

اثربخشی درمان مبتنی بر خودشفقت‌ورزی بر افسردگی و سرمایه‌های روان‌شناختی افراد دارای بیماری ام اس *Effectiveness of self-compassion-based therapy on depression and psychological capital in the people with MS*

Zahra Yousefian (Corresponding author)

Ph.D. student of Health Psychology, Dept. of Psychology,
Kish Branch, Islamic Azad University, Kish, Iran
Email: r.yousefian@gmail.com

Angham Aminnasab

Ph.D. student of Health Psychology, Dept. of Psychology,
Kish Branch, Islamic Azad University, Kish, Iran

Marmareh Sehati

Ph.D. student of Health Psychology, Dept. of Psychology,
Kish Branch, Islamic Azad University, Kish, Iran

زهرا یوسفیان (نویسنده مسئول)

دانشجوی دکتری روان‌شناسی سلامت، گروه روانشناسی، واحد بین الملل کیش،
دانشگاه آزاد اسلامی، جزیره کیش، ایران

Email: r.yousefian@gmail.com

انغام امین‌نسب

دانشجوی دکتری روان‌شناسی سلامت، گروه روانشناسی، واحد بین الملل کیش،
دانشگاه آزاد اسلامی، جزیره کیش، ایران

مرمره سحتی

دانشجوی دکتری روان‌شناسی سلامت، گروه روانشناسی، واحد بین الملل کیش،
دانشگاه آزاد اسلامی، جزیره کیش، ایران

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر خودشفقت‌ورزی بر افسردگی و سرمایه‌های روان‌شناختی افراد دارای بیماری ام اس انجام گرفت. روش: روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر، شامل تمام افراد مبتلا به ام اس شهر تهران در سال ۱۳۹۶ بود که به مراکز درمانی مراجعه کرده بودند. در این پژوهش از روش نمونه‌گیری غیراحتمالی در دسترس و گمارش تصادفی استفاده شد. بدین صورت که از بین افراد مبتلا به ام اس مراجعه‌کننده به مراکز درمانی تهران، تعداد ۳۰ نفر به صورت دردسترس انتخاب و با گمارش تصادفی در گروه‌های آزمایش و گروه کنترل قرار گرفتند. گروه آزمایش مداخله آموزشی را طی دو ماه و نیم در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت نمودند. این در حالی بود که گروه گواه این مداخله را در طول فرایند انجام پژوهش دریافت نکرد. پرسشنامه‌های مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسشنامه افسردگی (بک و همکاران، ۱۹۹۴) و پرسشنامه سرمایه روان‌شناختی (لوتانز و اولیو، ۲۰۰۷) بود. داده‌های حاصل از پژوهش به شیوه تحلیل کواریانس توسط نرم‌افزار آماری SPSS23 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. یافته‌ها: نتایج حاصل از تحلیل داده‌ها نشان داد که درمان مبتنی بر خودشفقت‌ورزی بر افسردگی و سرمایه‌های روان‌شناختی افراد دارای بیماری ام اس موثر بوده است ($P < 0.001$). بدین صورت که این درمان از طرفی توانسته افسردگی را کاهش داده و از طرف دیگر سرمایه‌های روان‌شناختی افراد مبتلا به ام اس را افزایش دهد. نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر پیشنهاد می‌شود که از درمان مبتنی بر خودشفقت‌ورزی جهت کاهش افسردگی و افزایش سرمایه‌های روان‌شناختی بیماران مبتلا به ام اس استفاده گردد.

کلمات کلیدی: خودشفقت‌ورزی، افسردگی، سرمایه‌های روان‌شناختی، بیماری ام اس

Abstract

Aim: The presents study was conducted aiming to investigate the effectiveness of self-compassion therapy on depression and psychological capital in the people with MS. **Method:** The research method was quasi-experimental with pretest-posttest, control group design. The statistical population of the present study included all the people suffering from MS referring to therapy centers in the city of Tehran in 2017. Non-probable sampling method and random replacement were applied in a way that 30 people were selected from MS patients referring to therapy centers in Tehran through available method and randomly put into experimental and control groups. The experimental group received eight ninety-minute sessions during two and a half months while the control group didn't receive such intervention during the process of study conduction. The applied instruments in the present study included depression questionnaire (Beck et.al, 1994) and psychological capital questionnaire (Lotanez and Olio, 2007). The data acquired from the study were analyzed through ANCOVA method via SPSS23 software. **Results:** The results of data analysis showed that self-compassion-based therapy has been effective on MS patients' depression and psychological capital ($P < 0.001$) in a way that this therapy was able to decrease depression, on the one hand, and increase MS patients' psychological capital on the other. **Conclusion:** According to the findings of the present study it can be concluded that self-compassion-based therapy can be applied as an efficient therapy to decrease MS patients' psychological capital.

Keywords: Self-compassion, depression, psychological capital

مقدمه

یکی از بیماری‌های خود ایمنی، التهابی، مزمن و پیشرونده بیماری مولتیپل اسکلروزیس یا ام اس^۱ می‌باشد که به صورت ضایعات عصبی یا میلین^۲ تخریب شده در جسم سفید مغز، طناب نخاعی و اعصاب بینایی خود را نشان می‌دهد (جفی^۳، ۲۰۰۵؛ مک‌کیب^۴، ۲۰۰۵؛ اسپالز، گلد، ویت، بارتسچ، لانگ، هلوگ^۵ و همکاران، ۲۰۰۴). از مهم‌ترین و شایع‌ترین بیماری‌های نورولوژیک و سیستم عصبی مرکزی^۶ در انسان، ام اس می‌باشد که منجر به ناتوانی در جوانان می‌گردد (کوپمن و اسپارتز^۷، ۱۹۹۹؛ مالونی^۸، ۲۰۱۸). این بیماری به عنوان یک بیماری ناتوان کننده و مزمن سیستم ایمنی بدن شناخته می‌شود (عبدخدایی، شهریاری، مظاهری، پناغی و نجاتی، ۱۳۹۶). بر اساس آمار انجمن ملی ام اس^۹ در سال ۲۰۱۱، بیشتر از ۱/۲ میلیون نفر در سراسر جهان به آن مبتلا هستند. یکی از مناطق نسبتاً شایع بروز ام اس، کشور ایران می‌باشد که نرخ ابتلا به این بیماری، به رغم آمار کمتر گزارش شده در بین آسیایی‌ها (۳-۵ نفر در هر ۱۰۰ هزار نفر)، و در ایران حدود ۱۵ تا ۳۰ نفر در هر ۱۰۰ هزار نفر است (بهرام‌خانی، جان بزرگی و علی پور، ۱۳۹۱).

این بیماری با آسیب به بافت میلین مغز و نخاع مشخص می‌گردد که منجر به بروز طیف وسیعی از علائم عصبی همچون ضعف عضلانی، اختلالات حسی و تاری دید می‌گردد. ضعف، آتاکسی، اختلالات منتشر حسی و حرکتی و تغییرات بینایی از علائم عصبی این بیماری به شمار می‌رود (تبریزی، اعتمادی‌فر و میرمهدی، ۲۰۱۲). به نظر می‌رسد که علت بیماری نامعلوم باشد، اما برخی مطالعات عفونت ویروسی و اختلالات سیستم ایمنی را دلیل بیماری ذکر کرده‌اند. از بیماری خوش‌خیم گرفته تا بیماری به سرعت پیش‌رونده و ناتوان کننده، تفاوت تظاهرات ام اس را نشان می‌دهند (سادوک و سادوک^{۱۰}، ۲۰۱۲).

بر مبنای مطالعات تجربی، میزان بالای اضطراب، افسردگی^{۱۱} و پریشانی، کیفیت پایین زندگی و بهزیستی فاعلی، مشکلات نقش و روابط اجتماعی در این بیماران مشاهده می‌گردد. این علائم روانی می‌تواند ناشی از تأثیرات مستقیم التهاب و تخریب غلاف عصبی بوده و یا ناشی از ناتوانی‌ها و مسائل روانی اجتماعی منتج از یک بیماری مزمن ناتوان کننده و با علت نامشخص، پیش‌آگهی نامعلوم و دوره‌های عود غیرقابل پیش‌بینی باشد (دنسون^{۱۲} و همکاران، ۲۰۰۹). تحقیقات بیانگر آن بوده است که عوامل روان‌شناختی اغلب پیش‌بینی‌کننده‌های بهتری برای تفاوت‌های موجود در سازگاری با بیماری هستند تا عوامل بیماری همچون شدت نشانگان، طول مدت بیماری، میزان ناتوانی عصب شناختی

1. Multiple Sclerosis (M.S)

2. myelin

3. Jefe .

4. McCabe

5. Schulz & Gold, Witte, Bartsch, Lang, Hellweg.⁵

6. CNS

7. Koopman & Schweitzer .

8. Maloni

9. National MS Society

10. Sadock & Sadock

11. Depression

12. Dennison

و.... بنا بر این به نظر می‌رسد جهت سازگاری بیمار با شرایط جسمانی، توجه به مولفه‌های روانی بیماری و مداخله در این خصوص می‌تواند موثر واقع شود (میتچل^۱ و همکاران، ۲۰۰۵).

بنا بر اظهارات فوق، بروز بیماری ام اس بر فرایندهای روانی تاثیرگذار بوده و منجر به آسیب‌های روان‌شناختی همچون افسردگی می‌گردد (میلر^۲ و همکاران، ۲۰۰۶؛ مشتاق و همکاران، ۱۳۸۹). لازم به ذکر است که برای تأیید وجود اختلال افسردگی در افراد مبتلا به ام اس، فرد می‌بایست حداقل به مدت دو هفته علائمی همانند بی‌علاقگی و یا فقدان احساسات را تقریباً در اغلب کارها تجربه نمایند. از سوی دیگر دست کم چهار نشانه از نشانه‌هایی نظیر کاهش نیرو، احساس بی‌ارزشی یا گناه، افکار عود کننده درباره مرگ و خودکشی، تغییر در اشتها یا وزن، خواب و کارهای روانی- حرکتی، تمرکز در تصمیم‌گیری، مشکل در تفکر، طرح نقشه و یا اقدام به خودکشی را داشته باشد (امیل^۳ و همکاران، ۲۰۰۸).

منابع روانی فرد، همچون سرمایه‌های روان‌شناختی^۴ بیمار، از طرف بیماری ام اس می‌تواند تحت تاثیر قرار گیرد (آقایوسفی و همکاران، ۱۳۹۱). سرمایه روان‌شناختی از آن جهت با بروز و پایداری بیماری ام اس مرتبط می‌شود که بنا بر یافته پژوهشگران مختلف، در مبتلایان به بیماری ام اس، مشکلات روان‌شناختی منبع اصلی ناتوانی‌ها، آسیب‌های اجتماعی و پایین آمدن کیفیت زندگی است (چیاراوالوتی و دلاکو^۵، ۲۰۰۸). سرمایه روان‌شناختی از نظر مفهومی، حالتی مثبت از روان‌شناختی فردی در زمینه رشد و تحول است که حداقل چهار مشخصه قابل شناسایی دارد: خودکارآمدی^۶ (اطمینان داشتن به توانایی خود و تلاش ضروری و لازم به منظور کسب موفقیت در تکالیف چالش‌انگیز)، امیدواری^۷ (پایمردی و پشتکار در جهت نیل به اهداف و تغییر مسیر برای دستیابی به موفقیت در صورت نیاز)، خوش‌بینی^۸ (اسناد مثبت نسبت به موفقیت در حال و آینده)، و تاب‌آوری^۹ که مفهوم انعطاف‌پذیر بودن برای دستیابی به موفقیت و اهداف را در زمان رو به رو شدن با دشواری و مشکلات در بر دارد (اوی، لوتانز و ینسن^{۱۰}، ۲۰۰۹). از نظر ماهیتی مولفه سرمایه روان‌شناختی دارای بار مثبت بوده و به ظرفیت‌ها و توانایی‌های انسان از دیدگاهی کاملاً مثبت نگریسته می‌شود (اوی، لوتانز، اسمیت و پالمر^{۱۱}، ۲۰۱۰). بر اساس نتایج پژوهش‌های مختلف، سرمایه روان‌شناختی اثرات قابل ملاحظه‌ای بر عملکرد فرد، خانواده و جامعه می‌گذارد (کول^{۱۲}، ۲۰۰۲).

1. Mitchell

2. Miller

3. Imel .

4. psychological capital

5. Chiaravalloti, Deluca

6. self efficacy

7. hope

8. optimism

9. resiliency

10. Avey, Luthans & Jensen

11. Smith & Palmer

12. Cole .

به منظور بهبود مولفه‌های روان‌شناختی بیماران مبتلا به ام اس، روش‌های مداخله‌ای گوناگونی بکار گرفته شده است. درمان مبتنی بر خودشفقی^۱ یکی از مداخلات جدید حوزه درمانی است که کارآزمایی بالینی آن در تحقیقات پژوهشگرانی همچون پژوهش بلاث و ایزنلوهر-ماول^۲ (۲۰۱۷)؛ تاننباوم^۳ و همکاران (۲۰۱۷)؛ ونگ^۴ و همکاران (۲۰۱۷)؛ الاین و هالینز^۵ (۲۰۱۶)؛ سویسا و ویلکامپ^۶ (۲۰۱۵)؛ اسمیت^۷ و همکاران (۲۰۱۴)؛ گیلبرت^۸ (۲۰۱۴)؛ کیونگ^۹ (۲۰۱۳)؛ یارنل^{۱۰} و همکاران (۲۰۱۳)؛ ترچ^{۱۱} (۲۰۱۲)؛ ورن^{۱۲} و همکاران (۲۰۱۲)؛ کرد (۱۳۹۵)؛ عجم، فرزانه و شکوهی فرد (۱۳۹۳) نشان داده شده است. بر اساس نتایج پژوهش‌های این محققین، درمان مبتنی بر خودشفقی می‌تواند به طور معناداری سطح امید، عزت نفس، سلامت روانی و عواطف مثبت را در افراد بهبود بخشد و در مقابل، هیجانات منفی آنان را کاهش دهد. باید ذکر نمود که شفقت به خود، یک برخورد توأم با محبت و پذیرا نسبت به ابعاد نامطلوب خود و زندگی خود بوده و از سه مولفه اصلی برخوردار است: در وهله اول، شامل مهربانی با خود^{۱۳} و درک خود در سختی‌ها و یا در زمان مشاهده نابسندگی‌هاست. دوم شفقت به خود با عطف توجه به مشترکات انسانی^{۱۴}، رنج و شکست را از ابعاد اجتناب‌ناپذیر تجربیات مشترک بشر می‌پندارد و سرانجام آگاهی متعادل نسبت به احساسات خود، از مؤلفه‌های شفقت به خود می‌باشد که به بیانی توانایی مواجهه با احساسات و افکار دردناک (به جای اجتناب از آنها)، بدون اغراق، درام یا ترحم به حال خود را در بر می‌گیرد (نصف^{۱۵}، ۲۰۰۷).

با نگاهی به وجود آسیب‌های روان‌شناختی نظیر افسردگی در افراد مبتلا به ام اس (مشتاق و همکاران، ۱۳۸۹؛ میلر و همکاران، ۲۰۰۶) و نیز تاثیر این بیماری بر منابع روان‌شناختی افراد مبتلا (آقایوسفی و همکاران، ۱۳۹۱) و از سویی با نظر به کارآیی درمان مبتنی بر خودشفقت‌ورزی در فروکاستن آسیب‌های روان‌شناختی افراد مختلف همچون نتایج پژوهش بلاث و ایزنلوهر-ماول (۲۰۱۷)؛ تاننباوم و همکاران (۲۰۱۷)؛ ونگ و همکاران (۲۰۱۷)؛ الاین و هالینز (۲۰۱۶)؛ سویسا و ویلکامپ (۲۰۱۵)؛ گیلبرت (۲۰۱۴)؛ کیونگ (۲۰۱۳)؛ ورن و همکاران (۲۰۱۲)؛ ترچ (۲۰۱۲) و نیز عدم انجام پژوهشی در جهت بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر خودشفقت‌ورزی بر افسردگی و سرمایه‌های روان‌شناختی افراد دارای بیماری ام اس، محققین تصمیم گرفتند تا تاثیر این درمان را بر افسردگی و سرمایه‌های روان‌شناختی افراد دارای بیماری ام اس مورد بررسی و آزمون قرار دهند.

¹. Self-compassion

². Bluth, Eisenlohr-Moul

³. Tanenbaum

⁴. Wang

⁵. Elaine & Hollins

⁶. Soysa, Wilcomb

⁷. Smeets

⁸. Gilbert

⁹. Kyeong

¹⁰. Yarnell

¹¹. Tirch

¹². Wren

¹³. Self-Kindness

¹⁴. Common Humanity

¹⁵. neff .

روش

روش پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه گواه است. متغیر مستقل درمان مبتنی بر خودشفقت‌ورزی و متغیرهای وابسته افسردگی و سرمایه‌های روان‌شناختی افراد دارای بیماری ام‌اس بود.

جامعه آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری

در این پژوهش جامعه آماری را تمامی افراد مبتلا به بیماری ام‌اس مراجعه‌کننده به مراکز درمانی شهر تهران در سال ۱۳۹۵ تشکیل می‌دادند. جهت انتخاب حجم نمونه از روش نمونه‌گیری غیرتصادفی دردسترس و گمارش تصادفی استفاده شد. بدین صورت که با استفاده از روش نمونه‌گیری غیرتصادفی در دسترس، از بین مراکز درمانی شهر تهران، بیمارستان شهدای تجریش انتخاب شد. سپس از بین مراجعان این بیمارستان ۳۰ فرد مبتلا به بیماری ام‌اس، انتخاب و از آنان جهت شرکت در پژوهش دعوت شد. پس از اعلام آمادگی این بیماران جهت شرکت در پژوهش، آنها به صورت تصادفی (قرعه‌کشی) به دو گروه آزمایش و گواه تقسیم شدند (۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه گواه). سپس قبل از ارائه مداخله آموزشی درمان مبتنی بر خودشفقت‌ورزی، پرسشنامه‌های پژوهش به آنان ارائه و پس از پاسخگویی جمع‌آوری گردید. در گام بعد افراد گروه آزمایش مداخله آموزشی درمان مبتنی بر خودشفقت‌ورزی، را طی هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در طی دو ماه و نیم دریافت نمودند، در حالیکه گروه گواه از دریافت این مداخله در طی انجام فرایند پژوهش بی‌بهره بود. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل داشتن بیماری ام‌اس، رضایت آگاهانه جهت شرکت در پژوهش، نداشتن بیماری جسمی حاد و مزمن دیگر (با توجه به خوداظهاری آنان) و نداشتن بیماری روان-شناختی حاد و مزمن بود. همچنین ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل داشتن بیش از دو جلسه غیبت، عدم همکاری، انجام ندادن تکالیف مشخص شده در کلاس، عدم تمایل به ادامه حضور در فرایند انجام پژوهش و بروز حادثه پیش‌بینی نشده بود. جهت رعایت اخلاق در پژوهش افراد برای شرکت در برنامه مداخله کسب و از کلیه مراحل مداخله آگاه شدند. همچنین به افراد گروه گواه اطمینان داده شد که آنان نیز پس از اتمام فرایند پژوهشی این مداخلات را دریافت خواهند نمود. همچنین به افراد هر دو گروه اطمینان داده شد که اطلاعات آنها محرمانه باقی می‌ماند و نیازی به درج نام نیست. در نهایت، بر روی گروه آزمایش مداخله درمان مبتنی بر خودشفقت‌ورزی مطابق با جدول یک انجام شد در حالی که گروه گواه به همان روش جاری و معمول آموزش می‌دید.

ابزار

پرسشنامه سرمایه روان‌شناختی لوتانز^۱

پرسشنامه سرمایه روان‌شناختی در سال ۲۰۰۷ توسط لوتانز و اولیو تهیه گردیده و از چهار زیرمقیاس خودکارآمدی، امیدواری، تاب‌آوری و خوش‌بینی تشکیل گردیده است. هر زیرمقیاس این پرسشنامه دارای شش ماده بوده که آزمودنی، به هر ماده بر مبنای مقیاس شش درجه‌ای لیکرت (کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم: نمره صفر تا ۵) پاسخ می‌دهد. به منظور محاسبه نمره سرمایه روان‌شناختی، در ابتدا نمره هر زیرمقیاس را به طور جداگانه محاسبه و سپس

^۱. Psychological capital Questionnaires Luhans (PCQ)

مجموع نمرات، نمره کل سرمایه روان‌شناختی را تشکیل می‌دهد. حداقل نمره این پرسشنامه صفر و حداکثر ۱۲۰ می‌باشد. از طریق تحلیل عاملی تاییدی، روایی سازه این پرسشنامه تایید شده است (لوتانز و اولیو، ۲۰۰۷). پژوهش فروهر، هویدا و جمشیدیان (۱۳۹۰) بعد از دو اجرای آزمایشی و اظهار نظر صاحب‌نظران، روایی صوری و محتوایی این پرسشنامه را مورد تایید قرار داده و ضریب اعتبار آن نیز از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۷ گزارش گردیده است. فرخی و سبزی (۱۳۹۴) نیز برای تعیین روایی، در پژوهش خود از همبستگی نمره هر بعد با نمره کل استفاده نموده و با توجه به نتایج تحقیق، ضرایب ابعاد خودکارآمدی، امیدواری، تاب‌آوری و خوش‌بینی به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۷۸، ۰/۶۶، ۰/۶۵ و برای کل مقیاس ۰/۸۹ به دست آمد که بیانگر اعتبار مطلوب این مقیاس بود. بنا به نتایج پژوهش کنونی نیز ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه برای مقیاس‌های خودکارآمدی، امیدواری، تاب‌آوری و خوش‌بینی به ترتیب ۰/۸۲، ۰/۸۳، ۰/۷۰، ۰/۷۱ و برای کل مقیاس ۰/۸۴ به دست آمد.

پرسشنامه افسردگی بک

پرسشنامه افسردگی بک شامل ۲۱ سؤال است که هر سؤال یک بعد از افسردگی را می‌سنجد. پاسخ‌دهندگان به این آزمون، به هر ماده بر مبنای یک مقیاس لیکرت چهار درجه‌ای از صفر تا سه پاسخ دادند. حداقل نمره در این آزمون صفر و حداکثر آن ۶۳ است. با جمع کردن نمرات فرد در هر یک از ماده‌ها، نمره فرد به طور مستقیم به دست آمد. نمره‌های این آزمون به این شکل طبقه‌بندی شده‌اند: ۰ تا ۱۳ (هیچ یا کمترین افسردگی)، ۱۴ تا ۱۹ (افسردگی خفیف)، ۲۰ تا ۲۸ (افسردگی متوسط)، ۲۹ تا ۶۳ (افسردگی شدید) (فتحی و همکاران، ۲۰۱۶). اعتبار و روایی این آزمون از هنگام تدوین تاکنون مورد ارزیابی‌های متعدد قرار گرفته است که عمدتاً نتایج مطلوبی داشته‌اند. در تحقیقات متعدد روایی این آزمون از $r=0.73$ تا $r=0.93$ با میانگین $r=0.86$ به دست آمده است. درجه روایی همزمان با درجه بندی‌های بالینی برای بیماران روانپزشکی نشانگر ضریب همبستگی متوسط تا بالا است ($r=0.55$ تا $r=0.96$). همچنین این آزمون با آزمون‌های دیگری که افسردگی را می‌سنجد همبستگی بالایی داشته است. از جمله همبستگی این آزمون با زیر مقیاس افسردگی آزمون چندوجهی شخصیتی مینه سوتا، $r=0.74$ به دست آمده است (رئیسیان، گلزاری و برجعلی، ۲۰۱۱). پایایی پرسشنامه حاضر در این پژوهش به وسیله ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۲ محاسبه گردید.

روند اجرای پژوهش

جهت انجام پژوهش با مراجعه به مراکز درمانی بیماران ام اس شهر تهران و انتخاب حجم نمونه با رضایت کتبی و گمارش آن‌ها در گروه‌های آزمایش و گواه، پرسشنامه‌های پژوهش به صورت گروهی بر روی افراد حاضر در پژوهش اجرا گردید. جهت رعایت اخلاق در پژوهش رضایت افراد برای شرکت در برنامه مداخله کسب و از کلیه مراحل مداخله آگاه شدند. هم‌چنین به افراد گروه گواه اطمینان داده شد که آنان نیز پس از اتمام فرایند پژوهشی این مداخلات را دریافت خواهند نمود. هم‌چنین به هر دو گروه اطمینان داده شد که اطلاعات آنها محرمانه باقی می‌ماند و نیازی به درج نام نیست. در نهایت، بر روی گروه‌های آزمایش مداخله آموزشی درمان مبتنی بر خودشفقتی مطابق با جدول یک

انجام شد در حالی که گروه گواه به همان روش جاری و معمول آموزش می‌دید. برنامه مداخله‌ای درمان مبتنی بر خود شفقتی در هشت جلسه آموزشی ۹۰ دقیقه‌ای، هفته‌ای یک جلسه در طی دو ماه و نیم به شرح زیر اجرا گردید.

جدول ۱: خلاصه جلسات آموزشی درمان مبتنی بر شفقت (نف، ۲۰۰۷)

جلسات	خلاصه اقدامات انجام شده
جلسه اول	ارایه مقدمه ای از درمان متمرکز بر شفقت و اهمیت آن در زندگی؛ آموزش اصول پایه درمان متمرکز بر شفقت و تاثیر آن بر سیستم مغزی؛ آموزش فرایند تنظیم سه سیستم هیجان اصلی (تعامل بین کارکرد مغز قدیم و مغز جدید)
جلسه دوم	آموزش تمرین ذهن آگاهی، حساسیت نسبت به رنج در بستری از زمان حال (اینجا و اکنون)؛ آموزش مفهوم سازی موردی مبتنی بر شفقت؛ شناسایی مشکلات و نشانه‌های موجود، بستر کنونی مشکلات، تأثیر زندگی گذشته، تهدیدهای اصلی و ترس‌های شکل گرفته، راهبردهای امنیتی، پیامدهای ناخواسته
جلسه سوم	تصور سازی خود مهربان، تصویر سازی شفقت نسبت به دیگران و دریافت شفقت از دیگران، تصویر سازی مکانی امن، تکنیک دو صندلی؛ برقراری شفقت آمیز و انعطاف پذیری بین جنبه‌های مختلف خود و ایجاد حساسیت شفقت آمیز، همدلی و همدردی نسبت به خویش
جلسه چهارم	ایجاد هویت شفقت آمیز؛ هدف اصلی این جلسه: چگونه از تکرار عبارات‌های مهورزی فراتر رفته و به صورت طبیعی ذهن شفقت ورز را پرورش دادن (اهمیت تربیت ذهن مهربان).
جلسه پنجم	مدیریت احساسات و عواطف دشوار؛ تمرینات شامل؛ آگاهی مراجع از کشمکش مداوم خود با افسردگی و اضطراب و دردهایی که در روابط دشوار زندگی تحمل شده اند؛ استفاده از درماندگی خلاق و دیدگاه بی تقصیری (گسلش از احساس شرمندگی)
جلسه ششم	عمیق زندگی کردن؛ تصریح اهداف ارزشمند و انتخاب مسیر مراقبت از سلامتی؛ بررسی و کشف ارزش‌های اصلی که به زندگی معنا می‌بخشد.
جلسه هفتم	تغییر روابط؛ کشف روش‌های جدید و اتخاذ رویکردی گسترده، آگاهی یافتن و رهایی از روش‌های اجتناب و کنترل؛ تقویت رفتارهای شفقت آمیز؛ شامل توسعه رفتارهای هوشمندانه، کسب قدرت و شجاعت و مهربانی، مشارکت فعال از طریق تکنیک‌های فعال سازی رفتاری در فعالیت‌های دشوار و ترس آور.
جلسه هشتم	مورد هدف قرار دادن تعصبات منفی زندگی (مداخله خاتمه دادن به جنگ)؛ تمرکز کردن بر نقاط مثبت و قوت در زندگی، تبدیل شدن به خالق اهداف و مسیرهای ارزشمند خویش طبق تکمیل کردن فرم ۸ آیتی، شغل و زندگی کاری، خانواده، زندگی اجتماعی، تحصیل، سلامتی جسمی، معنویت، مشارکت اجتماعی، تفریح و سرگرمی

در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از دو سطح آمار توصیفی و استنباطی استفاده شده است. در سطح آمار توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد و در سطح آمار استنباطی از آزمون شاپیرو-ویلک جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها، آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس‌ها، تحلیل رگرسیون جهت بررسی شیب خط رگرسیون، همچنین از تحلیل کواریانس تک متغیره برای بررسی فرضیه پژوهش استفاده گردید. دلیل استفاده از تحلیل کواریانس تک متغیره، تحلیل متغیرهای پژوهش به شکل جداگانه بود، چرا که متغیرهای پژوهش به وسیله پرسشنامه‌های جداگانه مورد سنجش قرار گرفته و دارای مبانی نظری جدا از هم می‌باشند. نتایج آماری با استفاده از نرم افزار آماری SPSS-۲۳ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است.

یافته‌ها

یافته‌های حاصل از داده‌های جمعیت شناختی بیانگر آن بود که از افراد حاضر در پژوهش ۲۱ نفر زن (معادل ۷۰ درصد) و ۹ نفر مرد (معادل ۳۰ درصد) بودند. افراد نمونه پژوهش دارای دامنه سنی ۳۵ تا ۵۰ سال بودند که در این بین میانگین و انحراف معیار سن آن‌ها $4/62 \pm 39/45$ سال بود. همچنین بیشتر این افراد متأهل بودند (۹۰ درصد). بالاخره بیشترین میزان سطح تحصیلات مربوط به لیسانس (۴۳ درصد) بود. حال ابتدا به بررسی یافته‌های توصیفی پژوهشی پرداخته می‌شود.

جدول ۲. نتایج آمار توصیفی متغیرهای پژوهش در مراحل پیش و پس از آزمون

گروه‌ها	پیش آزمون		پس آزمون	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
گروه آزمایش	۴۳	۵/۴۲	۳۵/۰۶	۴/۱۴
گروه گواه	۴۳/۸۰	۷/۲۹	۴۵/۰۶	۷/۵۲
گروه گواه	۴۳/۸۰	۵/۳۰	۴۶/۰۶	۶/۵۱
گروه آزمایش	۴۶/۹۳	۵/۸۴	۴۶/۰۶	۶/۰۴

نتایج حاصل از جدول ۲ حاکی از آن است که میانگین نمرات افسردگی و سرمایه‌های روان‌شناختی در گروه آزمایش در اثر آموزش درمان مبتنی بر خودشفقتی در مقایسه با گروه کنترل در مرحله پس از آزمون دچار تغییر شده است. معناداری این تغییر به بررسی نتایج آمار استنباطی در ادامه مورد بررسی قرار می‌گیرد.

از ارائه نتایج تحلیل آزمون کواریانس، نتایج آزمون شاپیرو ویلک بیانگر آن بود که پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها برقرار است ($p > 0/05$). همچنین پیش‌فرض همگنی واریانس نیز توسط آزمون لوین مورد سنجش قرار گرفت که نتایج نشان داد پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها رعایت شده است ($p > 0/05$). همچنین باید اشاره کرد که در بررسی پیش‌فرض همگنی شیب خط رگرسیون، نتایج نشان داد که تعامل پیش‌آزمون با متغیر گروه‌بندی در مراحل پس‌آزمون در متغیرهای افسردگی و سرمایه‌های روان‌شناختی معنادار نبوده است. این بدان معناست که فرض همگنی شیب خط رگرسیون در متغیرهای افسردگی و سرمایه‌های روان‌شناختی برقرار بوده است. حال به ارائه نتایج جداول استنباطی پرداخته می‌شود. نتایج تحلیل کواریانس تاثیر عضویت گروهی بر میزان افسردگی و سرمایه‌های روان‌شناختی افراد مبتلا به بیماری ام اس با کنترل متغیر پیش‌آزمون در جدول ۳ آمده است.

جدول ۳: تحلیل کواریانس تاثیر درمان مبتنی بر شفقت بر افسردگی و سرمایه‌های روان‌شناختی افراد مبتلا به بیماری ام اس

متغیرها	شاخص‌های آماری	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آزمون
افسردگی	پیش‌آزمون	۶۸/۶۴	۱	۶۸/۶۴	۵/۳۷	۰/۰۳	۰/۱۶	۰/۶۱
	عضویت گروهی	۷۰/۶۹۶	۱	۷۰/۶۹۶	۵۵/۲۹	۰/۰۰۱	۰/۶۷	۱
	خطا	۳۴۵/۲۲	۲۷	۱۲/۷۸				
سرمایه‌های روان‌شناختی	پیش‌آزمون	۳۰۱/۷۱	۱	۳۰۱/۷۱	۱۱/۳۲	۰/۰۰۲	۰/۲۹	۰/۹۰
	عضویت گروهی	۸۰۴/۳۱	۱	۸۰۴/۳۱	۳۰/۱۹	۰/۰۰۱	۰/۵۳	۱
	خطا	۷۱۹/۲۲	۲۷	۲۶/۶۴				

با توجه به نتایج جدول فوق، ارائه متغیر مستقل (درمان مبتنی بر خودشفقتی) توانسته منجر به ایجاد تفاوت معنادار میانگین نمرات متغیرهای وابسته (افسردگی و سرمایه‌های روان‌شناختی افراد مبتلا به بیماری ام اس) در مرحله پس‌آزمون در سطح خطای ۰/۰۵ گردد. لذا این نتیجه حاصل می‌شود که با کنترل متغیرهای مداخله‌گر، میانگین نمرات متغیرهای افسردگی و سرمایه‌های روان‌شناختی افراد مبتلا به بیماری ام اس با درمان مبتنی بر خودشفقتی تغییر یافته است. تغییر بدین شکل بوده که مطابق با یافته توصیفی، نمرات افسردگی و سرمایه‌های روان‌شناختی افراد مبتلا به بیماری ام اس در مرحله پس‌آزمون تغییر یافته است. بدین صورت که میانگین نمرات افسردگی کاهش و سرمایه روان‌شناختی افزایش یافته است. مقدار تاثیر درمان مبتنی بر خودشفقتی بر میزان افسردگی و سرمایه‌های روان‌شناختی افراد مبتلا به بیماری ام اس به ترتیب ۰/۶۷ و ۰/۵۳ بوده است. این بدان معناست که به ترتیب ۶۷ و ۵۳ درصد تغییرات متغیرهای افسردگی و سرمایه‌های روان‌شناختی افراد مبتلا به بیماری ام اس توسط عضویت گروهی (درمان مبتنی بر خودشفقتی) تبیین می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش کنونی با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر خودشفقت‌ورزی بر افسردگی و سرمایه‌های روان‌شناختی افراد دارای بیماری ام اس صورت پذیرفت. یافته‌های حاصل از تحلیل داده‌ها حاکی از آن بود که درمان مبتنی بر خودشفقت‌ورزی بر افسردگی و سرمایه‌های روان‌شناختی افراد دارای بیماری ام اس موثر بوده است ($P < 0.001$). نتایج پژوهش کنونی با یافته‌های بلاث و ایزنلوهر-ماول (۲۰۱۷)؛ تاننام و همکاران (۲۰۱۷)؛ ونگ و همکاران (۲۰۱۷)؛ الاین وهالینز (۲۰۱۶)؛ سویسا و ویلکامپ (۲۰۱۵)؛ اسمیت و همکاران (۲۰۱۴)؛ گیلبرت (۲۰۱۴)؛ یارنل و همکاران (۲۰۱۳)؛ کیونگ (۲۰۱۳)؛ ترچ (۲۰۱۲)؛ ورن و همکاران (۲۰۱۲)؛ کرد (۱۳۹۵)؛ عجم، فرزانه و شکوهی فرد (۱۳۹۳) هم راستا می‌باشد. به طوری که این پژوهشگران با توجه به نتایج پژوهش خود اظهار داشتند که درمان مبتنی بر خودشفقتی می‌تواند به شکل معناداری سطح امید، عزت نفس، سلامت روانی و عواطف مثبت افراد را بهبود بخشیده و از هیجانات منفی بکاهد.

می‌توان اظهار کرد افرادی که شفقت به خود بالاتری دارند، از مهارت‌های مقابله‌ای و هیجانی بیشتری برخوردارند، در بازسازی خلقی حالات هیجانی منفی و ایجاد تمایز میان احساساتشان توانمندترند (تری و لری، ۲۰۱۳). بر اساس یافته‌های پژوهشی آلبرستون^۱ و همکاران (۲۰۱۵) دوره‌های آموزش شفقت به خود، سبب افزایش میزان شفقت به خود و کاهش عوامل روان‌شناختی آسیب‌زا در بین زنان گردیده است.

همچنین یافته‌های مطالعه اسمیت و همکاران (۲۰۱۴) حاکی از آن بود که آموزش شفقت به خود باعث افزایش خوش-بینی، خودکار آمدی و توجه آگاهانه به حال می‌شود. به علاوه یافته‌های پژوهشی یارنل و همکاران (۲۰۱۳) نیز نشان داد که افراد دارای شفقت به خود بالاتر، آشفتگی عاطفی کمتری داشته و در زمینه حل تعارضات بین فردی سازش بیشتری دارند. از سوی دیگر، بین شفقت به خود و شادکامی و تندرستی فردی ارتباط معنادار گزارش گردیده است (نف و کاستیگن^۲، ۲۰۱۴؛ هولیس والکر و کولوسیمو^۳، ۲۰۱۱).

با توجه به پژوهش‌های پیشین می‌توان اظهار داشت افرادی که از خودشفقتی بالا برخوردارند، در حل تعارضات درون فردی مهارت داشته و آن را با در نظر گرفتن نیازهای خود و دیگران برطرف می‌کنند (یارنل و نف، ۲۰۱۳). پژوهش‌های دیگری به افزایش رفتارهای ارتقا دهنده سلامتی (فاشی^۴ و همکاران، ۲۰۱۴) و افزایش بهزیستی روان‌شناختی، همچون مدیریت کردن پاسخ‌های متناسب با استرس (پیس^۵ و همکاران، ۲۰۰۹)، کاهش اضطراب در بیماران (کمپنین^۶ و همکاران، ۲۰۱۳) و نقش موثر شفقت به خود در حوزه سلامت جسمی و روان‌شناختی اشاره کرده‌اند. به منظور تبیین کارآیی درمان خودشفقتی و تاثیر آن بر افسردگی و سرمایه روان‌شناختی افراد مبتلا به بیماری

¹ Albertson .

² Neff & Costigan .

³ Hollis-Walker & Colosimo .

⁴ Fuschia

⁵ Pace

⁶ Kemppainen

ام اس، باید اذعان داشت که درمان مبتنی بر خودشفقتی علاوه بر آنکه موجب تقویت حالات هیجانی مثبت در فرد می‌شود، بلکه وی را در مقابل حالات روانی منفی نیز محافظت می‌نماید. با وجود اینکه شفقت به خود با عواطف مثبت ارتباط دارد، اما این خصیصه صرفاً در بر داشتن هیجان‌ات منفی در هوشیاری غیرقضاوتگر، بدون فرونشاندن توأم با انکار جنبه‌های منفی تجربه نیست (یارنل و نف، ۲۰۱۲).

از منظری دیگر شفقت به خود را می‌توان به عنوان یک راهبرد مقابله‌ای هیجان‌محور مفید در نظر گرفت. به دلیل اینکه شفقت به خود، سبب آگاهی هوشیارانه نسبت به هیجان‌ات خود می‌شود (بنت - گلمن^۱، ۲۰۰۱)، بنا بر این دیگر از احساسات دردناک و ناراحت‌کننده اجتناب نمی‌شود، بلکه با فهم و احساس اشتراکات انسانی و عنصر مهربانی به آنان نزدیک می‌شود. به عبارت دیگر هیجان‌ات منفی به احساساتی مثبت‌تر تبدیل می‌شوند و به افراد، دقت بیشتری برای درک شرایط و انتخاب کارهای مؤثر جهت تغییر خود یا شرایط را، به صورتی اثربخش و مناسب می‌بخشند. به علاوه شفقت به خود سبب فعال‌سازی نظام تسکین فردی گشته و نهایتاً به کاهش احساس ترس و کناره‌گیری در افراد منجر می‌شود (گیلبرت و آیزونز^۲، ۲۰۰۵) که نتیجه این فرایند کاهش افسردگی در فرد می‌باشد. همچنین شواهد پژوهشی نشان داد که شفقت به خود، تاب‌آوری هیجانی^۳ را نیز بالا می‌برد، به طوری که افرادی که درجات بالاتری از این خصیصه شخصیتی را دارند، تمایل کمتری به فرونشانی یا نشخوار افکار از خود نشان می‌دهند (نف، کیرک پاتریک^۴ و رود^۵، ۲۰۰۷). با افزایش تاب‌آوری هیجانی، منابع روانی همچون سرمایه روان‌شناختی در افراد نیز ارتقا می‌یابد.

می‌توان اذعان داشت آموزش رویکرد خودشفقتی مددجو را یاری می‌کند تا بر روی تمرین‌های تمرکز، اقدام مشفقانه و کسب شفقت تمرکز کند. به عبارت دیگر شفقت به بیماران کمک می‌کند تا نسبت به خود و دیگران به نرم‌خویی و مهربانی رفتار کنند و نخستین قدم برای نمود مهربانی، حساس بودن نسبت به رنج خود و دیگران است، نه نسبت به رفتار خود و دیگران (یارنل و نف، ۲۰۱۳). به علاوه رویکرد شفقت به بیماران می‌آموزد که هر چقدر بیشتر با مهربانی رفتار کنند، ذهن آنها نیز به تدریج به سوی مهربانی میل می‌کند. بر این اساس به مراجع توصیه می‌گردد تا از مسیر تحمل پریشانی، به زندگی کامل، غنی و معنادار دست یابند و با طی این فرایند، علائم افسردگی کاهش یافته و مولفه‌های روان‌شناختی مثبت به سوی بهبودی سوق می‌یابد.

بر اساس گزارش آلن و همکاران (۲۰۰۹) و نف و تریج^۶ (۲۰۱۳)، شفقت با خود موجب ارتقای بهزیستی روانی گشته و با ایجاد آرامش، ایمنی و ارتباط درونی فرد با خود، تهدید و انزوا که در وی اتفاق می‌افتد، کاهش می‌یابد. به بیان دیگر، ارتقای شفقت به خود در فرد موجب تعادل عاطفی بیشتر گشته و با بهبود کیفیت زندگی، سرمایه روان‌شناختی افراد افزایش می‌یابد (آلن و همکاران، ۲۰۰۹؛ نف و تریج، ۲۰۱۳).

¹ . Benner-Goleman

² . Gilbert, Irons

³ . Emotional Rasilience

⁴ .Emotional Rasilience

⁵ .Rude

⁶ Neff & Tirch .

همچنین با آموزش رویکرد شفقت به خود به مراجعان، مؤلفه‌های اشتیاق که شامل: تحمل پریشانی، همدردی، همدلی، حساسیت، غیر قضاوتی نبودن و مراقبت از بهزیستی است، پرورش می‌یابد و آنان بدین طریق می‌توانند رنج موجود را تحمل کنند، خود را درک نموده و در راستای ارزش‌ها قدم بردارند. بنابراین در ابتدا از مراجعان درخواست گردید که برای التیام بخشیدن یا پیشگیری از رنج خود و دیگران تلاش نمایند و این تلاش سبب ایجاد رأفت در فرد و سایرین می‌گردد. نکته دیگر این که نسبت به رنج خود و دیگران بدون اجتناب از آنها حساسیت نشان دهند و در واقع این حساسیت، به آگاهی از زمان حال اشاره دارد. از سوی دیگر به مراجع آموزش داده شد که حساسیت نسبت به رنج و همدردی با رنج، درگیر شدن با رنج، مستلزم توانایی تحمل هیجانات، افکار و احساسات بدنی دشوار است و لذا مراجع به واسطه تحمل پریشانی می‌آموزد که توانایی ماندن با هیجان پدید آمده را داشته باشد، بدون آنکه بخواهد نسبت به این هیجانات و رویدادهای ذهنی با شرم و سرزنش، قضاوت پاسخ گوید چرا که خود انتقادگری منجر به درد هیجانی و تشدید رنج و اجتناب می‌گردد. توانایی مواجهه و تحمل هیجانات نیز سبب بهبود تاب‌آوری می‌گردد. بهبود تاب‌آوری به عنوان یکی از زیرمقیاس‌های سرمایه‌های روان‌شناختی، می‌تواند منجر به افزایش سرمایه روان‌شناختی بیماران مبتلا به ام اس گردد.

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی همچون محدودیت نمونه‌گیری تصادفی (نمونه‌گیری در دسترس)، منطقه جغرافیایی (شهر تهران)، جامعه آماری (افراد مبتلا به ام اس) و نیز عدم برگزاری مرحله پیگیری مواجهه بود. بنابراین در قالب پیشنهادات پژوهشی، پیشنهاد می‌شود پژوهش حاضر با محدوده جغرافیایی و جامعه آماری دیگر و به شیوه نمونه‌گیری تصادفی و برگزاری مرحله پیگیری انجام شود تا موجب افزایش روایی بیرونی نتایج پژوهش گردد. همچنین در سطح پیشنهادات کاربردی پیشنهاد می‌شود که در مراکز درمانی بیماران ام اس، با استفاده از متخصصان روان‌شناسی، درمان مبتنی بر شفقت به کار گرفته شده تا از این رهگذر افسردگی این بیماران کاهش و سرمایه‌های روان‌شناختی آنان افزایش یابد.

با توجه به یافته‌های حاصل از پژوهش کنونی توصیه می‌گردد که مراکز درمانی به موازات درمان‌های فیزیولوژیکی، برای بهبود افسردگی و ارتقای سرمایه‌های روان‌شناختی افراد مبتلا، از درمان مبتنی بر خودشفقتی استفاده نمایند تا فرایند درمانی این افراد تسریع و تسهیل گردد.

منابع

- آقایوسفی، ع.، شقاقی، ف.، دهستانی، م.، برقی ایرانی، ز. (۱۳۹۱). ارتباط کیفیت زندگی و سرمایه‌های روان‌شناختی با ادراک بیماری در میان مبتلایان به بیماری ام اس. *مجله روان‌شناسی سلامت*، ۱(۱): ۴۱-۲۹.
- بهرامخانی، م.، جان بزرگی، م.، علی پور، ا. (۱۳۹۱). اثربخشی درمانگری چند وجهی لازاروس بر ارتقاء سلامت عمومی در بیماران ام اس. *مجله روان‌شناسی بالینی*، ۴(۱): ۱-۱۲.
- تبریزی، ن.، اعتمادی فر، م.، شریف، ا.، میراحمدی، ر. (۱۳۹۱). ام اس، تهران: انتشارات فاند.
- ریسیان، ا.، گلزاری، م.، برجعی، ا. (۱۳۹۰). اثربخشی امیددرمانی بر کاهش میزان افسردگی و پیشگیری از عود در زنان درمان جوی وابسته به مواد مخدر. *اعتیادپژوهشی*، ۵(۱۷): ۲۱-۴۰.

- سادوک، ب.، سادوک، و. (۱۳۹۲). خلاصه روانپزشکی: علوم رفتاری - روانپزشکی بالینی (جلد اول)، ترجمه نصرت الله پورافکاری. تهران: انتشارات شهراب. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۱۲).
- عبدخدایی، ز.، شهیدی، ش.، مظاهری، م.ع.، پناغی، ل.، نجاتی، و. (۱۳۹۶). راه‌کارهای روانشناختی رویارویی با بیماری در مبتلایان به مولتیپل اسکلروزیس: بررسی پدیدارشناسانه. فصلنامه روان‌شناسی سلامت، ۶(۴)، ۳۱-۷.
- عجم، ع.، فرزانه، ج.، شکوهی فرد، ح. (۱۳۹۳). بررسی نقش شفقت خود در سلامت عمومی و پیشرفت تحصیلی دانشجویان دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی مشهد. نشریه آموزش پرستاری، ۵(۵): ۱۷-۹.
- فرخی، ا.، سبزی، ن. (۱۳۹۴). شادکامی و ادراک الگوهای ارتباطی خانواده: نقش واسطه‌ای سرمایه روان‌شناختی، روان‌شناسی تحولی، ۱۱(۴۳): ۳۲۴-۳۱۳.
- فروهر، م.، هویدا، ر.، جمشیدیان، ع. (۱۳۹۰). تبیین رابطه سرمایه روان‌شناختی و کارآفرینی سازمانی اعضای هیئت علمی دانشگاه، فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، ۸(۲): ۸۳-۱۰۰.
- کرد، ب. (۱۳۹۵). پیش‌بینی بهزیستی ذهنی دانشجویان پرستاری بر اساس ذهن آگاهی و شفقت ورزی به خود. مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی، ۱۶(۳۴): ۲۷۳-۲۸۲.
- مشتاق عشق، ز.، نقوی، ب.، رشوند، ف.، علوی مجد، ح.، بنادرخشان، ه. (۱۳۸۹). بررسی تاثیر خنده درمانی بر خستگی و افسردگی بیماران مبتلا به ام اس مراجعه کننده به انجمن ام اس ایران. نشریه دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، ۲۰(۷۰): ۱۱-۷.
- Albertson, E.R., Neff, K.D., Dill-Shackleford, K.E. (2015). Self-compassion and body dissatisfaction in women: A randomized controlled trial of a brief meditation intervention. *Mindfulness*, 6(3):444-454.
- Avey, J.B., Luthans, F., Smith, R.M., Palmer, N.F. (2010). Impact of positive psychological capital on employee well-being over time. *Journal of Occupational Health Psychology*, 15(1): 17-28.
- Bent, S., Goleman, T. (2001). *Emotional alchemy: How the mind can heal the heart*. New York: Three Rivers Press.
- Bluth, K., Eisenlohr-Moul, T.A. (2017). Response to a mindful self-compassion intervention in teens: A within-person association of mindfulness, self-compassion, and emotional well-being outcomes. [Journal of Adolescence](#), 57: 108-118.
- Chiaravalloti, N.D., Deluca, J. (2008). *Cognitive impairment in multiple sclerosis*, *Neurology*. 7: 1139-51.
- Cole, K. (2002). Well-being, psychological capital, and unemployment. *Journal of Health psychology*, 33(3): 122-139.
- Dennison, L., Moss-Moris, R., Chalder, T. (2009). A review of psychological correlates of adjustment in patients with multiple sclerosis. *Clin Psychol Rev*, 29: 141-153.
- Elaine, B.C.J., Hollins, M. (2016). Exploration of a training programme for student therapists that employs Compassionate Mind Training (CMT) to develop compassion for self and others. *The Arts in Psychotherapy*, 22, 5-13.
- Hollis-Walker, L., Colosimo, K. (2011). Mindfulness, self compassion, and happiness in non-meditators: A theoretical and empirical examination. *Personal Individ Differ*, 50(2):222-7.
- Imel, Z.E., Malterer, M.B., McKay, K.M., Wampold, B.E. (2008). A meta-analysis of psychotherapy and medication in unipolar depression and dysthymia. *Journal of Affective Disorders*, 110(3): 197-206.
- Kemppainen, R.N.J., Johnson, M.O., Phillips, R.N., Sullivan, K.M., Corless, R.N., Reid, R.N., et al. (2013). A multinational study of self compassion and human immunodeficiency virus-related anxiety. *International Nursing Review*, 60: 477-486.

- Koopman, W., Schweitzer, A. (1999). The journey to multiple sclerosis: a qualitative study. *J Neurosci Nurs*, 31(1): 17-26.
- Kyeong, L.W.(2013). Self-compassion as a moderator of the relationship between academic burn-out and psychological health in Korean cyber university students. *Personality and Individual Differences*, 54(8): 899-902.
- Maloni, H.(2018). Cognitive Impairment in Multiple Sclerosis. *The Journal for Nurse Practitioners*, 14(3), 172-177.
- Mangano, C., Park, Y., Goel, R., Plotnick, G.D., Vogel, R.A. (2006). Impact of cinematic viewing on endothelial function. *Heart*, 92(2): 261-262.
- McCabe, M.P.(2005). Mood and self-esteem of persons with multiple sclerosis following an exacerbation. *J Psychosom Res*, 59(3): 161-66.
- Mitchell, A.J., Benito-León, J., González, J.M.M., Rivera-Navarro, J.(2005). Quality of life and its assessment in multiple sclerosis: integrating physical and psychological components of wellbeing. *Lancet Neurol*, 4(9): 556-66
- Neff, K.D., Costigan, A.P.(2014). Self-compassion, wellbeing, and happiness. *Psychol Austria*, 3(2):114-7.
- Neff, K.D., Kirkpatrick, K., Rude, S.S. (2007). Self-compassion and its link to adaptive psychological functioning. *Journal of Research in Personality*, 41: 139-154.
- Ozakbas, S., Cagiran, I., Ormeci, B., Idiman, E.(2004). Correlations between multiple sclerosis functional composite, expanded disability status scale and health-related quality of life during and after treatment of relapses in patients with multiple sclerosis. *J Neurol Sci*, 218(1): 3-7.
- Pace, T.D., Negi, L.T., Adame, D.D., Cole, S.P., Sivilli, T.I., Brown, T.D., Issa, M.J., Raison, C.L.(2009). Effect of Compassion Meditation on Neuroendocrine, Innate Immune and Behavioral Responses to Psychosocial Stress. *Psychoneuroendocrinology*, 34(1): 178-189.
- Schulz, K.H., Gold, S.M., Witte, J., Bartsch, K., Lang, U.E., Hellweg, R., et al.(2004). Impact of aerobic training on immune-endocrine parameters, neurotrophic factors, quality of life and coordinative function in multiple sclerosis. *J Neurol Sci*, 225(1): 11-18.
- Smeets, E., Neff, K., Alberts, H., Peters, M.(2014). Meeting suffering with kindness: effects of a brief selfcompassion intervention for female college students. *J Clin Psychol*, 70(9):794-807.
- Soysa, C.K., Wilcomb, C.J.(2015). Mindfulness, Self-compassion, Self-efficacy, and Genders Predictors of Depression, Anxiety, Stress, and Well-being. *Mindfulness*, 6(2): 217-226.
- Strober, L.B., Arnett, P.A. (2005). An examination of four models predicting fatigue in multiple sclerosis. *Arch Clin Neuropsychology*, 20(5): 631-46.
- Tanenbaum, M.L., Adams, R.N., Gonzalez, J.S., Hanes, S.J., Hood, K.K.(2017). Adapting and validating a measure of diabetes-specific self-compassion. *Journal of Diabetes and its Complications*. 33(10): 1540-1541.
- Terry, M.L., Leary, M.R., Mehta, S.(2013). Self-compassion as a buffer against homesickness, depression, and dissatisfaction in the transition to college. *Self Identity*, 12(3):278-90
- Tirch, D.(2012). The compassionate-mind approach to overcoming anxiety: Using the compassion focused therapy (CFT) to treat worry, panic, and fear. *American institute for cognitive therapy*, 38: 6-29.
- Wang, X., Chen, Z., Poon, K., Teng, F., Jin, S.(2017). Self-compassion decreases acceptance of own immoral behaviors. *Personality and Individual Differences*, 106: 329-333.
- Wren, A., Somers, J., Melissa, A.W., Goetz, M.C., Leary, M.R., Fras, A.M., et al.(2012). Self compassion in patients with persistent musculoskeletal pain: Relationship of self-compassion to adjustment to persistent. *Journal of Pain Symptom Management*, 43: 759-770.
- Yarnell, L.M., Neff, K.D.(2013). Self-compassion, interpersonal conflict resolutions, and well-being. *Self and Identity*, 12(2):146-59.