین ریشه‌وری	۰.۵۲۲	۶.۵۳۱	۲	۲۵	۰.۰۰۵	۰.۳۴۳

بر اساس نتایج آزمون کوواریانس چندمتغیره، تفاوت معنی‌داری در ترکیب خطی نمرات بی‌تابی روانی و تحمل پریشانی هیجانی در زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروز با توجه به گروه وجود دارد (**sig=** ۰.۰۰۰۱، **F=** ۶.۵۳۱ و ۰.۶۵۷=لامبدای ویلکز). مجذور اتا نیز نشان داد که ۳۴/۳ درصد از واریانس متغیرهای بی‌تابی روانی و تحمل پریشانی هیجانی در زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروز توسط متغیرهای گروه‌بندی (آزمایش و گواه) تعیین می‌شود. در ادامه، برای بررسی الگوهای تفاوت در هر کدام از متغیرهای وابسته از تحلیل کوواریانس تک متغیری استفاده شد.

جدول شماره ۴. خلاصه تحلیل کوواریانس یک طرفه در متن تحلیل کواریانس چندمتغیره

Table No. 4. Summary of one-way covariance analysis in the context of multivariate covariance analysis

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	Sig	ضریب اتا
بی‌تابی روانی	اثر پیش‌آزمون	۷۰۹.۸۲۵	۱	۷۰۹.۸۲۵	۵.۸۹۴	۰.۰۲۲	۰.۱۸۵
	اثر درمان	۱۴۵۸.۴۱۰	۱	۱۴۵۸.۴۱۰	۱۲.۱۰۹	۰.۰۰۲	۰.۳۱۸
	خطا	۳۱۳۱.۴۴۲	۲۶	۱۲۰.۴۴۰			
	مجموع	۱۲۵۸۶۵.۰۰۰	۳۰				
تحمل پریشانی هیجانی	اثرپیش‌آزمون	۸۲.۱۷۲	۱	۸۲.۱۷۲	۲.۶۳۸	۰.۱۱۶	۰.۰۹۲
	اثر درمان	۲۰.۵۶۲	۱	۲۰.۵۶۲	۰.۶۶۰	۰.۴۲۴	۰.۰۲۵
	خطا	۸۰۹.۹۷۸	۲۶	۳۱.۱۵۳			
	مجموع	۴۸۱۴۰.۰۰۰	۳۰				

فصلنامه خانواده و بهداشت، دوره دوازدهم، شماره چهارم، زمستان ۱۴۰۱، پیاپی (۴)۳۵ ص ۱۶۲-۱۵۲
Family and health Quarterly, vol12, Issu4, Winter 2023, ISSN: 2322-3065
http://journals.iau-astara.ac.ir, D.O.R. 20.1001.1.23223065.1401.12.4.8.4

همانگونه که در جدول ۴، مشـــاهده می‌شـــود، تفاوت معنی‌داری در ترکیب خطی نمرات بی‌تابی روانی در زنان مبتلا به مولتیپل اسـکلروز با توجه به گروه وجود دارد و مجذور اتا نیز نشـان داد که ۳۱/۸ درصـد از واریانس بی‌تابی روانی در زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروز توسط متغیرهای گروه‌بندی (افراد گروه‌های آزمایش و گواه) تعیین می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری:

این پژوهش با هدف اثربخشی درمان مبتنی بر خودشفقتی بر بی‌تابی روانی و تحمل پریشانی هیجانی در زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس انجام شد. یافته ها نشان داد که درمان متمرکز بر شفقت منجر به کاهش بی تابی روانی و افزایش تحمل پریشانی هیجانی در زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس شده است. این یافته با نتایج مطالعات پورحسینی دهکردی و همکاران (۱۸)، فروتن و همکاران (۱۶)، احمدی و همکاران (۱۹)، کیلیچ و همکاران (۲۰)، سایجیل و همکاران (۲۱)، یان و همکاران (۲۲) همسو می باشد.

در تبیین این یافته می‌توان گفت که خودشفقت ورزی منجر به افزایش شفقت و دغدغه نسبت به دیگران و خود می‌شود و این مسئله باعث می‌شود که فرد تجربیات خود را در منظر تجربیات مشترک انسانی ببیند و دریابد که رنج، شکست و نقص اقتضای انسان بودن است و همه افراد «که من هم یکی از آن‌ها هستم» ارزش شفقت کردن دارند و بنابراین فرد بهتر می‌تواند حالات هیجانی خود را مدیریت و تنظیم کند. به عبارتی، کمتر قضاوت کردن خود، منجر به کمتر قضاوت کردن دیگران می‌شود، پس مانند مقایسه خود با دیگران نیازی به افزایش یا دفاع از ارزش خود وجود ندارد (۲۲). آموزش شفقت نسبت به خود در بیماران مبتلا به اماس موجب پاسخدهی به احساسات شد و احساس دلبستگی، ایمنی، اعتماد متقابل افراد و گذشت در خودانتقادی شامل مشغله ذهنی فرد با افکار خود محکوم ساز می باشد. پژوهش حاضر نشان داد که از طریق فراهم کردن تجربیات مثبت، افزایش سازگاری با شرایط تنش زا و ابراز همدلی و هم دردی می توان تحمل پریشانی را در افراد افزایش داد. در درمان متمرکز بر شفقت افراد این مهارت را کسب می کنند که به جای پرهیز از احساسات دردناک، آنها را بشناسند و نسبت به آن احساسات شفقت و تحمل داشته باشند (۱۱). درمان مبتنی بر شفقت مانند فیزیوتراپی ذهن عمل می‌کند که سیستم تهدید را خنثی و سیستم تسکین را فعال می‌کند؛ درنتیجهٔ تحول این سیستم، تاب‌آوری فرد افزایش می‌یابد و درنهایت، به بهبود سطح تحمل پریشانی منجر می‌شود. افرادی که نسبت به خود شفقت دارند، بهتر می‌توانند با وقایع ناراحت‌کننده کنار بیایند؛ زیرا از توانایی پذیرش بالاتری نسبت به دیگر افراد برخوردارند؛ بنابراین، آشفتگی عاطفی در این افراد کاهش می‌یابد و تحمل آشفتگی افزایش می‌یابد که درنهایت، توانایی تسکین و کنترل بالای خویشتن را برای افراد محقق می‌سازد (۲۵).

خودشفقت ورزی علاوه بر ایفای نقش یک عامل محافظتی در مقابل حالات روانی منفی، در تقویت حالات هیجانی مثبت نیز نقش دارد و با ایجاد تجارب مثبت فردی چون پیوند اجتماعی و رضایت از زندگی مرتبط است. خودشفقت ورزی موجب آشکار شدن محدودیت‌ها و شناسایی رفتارهای ناسالم مثل بی‌تابی روانی می‌شود که فرد را برای ایجاد تحول و ارتقاء سطح سلامت روان قادر می‌سازد و به نوعی باعث می شود در شرایط تنش‌زا، بیماران قضاوت های سختگیرانه‌ای نسبت به خود نداشته باشند و بپذیرند که مشکلات زندگی بخشی جداناپذیر از تجربه‌های مشترک بین همه انسان هاست (۱۹). به عبارتی، نگرش مشفقانه نسبت به خود به‌عنوان یک راهبرد مقابله‌ای به زنان مبتلا به ام. اس کمک می‌کند تا میان خود و دیگران پیوند صمیمی برقرار سازند و بر بی‌تابی روانی خود غلبه کنند. برنامه آموزشی مبتنی بر خودشفقتی به این مسئله اشاره می‌کند که افکار، عوامل، تصاویر و رفتارهای تسکین-بخش بیرونی باید درونی شوند و در این صورت، ذهن انسان همان‌گونه که نسبت به عوامل بیرونی واکنش نشان می‌دهد، در مواجهه

با این درونیات نیز آرام می‌شود و با این روند می‌توان میزان بی‌تابی روانی را در آنان کاهش داد. رویکرد آموزشی مبتنی بر خودشفقتی، زنان مبتلا به ام. اس را به تمرکز بر روی درک و احساس شفقت به خود در طول فرایندهای تفکر منفی در زمان بی تابی، با تمرکز قوی بر پرورش شفقت در خود تشویق می‌کند (۲۰).

پیشنهادها:

پیشنهاد می گردد برای به دست آوردن حمایت تجربی و پژوهشی بیشتر، پژوهش های مشابه در سایر نقاط کشور با در نظر گرفتن متغیرهای بالینی ذکر شده در شرایط کرونا انجام شود. اجرای این پژوهش در جامعه آماری گسترده‌تر باوجود مطالعه پیگیری در بازه‌های زمانی مختلف موردتوجه قرار دهند. این مطالعه در نوع خود پیش درآمدی در این حوزه به شمار می‌رود و این قابلیت را دارد تا منشأ انتخاب و اجرای مطالعات تکمیلی قرار بگیرد. با توجه به یافته های تحقیق حاضر، پیشنهاد می‌گردد مسئولین مراکز درمانی و بیمارستان‌ها، از برنامه آموزشی مبتنی بر خودشفقتی در جهت کاهش بی‌تابی روانی زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروز در کنار روند درمانی این بیماران به عنوان درمانی تکمیلی استفاده کنند.

تشکر و قدردانی

با نهایت تشکر از تمامی شرکت کنندگان که در انجام این پژوهش ما را یاری کردند.

تضاد منافع

نویسندگان مقاله تعارض منافع ندارند.

ملاحظات اخلاقی

در این پژوهش معیارهای اخلاقی شامل؛ اصل احترام و رازداری، جلوگیری از افشای اطلاعات بدست آمده آزمودنی‌ها با نام واقعی، اختیار و آزادی آزمودنی‌ها جهت شرکت و یا ترک آموزش، اخذ رضایت نامه کتبی از آزمودنی‌ها رعایت شده است.

سهم نویسندگان

تمامی نویسندگان در نگارش، ارسال و پیگیری این مقاله نقش داشته‌اند.

حمایت مالی

این پژوهش با هزینه شخصی اجرا شده و از حمایت مالی سازمان یا نهاد خاصی برخوردار نبوده است.

محدودیت های پژوهش:

محدودیت پژوهش این است که جامعه آماری پژوهش را بیماران زن مبتلا به اماس شهرستان سرخس تشکیل دادند. بنابراین تعمیم نتایج این پژوهش به جوامع دیگر باید با احتیاط صورت گیرد. امکان پیگیری نتایج در طولانی مدت به دلیل کمبود وقت وجود نداشت.

منابع

1 Motl R, Sandroff B. Exercise as a countermeasure to declining central nervous system function in multiple sclerosis. Clin Ther, 2018; 40(1): 16 -25. DOI: 10.1016/j.clinthera.2017.12.001

2 Dortaj A, Ali Akbari Dehkordi M, Naser Moqdasi A, Alipour A. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on distress tolerance, pain perception and interleukin 12 in patients with

multiple sclerosis. Applied Psychology Quarterly, 2021; 15(1): 49-72. 10.52547/APSY.2021.216250.0

3 Thompson A, Banwell B, Barkhof F, Carroll W, Coetzee T, Comi G, Fujihara K. Diagnosis of multiple sclerosis: 2017 revisions of the McDonald criteria. The Lancet Neurology, 2018; 17(2): 162-173.DOI: 10.1016/S1474-4422(17)30470-2

4 Dobson R, Giovanini G. Multiple sclerosis – a review. European Journal of Neurology, 1(26), 27-40. doi.org/10.1111 /ene.13819, follow-up, Journal of Psychosomatic Research, 2019; 109(2): 44–50. DOI: 10.1111/ene.13819

5 Yousefi K, Zargham Hajbi M, Saravani S. Prediction of tendency to suicidal thoughts based on psychological toughness and perceived body image in patients with multiple sclerosis. Scientific-Research Quarterly Journal of Health Psychology, 2021; 10(39): 157-170.https://doi.org/10.30473/hpj.2021.55611.4980

6 Shams G, Pashang S, Sedaghat M. Comparing the effectiveness of compassion-based therapy and reality therapy on the self-efficacy of patients with multiple sclerosis. Preventive medicine, 2021; 8(1): 70-80.10.52547/jpm.8.1.80

7 Benedict R, Amato MP, DeLuca J, Geurts JJ. Cognitive impairment in multiple sclerosis: clinical management, MRI, and therapeutic avenues. The lancet neurology, 2020; 19(10): 860-871.DOI: 10.1016/S1474-4422(20)30277-5

8 Karbasian Z, Kazemi N. The relationship between analytical intelligence and psychological distress with job satisfaction (case study: employees of Tehran city municipality). Journal of new strategies in psychology and educational sciences, 2019; 2(5): 1-13.https://civilica.com/doc/1242255

9 Zou Ch, Sun H, Lu C, Chen W. Nighttime sleep duration, restlessness and risk of multimorbidity - A longitudinal study among middle-aged and older adults in China. Archives of Gerontology and Geriatrics, 2022; 99(4): 104-112.https://doi.org/10.1016/j.archger.2021.104580

10 Türkdoğan D, Mahmudov M. Overlapping features of restless legs syndrome and growing pains in Turkish children and adolescents. Brain and Development, 2022; 44(6): 372-379.DOI: 10.1016/j.braindev.2022.02.002

11 Mahmoudpour A, Dehghanpour S, Adhafi S, Mohammadi S. The effectiveness of compassion-focused therapy on the tolerance of distress and guilt of mothers with physically disabled children. Consulting research, 2021, 20(79): 289-269.10.18502/qjcr.v20i79.7350

12 Alikhani M. Normization of dynamic test - Bitabi in the age group of 15 to 17, (master's thesis in general psychology) Islamic Azad University of Quds. 2016.

13 Heydari R. Comparison of compassion fatigue, psychological distress and mindfulness skills among mothers of children with cerebral palsy and mothers of children without cerebral palsy. Development of Psychology, 2019; 9(1): 37-46.20.1001.1.2383353.1399.9.1.5.8

14 Mazzer K, Boersma K, Linton S. A longitudinal view of rumination, poor sleep and psychological distress in adolescents. Journal of Affective Disorders, 2018; 245(1): 686-696. DOI: 10.1016/j.jad.2018.11.053

15 Razurel C, Kaiser B, Antonietti J P, Epiney M, Sellenet C. Relationship between perceived perinatal stress and depressive symptoms, anxiety, and parental self-efficacy in primiparous mothers and the role of social Support. Women Health, 2017; 5(4): 154-172.DOI: 10.1080/03630242.2016.1157125

16 Forotan M, Nejat H, Touzandeh Jani H. Comparing the effectiveness of compassion therapy and dialectical behavior therapy on disturbance tolerance and pain control in patients with multiple sclerosis (MS). Journal of Disability Studies, 2019; 10(1): 30-40.20.1001.1.23222840.1399.10.0.10.9

17 Voci A, Veneziani CA, Fuochi G. Relating Mindfulness, Heartfulness, and Psychological Well - Being: the Role of Self-Compassion and Gratitude. Mindfulness, 2019; 10(2): 339 - 51.https://www.linkedin.com/posts/fergus-barrett-408088b9

18 Pourhosseini Dehkordi R, Sajjadian I, Shaerbafchi M. The effectiveness of compassion-based therapy on perceived stress and psychological distress in women with breast cancer. Scientific-Research Quarterly Journal of Health Psychology, 2018; 8(31): 37-52, https://doi.org/10.30473/hpj.2019.35444.4050

19 Ahmadi R, Sajjadian I, Jafari F. The effectiveness of compassion-based therapy on anxiety, depression and suicidal ideation in women with vitiligo. Skin and beauty, 2018; 10(1): 18-29. URL: http://jdc.tums.ac.ir/article-1-5369-fa.html

20 Kılıç A, Lance J, McCracken M. A Systematic Review of the Effectiveness of Self-Compassion-Related Interventions for Individuals with Chronic Physical Health Conditions. Behavior Therapy, 2021; 52(3): 1024- 1039.https://doi.org/10.1016/j.beth.2020.08.001

21 Siegel A, Kocovski N. Effectiveness of Self-Compassion Inductions among Individuals with Elevated Social Anxiety. Mindfulness, 2020; 11(2): 19-27.DOI: 10.1007/s12671-020-01470-y

22 Yan X, Mao Y. Cost-effectiveness of Teriflunomide Compared to Interferon Beta-1b for Relapsing Multiple Sclerosis Patients in China. Clinical Drug Investigation, 2019; 29(3): 331–340.doi: 10.1007/s40261-019-00750-3

23 Simons Jeffrey S, Gaher Raluca M. The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a self-report measure. Motivation and Emotion, 2005; 29(2): 83-102.DOI: 10.1007/s11031-005-7955-3

24 Azizi A, Mirzaei A, Shams J. Examining the relationship between disturbance tolerance and emotional regulation with the level of students' addiction to smoking. Hakim, 2009; 13(1): 8-11.URL: http://hakim.tums.ac.ir/article-1-608-fa.html

25 Hosseini Mehr N, Khazri Moghadam N, Pourahsan, S. The effectiveness of compassion-based education on social self-efficacy, distress tolerance and self-criticism in adolescent girls under the supervision of welfare organization. Journal of Positive Psychology, 2021; 7(2): 33-48. https://doi.org/10.22108/ppls.2021.123728.1959