

## بهوشیاری در متخصصان سلامت روان: مطالعه مروری

### Mindfulness in mental health professionals: a review study

**Mitra Kamran**  
University of Tehran  
mitrakamran65@yahoo.com

میترا کامران  
کارشناسی ارشد بالینی دانشگاه تهران

#### Abstract

Long-term exposure to stressors and clients stresses the mental health and well-being of practitioners in the field of psychology, and therefore, it is necessary to employ methods to deal with stress to reduce these risks. Psychosocial-based interventions are now on the rise to reduce stress and improve the symptoms of psychology and mental health. Mindfulness can be defined as paying attention in a particular way, on purpose, in the present moment, and non-judgmentally and often taught with a variety of meditation exercises. This review summarizes the approaches of conceptual and empirical research that mindfulness-based intervention. The aim of this study was to understand the effects of mindfulness-based interventions, effective mechanisms of mindfulness and integrative perspective to research on the effect of mindfulness based stress reduction mental health and mental health professionals. In addition to the psychological study mindfulness and its effects, coherent and comprehensive look at the

#### چکیده

مواجهه طولانی مدت با فشارهای روانی و استرس مراجعان، سلامت روان متخصصان شاغل در حوزه روانشناسی را تحت تأثیر قرار می‌دهد و لذا به کارگیری روش‌هایی برای مقابله با استرس برای کاهش این خطرات ضرورت دارد. امروزه مداخلات مبتنی بر بهوشیاری در روان‌درمانی برای کاهش استرس و بهبود علائم روانشناسی و سلامت روان رو به افزایش است. بهوشیاری آگاهی از طریق توجه هدفمند، در لحظه حال و بدون قضاوت تجربه لحظه به لحظه به وجود می‌آید و اغلب با انواع تمرینات مراقبه آموزش داده می‌شود. این بررسی خلاصه‌ای از رویکردهای مفهومی و پژوهش‌های تجربی از مداخلات مبتنی بر بهوشیاری است. هدف این مطالعه، درک بیشتر اثرات مداخلات مبتنی بر بهوشیاری، مکانیسم‌های اثرگذاری بهوشیاری و نگاهی یکپارچه به تحقیقات انجام شده در مورد تأثیر بهوشیاری بر سلامت روان و کاهش استرس متخصصان سلامت روان است. پژوهش حاضر علاوه بر نشان دادن ابعاد

components of mindfulness gives presents.

**Keywords:** mindfulness, mental health professionals, meditation, attention

دریافت: فروردین ۹۷، پذیرش اردیبهشت ۹۷

روانشناختی بهوشیاری و تأثیرات آن، نگاهی منسجم و همه جانبه به مؤلفه های بهوشیاری را ارائه می دهد.

**کلید واژه:** بهوشیاری، متخصصان سلامت روان،

استرس، توجه، مراقبه

## مقدمه

کار کردن به عنوان متخصص سلامت روان مانند روانشناسان و روانپزشکان و کمک به بهبود مشکلات روانی دیگران منجر به رضایت مندی افراد می شود (استام<sup>۱</sup>، ۲۰۱۰). متخصصان سلامت روان از جمله روانشناسان و روانپزشکان با چالش های ویژه ای مواجه هستند که می تواند سلامت جسمی و روحی آنها را با مشکل روبرو کند. مطالعات نشان می دهند که متخصصان سلامت روان آسیب پذیری بیشتری نسبت به سایر گروه های شغلی دارند (اسمیت-مس<sup>۲</sup>، ۲۰۰۹، پاکنهام-استفورد براون<sup>۳</sup>، ۲۰۱۲). مواجهه طولانی مدت این افراد با فشارهای روانی و استرس مراجعان خطر بروز فرسودگی<sup>۴</sup> را افزایش می دهد (مور و کوپر<sup>۵</sup>، ۱۹۹۶). نشانگان فرسودگی یک حالت از پا افتادگی بدنی، هیجانی و ذهنی است که از فشارهای هیجانی پی در پی ناشی می شود و بیشتر با درگیری شدید با دیگران برای دوره های دراز مدت همراه است (مسلش و جکسون<sup>۶</sup>، ۱۹۸۱). پژوهش ها نرخ بالای فرسودگی را در روانشناسان و روانپزشکان نشان داده اند (راسی، سترانو، پرتیل، رابی، دونیسی و همکاران<sup>۷</sup>، ۲۰۱۲؛ نیول، مک نیل<sup>۸</sup>، ۲۰۱۱؛ ولپه، لوسیانو، پالومبو،

1. Stamm.

2. Smit, & Moss.

3. Pakenham, & Stafford-Brown.

4. Burnout

5. Moor, & Cooper.

6. Maslach, & Jackson.

7. Rossi., Cetrano., Pertile., Rabbi., Donisi., Grigoletti., et al.

8. Newell, & MacNeil.

سمپوگنا، وسیو و همکاران<sup>۱</sup>، ۲۰۱۴). خستگی هیجانی و نگرش منفی نسبت به مراجعین، مسخ شخصیت<sup>۲</sup> و ارزیابی منفی از کار خود از ویژگی‌های فرسودگی در متخصصین سلامت روان است. استرس هم چنین ممکن است اثرات منفی بر روابط درمانی با مراجع بگذارد زیرا باعث کاهش توجه و مهارت تصمیم‌گیری و توانایی ایجاد رابطه مثبت با مراجعان می‌شود. رابطه درمانی تأثیر به‌سزایی در نتیجه درمان بیمار حتی بیشتر از تکنیک‌های درمانی دارد (پریب، ریچاردسون، کونی، ادیدیچی و مک کیب<sup>۳</sup>، ۲۰۱۱). با توجه به نوع کار روانشناسان و روانپزشکان و استرس‌های ناشی از آن، خودمراقبتی<sup>۴</sup> به عنوان عامل ضروری برای متخصصین سلامت روان شناخته شده است. خودمراقبتی شامل روش‌هایی است که سلامت روانشناختی<sup>۵</sup> را افزایش می‌دهد (بیکلی<sup>۶</sup>، ۱۹۹۸؛ به نقل از روداز، ناوینگ، کلاریسا و لوین<sup>۷</sup>، ۲۰۱۷) و از منابع بسیاری مانند بهوشیاری<sup>۸</sup> می‌توان آن را به دست آورد (وایس، هرش و گیسون<sup>۹</sup>، ۲۰۱۲). پژوهش‌ها نشان داده است که سطوح بالای بهوشیاری و توجه به خود میزان رضایت‌مندی روانشناسان و روانپزشکان را افزایش می‌دهد (می و اودانوان<sup>۱۰</sup>، ۲۰۰۷) و باعث کاهش فرسودگی در آنها شده است (تستا و سانگ جان<sup>۱۱</sup>، ۲۰۱۶؛ دی بندتو، سوادلینگ<sup>۱۲</sup>، ۲۰۱۴). بهوشیاری یک هدف کلیدی برای روش‌های خودمراقبتی محسوب می‌شود که به دنبال بهبود سلامت روانی، فرسودگی و سلامت روانشناختی است. علاوه بر این

1. Volpe., Luciano., Palumbo., Sampogna., Del Vecchio., & Fiorillo.

2. depersonalization

3. Priebe., Richardson., Cooney., Adedeji., & McCabe.

4. self- care

5. psychological well being

6. Bickley.,

7. Rudaz., Twohing., Ong., & Levin.

8. mindfulness

9. Wise., Hersh., & Gibson.

10. May, & O'Donovan.

11. Testa, & Sangganjanavanich.

12. Di Benedetto, & Swadling.

بهوشیاری در درمانگران رابطه مثبتی با پیمان درمانی<sup>۱</sup> یا رابطه درمانی دارد (رازکیو، اوکورو و وود<sup>۲</sup>، ۲۰۱۳).

### بهوشیاری

کبت زین<sup>۳</sup>، پیشگام در کاربرد درمانی بهوشیاری آن را چنین تعریف می‌کند: «آگاهی‌ای که از طریق توجه هدفمند، در لحظه حال و بدون قضاوت تجربه لحظه به لحظه به وجود می‌آید» (کبت زین ۲۰۰۳). بیشاپ، لاو، شاپیرو، کارلسون، اندرسون و همکاران<sup>۴</sup> (۲۰۰۴)، این تعریف را برای بهوشیاری ارائه دادند «تداوم خود گردانی توجه بر تجربه حاضر که بازشناسی فزاینده رخداد‌های ذهنی در لحظه حاضر را ممکن می‌سازد» و «انتخاب یک جهت‌گیری ویژه نسبت به تجربه فردی که مشخصه آن کنجکاوی<sup>۵</sup>، گشودگی<sup>۶</sup> و پذیرش<sup>۷</sup> است». بهوشیاری به عنوان یک تمرین و حالت ذهنی است که با توجه متمرکز بعلاوه نظارت همراه است. بهوشیاری مانند مراقبه به فعالیت‌های ذهنی اشاره دارد که با توجه و آگاهی در جهت افزایش کنترل بر فرایندهای ذهنی و در نتیجه سلامت روانشناختی است. هدف تمرینات بهوشیاری تغییر افکار و احساسات و شناخت افراد نیست بلکه کمک به افراد برای آگاه بودن به تفاوت‌های محتوای ذهنی‌شان است. بایر، اسمیت و آلن<sup>۸</sup> (۲۰۰۴) چهار جز اصلی بهوشیاری را اینگونه توصیف می‌کنند: مشاهده و توجه به تجربیات درونی و بیرونی (به عنوان مثال؛ هیجان‌ات و حس‌های بدنی)؛ نامگذاری تجربیات مشاهده شده مانند "غم"؛ عمل با

1. therapeutic alliance

2. Razzaque., Okoro., & Wood.

3. Kabat-Zinn.

4. Bishop., Lau., Shapiro., Carlson., Anderson., Carmody., et al

5. curiosity,

6. openness

7. acceptance

8. Baer., Smith., & Allen.

آگاهی مخالف رفتار خودکار؛ پذیرش بدون قضاوت تجربیات لحظه اکنون، بدون بر چسب زدن مانند اشتباه یا بی ارزش.

### مکانیسم‌های اثر گذاری بهوشیاری

مهارت بهوشیاری منجر به پذیرش غیر انتقادی و غیر واکنشی تجربیات می‌شود که پیامد روانشناختی مثبت دارد (کبت زین، ۱۹۸۲). در درمان افسردگی، برنامه‌های مبتنی بر بهوشیاری، توانایی بازیابی خاطرات مربوط به وقایع شخصی خاص که در زمان و مکان خاصی اتفاق افتاده است را افزایش می‌دهد و افراد را تشویق می‌کند تا با توجه به جزئیات خاص محیط خود آنها را قبول کنند و تمام تجربیات را بدون قضاوت و یا اجتناب از آنها بپذیرند که در این شرایط از طریق کاهش رمزگردانی موقعیت و سرکوب، بازیابی حافظه ناخوشایند بهبود می‌یابد (ویلیامز، تیزدل، سگال و سالسبی، ۲۰۰۰). بایر<sup>۱</sup> (۲۰۰۳)، تغییر شناختی، مدیریت خود، آرام‌سازی و پذیرش را به عنوان کلید اثرگذاری بهوشیاری می‌داند. بودا، پذیرش/شفقت، تنظیم توجه، شیوه‌های اخلاقی را به عنوان مکانیسم‌های زیر بنایی بهوشیاری بر کاهش علائم بالینی و افزایش سلامت روانی می‌داند (بایر، ۲۰۰۳). در کل برنامه‌های مبتنی بر بهوشیاری با بهبود افکار منفی تکراری، خودآگاهی، خودتنظیمی، تعالی خود، انعطاف پذیری روانشناختی<sup>۲</sup>، بازیابی ارزش های درونی، کنترل و تنظیم توجه، آگاهی بر علایم بدنی، یکپارچه سازی عملکرد، تنظیم هیجان، شفقت خود، بینش، پذیرش و آرام‌سازی بر سلامت روانی تاثیر می‌گذارد.

1. Williams., Teasdale., Segal., & Soulsby.

2. Baer.

3. psychological flexibility

## مواجهه<sup>۱</sup>

اولین مطالعه‌ای که اثرات کاهش استرس مبتنی بر بهبودیاری (MBSR)<sup>۲</sup> را مورد توصیف قرار داد، کاربرد آن در درمان بیماران مبتلا به درد مزمن بود (کبت زین، ۱۹۸۲). MBSR تا حدی مبتنی بر تمرینات سستی مراقبه است، و غالباً شامل دوره‌های وسیع نشستن بدون حرکت است. اگر چه یک وضعیت نسبتاً آرامش یافته‌ای ایجاد می‌شود، اما عدم تحرک طولانی می‌تواند منجر به ایجاد درد در عضلات و مفاصل شود. در دستور العمل‌هایی که به مراجعان در مراقبه داده می‌شود، تأکید می‌گردد که وضعیت خود را برای رهایی از درد تغییر ندهند، بلکه در عوض مستقیماً توجه دقیقی بر حس‌های درد داشته باشند و با نگرش‌های بدون قضاوت به این حس‌ها توجه کنند؛ همچنین شناخت‌ها، هیجانات و کنش‌هایی که غالباً با حس‌های درد همراه هستند را مورد توجه دقیق و پذیرش قرار دهند. اعتقاد بر این است که توانایی مشاهده بدون قضاوت، حس‌های درد و پریشانی همراه با درد را کاهش می‌دهد.

## تغییر شناختی<sup>۳</sup>

پژوهشگران متعددی مطرح ساخته‌اند که تمرینات حضور ذهن می‌تواند باعث ایجاد تغییراتی در الگوهای فکری، یا نگرش‌های فرد در مورد افکارش شود. برای مثال، کبت-زین (۱۹۸۲، ۱۹۹۰) توصیه می‌کند که مشاهده بدون قضاوت درد و افکار مرتبط با اضطراب ممکن است منجر به فهم و درک این نکته گردد که اینها «فقط افکارند» و نمایانگر حقیقت یا واقعیت نیستند، و لزوماً نباید باعث فرار یا رفتار اجتنابی شوند. لینهان<sup>۴</sup> (۱۹۹۳) نیز خاطر نشان می‌سازد که مشاهده افکار و احساسات و به کار گرفتن برچسب‌های توصیفی برای آنها، این درک و فهم را به وجود می‌آورد که آنها همیشه

1. exposure

2. mindfulness-Based Stress Reduction

3. cognitive change

4. Linehan.

نمایانگر صحیحی از واقعیت نیستند. برای مثال احساس ترس به این معنی نیست که خطر قریب الوقوع وجود دارد، و تفکر «من مقصرم» لزوماً واقعی نیست. کریستلر و هالت<sup>۱</sup> (۱۹۹۰، ۱۹۹۹)، در مطالعه‌ای با استفاده از تکنیک‌های MBSR در مورد بیماران مبتلا به پرخوری مرضی، نظریه هیترتون و بومیستر<sup>۲</sup> (۱۹۹۱) در خصوص این دسته از بیماران را در نظر گرفتند، در این نظریه پرخوری به عنوان فرار از آگاهی از خود مطرح شده و آموزش حضور ذهن می‌تواند منجر به پذیرش بدون داورى شرایط ناخوشایندی گردد که این بیماران از آن فرار می‌کنند. تیزدل<sup>۳</sup> (۱۹۹۹) و تیزدل، سگال و ویلیامز<sup>۴</sup> (۱۹۹۵) در مطالعه خود از MBCT<sup>۵</sup> بیان داشتند که آموزش بهوشیاری باعث عدم محوریت ذهن فرد نسبت به الگوهای فکری تکراری و هم چنین کاهش نشخوار فکری می‌گردد. این نوع تفکر خاص بیماران افسرده است (نولن-هوکسما<sup>۶</sup>، ۱۹۹۱). یعنی مهارت بهوشیاری، بیمارانی را که سابقه افسردگی دارند، متوجه افکار افسردگی‌زای خود می‌سازد، و مجدداً افکار آنها را به سایر جنبه‌های زمان حال، نظیر تنفس، راه رفتن همراه بهوشیاری یا صداهای محیطی، معطوف می‌سازد و از این طریق باعث کاهش نشخوار فکری می‌گردد. تیزدل این پدیده را «بینش فراشناختی»<sup>۷</sup> می‌نامد. تیزدل و همکاران (۱۹۹۵) هم چنین متذکر می‌شوند که مزیت عملی مهارت های بهوشیاری در ترغیب تغییرات شناختی این است که همیشه تمرینات حتی در دوره های بهبودی قابلیت انجام دارند. دوره‌هایی که افکار افسردگی‌زا ممکن است به ندرت رخ دهند کمتر می‌توان از تکنیک‌های سنتی شناخت درمانی نظیر چالش با افکار و تحریفات شناختی استفاده نمود.

1. Kristeller., & Hallett.

2. Heatherton., & Baumeister.

3. Teasdale.

4. Teasdale., Segal., & Williams.

5. mindfulness-Based Cognitive Therapy

6. Nolen-Hoeksema.

7. metacognitive insight

به عبارتی، دیدگاه مبتنی بر بهبودیاری در مورد کلیه افکار فرد می تواند کاربرد داشته باشد (ویلیامز و سگال، ۲۰۰۲).

### مدیریت خود<sup>۱</sup>

پژوهشگران اظهار داشته‌اند که خود مشاهده‌گری<sup>۲</sup> بهبود یافته ناشی از آموزش بهبودیاری می تواند استفاده از مهارت‌های مقابله‌ای را ارتقا بخشد. برای مثال کبت-زین (۱۹۸۲) مطرح می‌سازد که آگاهی فزون یافته از حس درد و پاسخ‌های استرس، افراد را قادر می‌سازد که در انواع پاسخ‌های مقابله‌ای درگیر شوند. کریستلر و همکاران (۱۹۹۹) ادعا می‌کنند که توسعه مهارت‌های مشاهده-خود در طی آموزش‌های بهبودیاری باعث بهبود شناخت سرخ‌های سیری در پرخورها می‌گردد، به همین ترتیب توانایی مشاهده کشش‌های مربوط به پرخوری را افزایش می‌دهد. مارلات<sup>۳</sup> (۱۹۹۴) اثرات مشابهی را در معنادان رو به بهبود بیان می‌کند. تیزدل و همکاران (۱۹۹۵) خاطر نشان ساختند که آموزش حضور ذهن باعث آگاهی از کلیه رویدادهای هیجانی و شناختی آن گونه که رخ می‌دهند، می‌گردند، به ویژه در کسانی که ممکن است نشانه‌های اولیه عود افسردگی را تجربه کنند. از این رو، آموزش بهبودیاری می‌تواند بازشناسی اولیه نشانه‌های یک مشکل را ارتقاء بخشد و کاربرد این مهارت‌ها به احتمال بسیار در پیشگیری از مشکل می‌تواند موثر باشد (ویلیامز و سگال، ۲۰۰۲).

### آرام‌سازی<sup>۴</sup>

رابطه بین مراقبه و آرام‌سازی قدری پیچیده است. پژوهشگران (کبت-زین و همکاران، ۱۹۹۸؛ گلدنبرگ، کاپلان، نادویو، برودر، اسمیت و همکاران<sup>۵</sup>، ۱۹۹۴) مطرح ساخته‌اند که

1. Self- management

2. self-observation

3. Marlatt.

4. relaxation

5. Goldenberg., Kaplan., Nadeau., Brodeur., Smith., & Schmid.



بهوشیاری مبتنی بر کاهش استرس ممکن است در اختلالات طبی وابسته به استرس از جمله پسوریازیس<sup>۱</sup> کاربرد داشته باشند. این مطالعات خاطرنشان می سازند که مراقبه غالباً آرامش بخش است و از این راه می تواند در اداره این اختلالات موثر باشد. ایجاد آرامش از طریق راهبردهای گوناگون مراقبه تأیید شده است (اروم- جانسون<sup>۲</sup>، ۱۹۸۴).

### پذیرش

رابطه پذیرش و تغییر یک مفهوم مرکزی در مباحث روان‌درمانی است (هایس، جاکوبسون، فولت و دائر<sup>۳</sup>، ۱۹۹۴). پذیرش به عنوان "تجربه کامل رویدادها بدون دفاع و مقاومت همانگونه هستند" تعریف می شود. برای مثال افرادی که حملات هراس دارند، برای اجتناب از این حملات، به مصرف الکل یا مواد مخدر روی می آورند یا اضطراب زیاد و حساسیت بالا به نشانه‌های بدنی خود دارند. اگر این افراد بتوانند حملات هراس خود را برای مدت کوتاه و بدون خطر بپذیرند، این حملات به تجربه قابل تحمل که نیازی به اجتناب ندارد تبدیل خواهد شد.

### شفقت خود<sup>۴</sup>

شفقت خود از ساختارهای بهوشیاری است که به توانایی مراقبت از خود، آگاهی یافتن، نگرش بدون داوری نسبت به نابسندگی و شکست های خود و پذیرش این نکته که تجارب وی نیز بخشی از تجارب معمول بشری است، اشاره دارد (نف<sup>۵</sup>، ۲۰۰۳). در واقع شفقت به خود مستلزم پذیرش این نکته است که رنج شکست بخشی از شرایط انسانی است و همه انسان‌ها و از جمله خود فرد مستحق مهربانی و شفقت است

1. Psoriasis

2. Orme-Johnson.

3. Hayes. Jacobson. Follette, & Dougher.

4. self-compassion

5. Neff.

(گلدستن و کارن فیلد، ۱۹۸۷). شفقت خود دارای سه جنبه است: الف) گسترش مهربانی و درک خود و پرهیز از انتقاد و قضاوت‌های ناگوار نسبت به خود، ب) در نظر گرفتن تجارب دشوار شخصی به عنوان بخشی از تجربه‌های انسانی مشترک و پرهیز از جدایی و انزوا در درک خود، ج) هشیاری و قرار دادن افکار و احساسات در حالت تعادل و پرهیزی از همانندسازی و تخلیه افراطی (نف، ۲۰۰۳).

### تفاوت خودآگاهی و بهوشیاری

اگرچه روانشناسی بهوشیاری را نوعی خودآگاهی می‌داند، براون، رایان و کرسول (۲۰۰۷) بر تمایز این دو تاکید می‌کنند. آنها خودآگاهی را نوعی توجه متمرکز بر خود می‌دانند. از دید آنها خودآگاهی نه بر اساس توجه به خود، بلکه بر اساس هشیاری تاملی<sup>۱</sup> تعریف می‌شود. براون و همکاران (۲۰۰۷) تمایز اساسی بهوشیاری را در کیفیت توجه می‌دانند. هشیاری در جهت دو ظرفیت بنیادی عمل می‌کند: نظارت و کنترل. اولی مشاهده‌گر است و دومی عامل هدفمند حفظ یا تغییر. در خودآگاهی تاملی دغدغه فرد، کنترل، حفظ و یا ارتقا هویت خود است. در مقابل بهوشیاری مشاهده محض است (قربانی، ۱۳۹۲).

### برنامه های آموزشی مبتنی بر بهوشیاری

آموزش‌های متفاوتی مبتنی بر بهوشیاری برای بهبود سلامت روان برنامه‌ریزی شده است. برنامه کاهش استرس (MBSR) بر اساس بهوشیاری (کبت زین، ۱۹۸۲؛ ۲۰۰۵) که در ابتدا برای مدیریت درد طراحی شده بود، یک آموزش گروهی ساختار یافته است که معمولاً تا ۸ هفته طول می‌کشد. به دنبال رویکرد کبت زین، یک برنامه هشت هفته ای برای جلوگیری از افسردگی طراحی شد که عناصر شناختی و رفتاری را هم شامل

1. reflective consciousness

می‌شد (سگال، ویلیامز و تیزدل<sup>۱</sup>، ۲۰۱۳؛ MBCT). جزء شناختی این برنامه شامل آموزش روانشناختی ماهیت افکار به عنوان یک رویداد ذهنی به جای رویداد واقعی برای جلوگیری از نشخوارهای ذهنی افراد افسرده بود. علاوه بر این شرکت کنندگان آموزش دیده بودند تا علائم اولیه افسردگی را با مرتبط ساختن رفتارها، احساسات بدنی و هیجانات همراه آن شناسایی کنند (نف و گرمر، ۲۰۱۳). رویکرد دیگری که مبتنی بر پذیرش و بهوشیاری است درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT<sup>۲</sup>) است که یک درمان شناختی رفتاری با تمرکز بر بهبود بهوشیاری، پذیرش و تعامل در فعالیت‌های ارزشمند است. هسته اصلی ACT انعطاف پذیری روانشناختی برای درگیر شدن در فعالیت‌هایی با پذیرش و تعهد بالاست. رویکرد درمان دیالکتیکی<sup>۳</sup> (DBT)، دیگر رویکرد درمانی مبتنی بر پذیرش و تغییر است که از بهوشیاری استفاده می‌کند. به طور کلی مداخلات مبتنی بر بهوشیاری اثر بالایی بر کاهش استرس متخصصان سلامت روان دارند (برتون، برگس، دن، کوتسوپولو و جونز<sup>۴</sup>، ۲۰۱۷).

### مروری بر پژوهش‌های مرتبط با بهوشیاری در متخصصان سلامت روان

مطالعاتی که بر روی نمونه‌هایی شامل روانشناسان، روانپزشکان، مشاوران و کارآموزان و دانشجویان با برنامه‌های مبتنی بر بهوشیاری انجام شده‌اند، نقش برنامه‌های مبتنی بر بهوشیاری را در کاهش استرس تأیید کرده‌اند (اگز و بامبلینگ<sup>۵</sup>، ۲۰۱۰؛ بریدی، اوکانر، برگرمیستر و هانسون<sup>۶</sup>، ۲۰۱۲؛ دبی، تاکر، فراری و راجرز<sup>۷</sup>، ۲۰۱۶). رازکیو و وود<sup>۸</sup> (۲۰۱۷) در پژوهش خود نشان دادند، تمرین‌های مبتنی بر بهوشیاری در کاهش

1. Segal., Williams., & Teasdale.

2. acceptance and commitment therapy

3. dialectical behavior therapy

4. Burton, Burgess, Dean, Koutsopoulou, & Hugh-Jones

5. Aggs& Bambling.

6. Brady., O'Connor., Burgermeister, & Hanson.

7. Dobie., Tucker., Ferrari., & Rogers.

8. Razaque., & Wood.

فرسودگی شغلی متخصصان روانشناسان تأثیر داشته است. هم چنین در این مطالعه نقش تمرین‌های بهوشیاری در بهبود پیمان‌درمانی در اتاق درمان نشان داشته شده است. علاوه بر این، شاپیرو، براون و بیگل<sup>۱</sup> (۲۰۰۷) در پژوهش خود نشان دادند که تمرین‌های بهوشیاری سلامت روانشناختی آزمودنی‌ها را بهبود می‌بخشد. راب، ساگ، پارکر و فلمنت<sup>۲</sup> (۲۰۱۵) در یک برنامه استاندارد هشت هفته‌ای برای متخصصان روانشناسی زن، نشان دادند که آموزش‌های مبتنی بر بهوشیاری شفقت خود را در آزمودنی‌ها بهبود می‌بخشد. هاپکینز و پرویو<sup>۳</sup> (۲۰۱۳) و رایمز و وینگرو<sup>۴</sup> (۲۰۱۱) در برنامه‌های شناختی بهوشیاری (MBCT) نشان دادند که تمرین‌های شناختی بهوشیاری بر کاهش استرس آزمودنی‌ها تأثیری نداشت. روتز، دی زویسا، فریرسون، هاتون، ویلیامز و همکاران<sup>۵</sup> (۲۰۱۳) نشان دادند برنامه‌های شناختی بهوشیاری سلامت روانشناختی را افزایش می‌دهد. رایمز و وینگرو<sup>۶</sup> (۲۰۱۱) نیز در پژوهش خود نشان دادند MBCT شفقت خود را به طور قابل توجهی بالا می‌برد. در مطالعه دیگری فلتون، کواتز و کریستوفر<sup>۷</sup> (۲۰۱۵) نشان دادند بعد از آموزش تمرینات مبتنی بر بهوشیاری آزمودنی‌ها، اعتماد به نفس، حس خودکارآمدی و توانایی مقابله با استرس بیشتری را گزارش کردند. هالند، دی ویب، سوله‌گ، فریبورگ، روسنویک و همکاران<sup>۸</sup> (۲۰۱۵) نیز در پژوهش خود سازگاری بیشتر با شرایط را بعد از انجام تمرینات گزارش کردند. برتون، برگش، دین، کوستوپولو و هیوگ-جونز<sup>۹</sup> (۲۰۱۷) و کوری، شرما، راش و فورنیر<sup>۱۰</sup> (۲۰۱۵) نیز، در پژوهش‌های

1. Shapiro., Brown., & Biegel.

2. Raab., Sogge., Parker., & Flament.

3. Hopkins., & Proeve.

4. Rimes., & Wingrove.

5. Ruths., de Zoysa., Frearson., Hutton., Williams., & Walsh.

6. Rimes., & Wingrove.

7. Felton., Coates., & Christopher.

8. Halland., de Vibe., Solhaug., Friborg., Rosenvinge., Tyssen., et al.

9. Burton, Burgess, Dean, Koutsopoulou, & Hugh-Jones

10. Khoury, Sharma, Rush, & Fournier

مشابه نقش بهوشیاری را در کاهش استرس، افزایش رضایت‌مندی و بهبود رابطه درمانی و فرسودگی شغلی تأیید کردند.

مطالعات، تأثیر بهوشیاری و پذیرش را در افراد مختلف (اوست<sup>۱</sup>، ۲۰۱۴؛ روداز و همکاران، ۲۰۱۷؛ گاتنیک<sup>۲</sup> ۲۰۱۵) نشان داده اند. هم چنین نقش خودمراقبتی و بهوشیاری را در سلامت روان متخصصان سلامت روان (شوارتز و مت<sup>۳</sup>، ۲۰۰۹؛ ویکز<sup>۴</sup>، ۲۰۰۸) تأیید کرده اند. مطالعات هم چنین نشان داده اند آموزش بهوشیاری باعث کاهش استرس می‌شود (پاکنهام<sup>۵</sup>، ۲۰۱۵؛ راب و همکاران، ۲۰۱۵؛ لوما، ویلاردگا<sup>۶</sup>، ۲۰۱۳). هم چنین افزایش بهوشیاری با افزایش رضایت از زندگی (اسمیتز، نفریال آلبرت و پترز<sup>۷</sup>، ۲۰۱۴)، سلامت روانشناختی (دی زویسا، روتز، والش و هاتون<sup>۸</sup>، ۲۰۱۴) و انعطاف پذیری روانی، کاهش استرس و فرسودگی (برینکبورگ، میچانک، هسر و برگلاند<sup>۹</sup>، ۲۰۱۱) رابطه دارد. مطالعات متعدد نشان داده‌اند تمرینات بهوشیاری خودکارآمدی متخصصین روانشناسی در جلسات درمان و مواجهه با مراجعین (پاکنهام، ۲۰۱۵؛ گاکل، بارتون، جیمز و بریر<sup>۱۰</sup>، ۲۰۱۳)، و پیمان درمانی (رازکیو و وود، ۲۰۱۶) را افزایش می‌دهد. بهوشیاری همچنین با کاهش نشخوار ذهنی همراه است (اسمیتز و همکاران، ۲۰۱۴؛ رایمز و وینگرو، ۲۰۱۱). هم چنین مطالعات نشان داد که بهوشیاری با افزایش شفقت خود در یک پیگیری هجده ماهه سلامت روانشناختی آزمودنی‌ها را بهبود می‌بخشد (دزویسا و همکاران، ۲۰۱۴). هم چنین با تغییر در انعطاف پذیری روانی و تأثیر مثبت آن بر کاهش استرس، فرسودگی شغلی را کم می‌کند (برینکبورگ و همکاران، ۲۰۱۱).

1. Öst.

2. Gotink., Chu., Busschbach., Benson., Fricchione., & Hunink.

3. Schwartz-Mette.

4. Wicks.

5. Pakenham.

6. Luoma., & Vilardaga.

7. Smeets., Neff., Albert, H., & Peter, M.

8. De Zoysa, N., Ruths, F. A., Walsh, J., & Hutton.

9. Brinkborg., Michanek., Hesse., & Berglund.

10. Gockel., Burton., James., & Bryer.

### بحث و نتیجه گیری

پژوهش‌های مختلف مزایای استفاده از برنامه‌های مبتنی بر بهبودیاری را در جمعیت‌های متفاوت نشان داده‌اند (اوست، ۲۰۱۴؛ برتون و همکاران، ۲۰۱۷؛ روداز و همکاران، ۲۰۱۷؛ گاتنیک، چو، باجک، بنسن، فریکیم و هیونیک، ۲۰۱۵). در این مطالعه، حدود ۳۰ مقاله به منظور اثربخشی آموزش‌های مبتنی بر بهبودیاری برای کاهش استرس و تقویت خودمراقبتی در نمونه‌های متخصصان سلامت روان مورد بررسی قرار گرفت. مطالعه مروری این مقالات در حوزه تأثیر بهبودیاری در متخصصان سلامت روان نشان داد که آموزش‌های مبتنی بر بهبودیاری منجر به کاهش معنی‌دار استرس آزمودنی‌ها بعد از تمرینات می‌شود. به نظر می‌رسد بهبودیاری نقش مهمی در خودمراقبتی و سلامت روانی متخصصان روانشناسی دارد. بنابراین، پژوهش‌های بیشتر به منظور پیدا کردن مؤلفه‌های مورد نیاز بهبودیاری در برنامه‌های آموزشی می‌تواند مفید باشد. انجام تمرینات بهبودیاری، متخصصین روانشناسی را با چالش روبرو می‌کند زیرا ممکن است به مزایای این تمرین‌ها برای خود توجه نکنند (به عنوان مثال، این تصور که آنها نیاز به درمان ندارند). پیشنهاد می‌شود آموزش‌های مبتنی بر بهبودیاری در طول زمان کار یا ادغام در دوره‌های آموزشی متخصصین به آنها ارائه شود.

### منابع

قربانی، نیما. (۱۳۹۲). من به روایت من. تهران: نشر بینش نو.

- Aggs, C., & Bambling, M. (2010). Teaching mindfulness to psychotherapists in clinical practice: The mindful therapy programme. *Counselling & Psychotherapy Research*, 10, 278–286.
- Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical psychology: Science and practice*, 10, 125-143.
- Baer, R. A., Smith, G. T., & Allen, K. B. (2004). Assessment of mindfulness by self-report: The Kentucky Inventory of Mindfulness Skills. *Assessment*, 11, 191–206.

- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., et al. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11, 230–241.
- Brady, S., O'Connor, N., Burgermeister, D., & Hanson, P. (2012). The impact of mindfulness meditation in promoting a culture of safety on an acute psychiatric unit. *Perspectives in Psychiatric Care*, 48, 129–137.
- Brinkborg, H., Michanek, J., Hesser, H., & Berglund, G. (2011). Acceptance and commitment therapy for the treatment of stress among social workers: A randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 389–398.
- Brinkborg, H., Michanek, J., Hesser, H., & Berglund, G. (2011). Acceptance and commitment therapy for the treatment of stress among social workers: A randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 389–398
- Burton, Burgess, Dean, Koutsopoulou, & Hugh-Jones (2017). How effective are mindfulness- based interventions for reducing stress among healthcare professionals? A systematic review and meta-analysis. *Stress and Health*, 33, 3–13.
- De Zoysa, N., Ruths, F. A., Walsh, J., & Hutton, J. (2014). Mindfulness-based cognitive therapy for mental health professionals: A long-term quantitative follow-up study. *Mindfulness*, 5, 268–275.
- Di Benedetto, M., & Swadling, M. (2014). Burnout in Australian psychologists: Correlations with work-setting, mindfulness and self-care behaviours. *Psychology, Health & Medicine*, 19.
- Dobie, A., Tucker, A., Ferrari, M., & Rogers, J. M. (2016). Preliminary evaluation of a brief mindfulness-based stress reduction intervention for mental health professionals. *Australasian Psychiatry*, 24, 42–45.
- Felton, T. M., Coates, L., & Christopher, J. C. (2015). Impact of mindfulness training on counseling students' perceptions of stress. *Mindfulness*, 6, 159–169.
- Gockel, A., Burton, D., James, S., & Bryer, E. (2013). Introducing mindfulness as a selfcare and clinical training strategy for beginning social work students. *Mindfulness*, 4, 343–353.
- Goldenberg, D. L., Kaplan, K. H., Nadeau, M. G., Brodeur, C., Smith, S., & Schmid, C. H. (1994). A controlled study of a stress-reduction, cognitive-behavioral treatment program in fibromyalgia. *Journal of Musculoskeletal Pain*, 2, 53–66.
- Gotink, R. A., Chu, P., Busschbach, J. J. V., Benson, H., Fricchione, G. L., & Hunink, M. G. M. (2015). Standardised mindfulness-based interventions in healthcare: An overview of systematic reviews and meta-analyses of RCTs. *PLoS One*, 10.
- Halland, E., de Vibe, M., Solhaug, I., Friborg, O., Rosenvinge, J. H., Tyssen, R., et al. (2015). Mindfulness training improves problem-focused coping in psychology and medical students: Results from a randomized controlled trial. *College Student Journal*, 49, 387–398.
- Hayes, N. S. Jacobson, V. M. Follette, & M. J. Dougher. (Eds.), Acceptance and change: Content and context in psychotherapy (pp. 175–197). Reno, NV: Context Press.
- Hayes, S. C. (1994). Content, context, and the types of psychological acceptance. In S. C. Hayes, N. S. Jacobson, V. M. Follette, & M. J. Dougher (Eds.), Acceptance and change: *Content and context in psychotherapy* (pp. 13–32). Reno, NV: Context Press.

- Hopkins, A., & Proeve, M. (2013). Teaching mindfulness-based cognitive therapy to trainee psychologists: Qualitative and quantitative effects. *Counselling Psychology Quarterly*, 26, 115–130.
- Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry*, 4, 33–47.
- Kabat-Zinn, J. (2005). Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness (15th anniversary ed.). New York, NY, US: Delta Trade Paperback/Bantam Dell.
- Kabat-Zinn, J., Lipworth, L., & Burney, R. (1985). The clinical use of mindfulness meditation for the self-regulation of chronic pain. *Journal of Behavioral Medicine*, 8, 163–190.
- Khoury, Sharma, Rush, & Fournier (2015). Mindfulness-based stress reduction for healthy individuals: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 78, 519–528.
- Kristeller, J. L., & Hallett, C. B. (1999). An exploratory study of a meditation-based intervention for binge eating disorder. *Journal of Health Psychology*, 4, 357–363.
- Linehan, M. M. (1993). Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. New York, NY, US: Guilford Press.
- Luoma, J. B., & Vilardaga, J. P. (2013). Improving therapist psychological flexibility while training acceptance and commitment therapy: A pilot study. *Cognitive Behaviour Therapy*, 42, 1–8.
- Mache, S., Bernburg, M., Baresi, L., & Groneberg, D. A. (2016). Evaluation of self-care skills training and solution-focused counselling for health professionals in psychiatric medicine: A pilot study. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 12, 1–6.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour*, 2, 99–113.
- May, S., & O'Donovan, A. (2007). The advantages of the mindful therapist. *Psychotherapy in Australia*, 13, 46–53.
- Moore, K. A., & Cooper, C. L. (1996). Stress in mental health professionals: A theoretical overview. *International Journal of Social Psychiatry*, 42, 82–89.
- Neff, K. D. (2003aa). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2, 223–250.
- Neff, K. D., & Germer, C. K. (2013). A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *Journal of Clinical Psychology*, 69, 28–44.
- Newell, J. M., & MacNeil, G. A. (2011). A comparative analysis of burnout and professional quality of life in clinical mental health providers and health care administrators. *Journal of Workplace Behavioral Health*, 26, 25–43.
- Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 569–582.
- Orme-Johnson, D. W. (1984). Autonomic stability and transcendental meditation. In D. H. Shapiro, Jr., & R. N. Walsh (Eds.), *Meditation: Classic and contemporary perspectives* (pp. 510–518). New York: Aldine.



- Öst, L.-G. (2014). The efficacy of acceptance and commitment therapy: An updated systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 61, 105–121.
- Pakenham, K. I. (2015). Investigation of the utility of the acceptance and commitment therapy (ACT) framework for fostering self-care in clinical psychology trainees. *Training and Education in Professional Psychology*, 9, 144–152.
- Pakenham, K. I., & Stafford-Brown, J. (2012). Stress in clinical psychology trainees: A review of current research and future directions. *Australian Psychologist*, 47, 147–155.
- Priebe, S., Richardson, M., Cooney, M., Adedeji, O., & McCabe, R. (2011). Does the therapeutic relationship predict outcomes of psychiatric treatment in patients with psychosis? A systematic review. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 80, 70–77.
- Raab, K., Sogge, K., Parker, N., & Flament, M. F. (2015). Mindfulness-based stress reduction and self-compassion among mental healthcare professionals: A pilot study. *Mental Health, Religion & Culture*, 18, 503–512.
- Razzaque, R., & Wood, L. (2016). Exploration of the effectiveness and acceptability of a professional mindfulness retreat for psychiatrists. *Mindfulness*, 7, 340–348.
- Razzaque, R., Okoro, E., & Wood, L. (2013). Mindfulness in clinician therapeutic relationships. *Mindfulness*, 6, 170–174.
- Rimes, K. A., & Wingrove, J. (2011). Pilot study of mindfulness-based cognitive therapy for trainee clinical psychologists. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 39, 235–241.
- Rossi, A., Cetrano, G., Pertile, R., Rabbi, L., Donisi, V., Grigoletti, L., et al. (2012). Burnout, compassion fatigue, and compassion satisfaction among staff in community-based mental health services. *Psychiatry Research*, 200, 933–938.
- Rudaz, M., Twohng, M. P., Ong, C. W., Levin, M. E. (2017). Mindfulness and acceptance-based trainings for fostering self-care and reducing stress in mental health professionals: A systematic review. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6, 380–390.
- Ruths, F. A., de Zoysa, N., Frearson, S. J., Hutton, J., Williams, J. M. G., & Walsh, J. (2013). Mindfulness-based cognitive therapy for mental health professionals—A pilot study. *Mindfulness*, 4, 289–295.
- Schwartz-Mette, R. A. (2009). Challenges in addressing graduate student impairment in academic professional psychology programs. *Ethics & Behavior*, 19, 91–102.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse. New York: Guilford Press.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2013). Mindfulness-based cognitive therapy for depression (2nd ed.). New York, NY, US: Guilford Press.
- Shapiro, S. L., Brown, K. W., & Biegel, G. M. (2007). Teaching self-care to caregivers: Effects of mindfulness-based stress reduction on the mental health of therapists in training. *Training and Education in Professional Psychology*, 1, 105–115.
- Smeets, E., Neff, K., Alberts, H., & Peters, M. (2014). Meeting suffering with kindness: Effects of a brief self-compassion intervention for female college students. *Journal of Clinical Psychology*, 70, 794–807.

- Smith, P. L., & Moss, S. B. (2009). Psychologist impairment: What is it, how can it be prevented, and what can be done to address it? *Clinical Psychology: Science and Practice*, 16, 1–15.
- Stafford-Brown, J., & Pakenham, K. I. (2012). The effectiveness of an ACT informed intervention for managing stress and improving therapist qualities in clinical psychology trainees. *Journal of Clinical Psychology*, 68, 592–613.
- Stamm, B. H. (2010). *The concise ProQOL manual* (2nd ed.). Pocatello, ID: ProQOL.org.
- Teasdale, J. D. (1999). Metacognition, mindfulness, and themodification of mood disorders. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 146–155.
- Marlatt, G. A. (1994). *Addiction, mindfulness, and acceptance*. In S. C.
- Teasdale, J. D., Segal, Z. V., & Williams, M. G. (1995). How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness training) help? *Behaviour Research and Therapy*, 33, 25–39.
- Testa, D., & Sangganjanavanich, V. F. (2016). Contribution of mindfulness and emotional intelligence to burnout among counseling interns. *Counselor Education and Supervision*, 55, 95–108.
- Volpe, U., Luciano, M., Palumbo, C., Sampogna, G., Del Vecchio, V., & Fiorillo, A. (2014). Risk of burnout among early career mental health professionals. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21, 774–781.
- Williams, J. M. G., Teasdale, J. D., Segal, Z. V., & Soulsby, J. (2000). Mindfulness-based cognitive therapy reduces overgeneral autobiographical memory in formerly depressed patients. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 150–155.
- Williams, J. M. G., & Walsh, J. (2013). Mindfulness-based cognitive therapy for mental health professionals—A pilot study. *Mindfulness*, 4, 289–295.
- mental health services. *Psychiatry Research*, 200, 933–938.
- Wicks, R. J. (2008). *The resilient clinician*. New York, NY, US: Oxford University Press.
- Wise, E. H., Hersh, M. A., & Gibson, C. M. (2012). Ethics, self-care and well-being for psychologists: Reenvisioning the stress-distress continuum. *Professional Psychology: Research and Practice*, 43, 487–494.