Journal of Research in Psychological Health

September 2021, Volume 15, Issue 2

Effectiveness of compassion-based therapy on reducing rumination, distress tolerance and sense of coherence in patients with MS

Mahla Gilak Hakimabadi[1]*, Azizallah Tajikesmaeili[2]

1. (Corresponding author): Master of Family Counseling, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Kharazmi University, Tehran, Iran. mahlagilak@yahoo.com

2. Associate Professor, Faculty of Psychology and Education, Kharazmi University, Tehran, Iran.

Citation: *Gilak Hakimabadi* M, *Tajikesmaeili* A. effectiveness of compassion-based therapy on reducing rumination, distress tolerance and sense of coherence in patients with MS. **J**ournal of **R**esearch in **P**sychological **H**ealth. 2021; 15 (2), 78-77 . [Persian].

Key words:
Compassion-based therapy,
Rumination,
Distress tolerance,
Sense of coherence,
Patients with MS

Highlights

Compassion-based therapy is one of the therapies in the field of third wave psychology that has reduced rumination in patients with MS.

Compassion-based therapy has increased the distress tolerance and sense of coherence in patients with MS.

Abstract

The aim of this study was the effectiveness of compassion-based therapy on reducing rumination, distress tolerance and sense of coherence in patients with MS. The design of this study was applied in terms of purpose and also a quasi-experimental pretest-posttest design with a control group in terms of implementation. The statistical population of the study included all female patients referred to the Tehran MS Association in 2020. According to the inclusion and exclusion criteria and after the initial screening (completion of pre-test questionnaires), 30 female patients were selected through available sampling and randomly assigned to two 15-individual experimental and control groups. Data collection tools included Nima Ghorbani Rumination Scale (RRS) Questionnaire, Simmons and Gaher Distress Tolerance Scale (DTS) Questionnaire and Antonovski Sense of Coherence (SOC). Data analysis was conducted using multivariate covariance analysis and SPSS 25 software. The results indicated that there is a significant difference in a specific level (P <0.001) between the experimental and control groups in terms of rumination, distress tolerance and sense of coherence. Compassion-based therapy is one of the therapies in the field of third wave psychology that has reduced rumination and increased the distress tolerance and sense of coherence in patients with MS.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر کاهش نشخوار فکری، تحمل پریشانی و احساس انسجام در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (ام اس)

محلا گیلک حکیم آبادی[1*]، عزیزالله تاجیک اسمعیلی[2]

۱. کارشناس ارشد مشاوره خانواده، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران. mahlagilak@yahoo.com

۲. دانشیار، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

تاریخ دریافت
۱۴۰۰/۲/۱۱

تاریخ پذیرش
۱۴۰۱/۲/۲۱

واژگان کلیدی
درمان مبتنی بر شفقت، نشخوار فکری، تحمل پریشانی، احساس انسجام، بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (ام اس)

یافته‌های اصلی

درمان مبتنی بر شفقت یکی از درمان های حوزه روان شناسی موج سوم است که موجب کاهش نشخوار ذهنی بیماران مبتلا به ام اس شده است.

درمان مبتنی بر شفقت موجب افزایش در تحمل پریشانی و احساس انسجام بیماران مبتلا به ام اس شده است.

چکیده

هدف پژوهش حاضر اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر کاهش نشخوار فکری، تحمل پریشانی و احساس انسجام در بیماران مبتلا به ام اس بود. طرح این پژوهش از نظر هدف کاربردی، از نظر روش اجرا طرح نیمه تجربی از نوع پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه ی بیماران زن مراجعه کننده به انجمن ام اس تهران در سال ۱۳۹۸ بودند که با توجه به ملاک های ورود و خروج به مطالعه و پس از غربالگری اولیه (تکمیل پرسشنامه های مرحله پیش آزمون)، ۳۰ بیمار زن به شیوه در دسترس انتخاب و با گمارش تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و کنترل قرار گرفتند. ابزارهای گردآوری داده ها شامل پرسشنامه های نشخوار ذهنی- تامل نیما قربانی (RRS)، تحمل پریشانی سیمونز و گاهر (DTS) و حس انسجام آنتونووسکی (SOC) بود. تحلیل داده ها با استفاده از روش تحلیل کواریانس چندمتغیره و نرم افزار spss ۲۵ انجام گرفت. نتایج پژوهش بیانگر آن است که میان گروه آزمایش و کنترل از لحاظ نشخوار ذهنی، تحمل پریشانی و حس انسجام تفاوت معنی داری در سطح ($P<۰,۰۰۱$) وجود دارد. درمان مبتنی بر شفقت یکی از درمان های حوزه روان شناسی موج سوم است که موجب کاهش نشخوار ذهنی و افزایش در تحمل پریشانی و احساس انسجام بیماران مبتلا به ام اس شده است.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

مقدمه

بیماری مولتیپل اسکلروزیس[1] (ام اس) یک بیماری خودایمنی است که سیستم اعصاب مرکزی را درگیر می کند [۱] و در آن پوشش میلین به صورت موضعی تخریب می شود. این بیماری شایع ترین علت غیرتروماتیک ناتوانی نورولوژیک در افراد جوان است [۲]. شیوع ۶۱ نفر از هر ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت در ایران نشانه افزایش شیوع این بیماری در کشور است [۳]. دامنه سنی شروع این بیماری بین ۲۰ تا ۴۰ سال [۴] با میانگین سنی ۳۰ سال است و میزان شیوع آن در زنان دو تا سه برابر مردان است [۵]. در این بیماری، درگیر شدن ماده سفید و خاکستری مغز علائم بالینی را ایجاد می کند که باعث نقص های جسمانی، ناتوانی و تغییرات شناختی و روانشناختی می شود. تظاهرات بالینی این بیماری عبارتند از: اختلالات حسی-حرکتی، خستگی، تغییرات اسفنکتر، التهاب عصب بینایی، اختلال در راه رفتن، دوبینی، سندرم مخچه ای، اسپاسم عضلانی و اختلال شناختی [۶]. یکی از مشکلات روانشناختی که می تواند بر سلامت روان بیماران مبتلا به ام اس اثر منفی بگذارد، نشخوار فکری[2] است. نشخوار فکری به عنوان اشتغال دائمی به اندیشه یا موضوعی و تفکر درباره آن شناخته شده و طبقه ای از افکار آگاهانه است که حول محوری مشخص می شود. این افکار تکرار شونده، به طور غیرارادی وارد آگاهی می شوند و توجه و اهداف را منحرف می سازند [۷]. در حقیقت، نشخوار فکری به عنوان یک استراتژی مقابله ای اجتنابی ممکن است وسیله ای برای فرار از شرایط ناخواسته باشد که روحیه منفی را افزایش دهد [۸]. نشخوار فکری در طولانی مدت می تواند به پریشانی روانی و رفتار تنبیهی منجر شود و نقش مهمی در سازگاری با بیماری داشته باشد [۹]. متغیر دیگری که تصور می شود با علائم ام اس رابطه دارد، تحمل پریشانی[3] است. تحمل پریشانی به عنوان توانایی فرد برای ادامه رفتار هدفمند در مواجهه با ناراحتی عاطفی، شناختی یا جسمی تعریف می شود [۱۰] و با انعطاف پذیری، سازگاری روانشناختی، سلامت جسمی بهتر، پایبندی به درمان و مراقبت از خود همراه است [۱۱]. در بیماران مبتلا به ام اس سطوح بالایی از پریشانی هیجانی، افسردگی، اضطراب و کیفیت زندگی پایین مشاهده می گردد؛ می توان گفت، فعالیت بر پایه تحمل پریشانی، پیش‌بین افکار خودمراقبتی بیماران است و هر چه فرد بیشتر تحمل پریشانی را در باب هیجانات خود مورد استفاده قرار دهد، سطح سلامت و فائق آمدن بر مشکلات بیماری در او افزایش می یابد [۱۲]. یک عامل مهم در مورد میزان محدودیت های ناشی از ام اس ممکن است احساس انسجام[4] بیماران باشد که آنتونووسکی آن را به عنوان راهی برای درک جهان که بیماران را قادر می سازد تا با عوامل استرس زا روبرو شوند، معرفی نموده است [۱۳]. احساس انسجام که به میزان اعتقاد افراد بر این باور است که رویدادهای زندگی که با آنها روبرو می شوند قابل درک، مدیریت و معنی دار هستند. قابل فهم بودن به معنای قابل فهم و قابل پیش بینی بودن وقایع است. مدیریت پذیری به میزانی اطلاق می شود که افراد منابع شخصی خود را در تأمین خواسته ها کافی می دانند. معنی دار بودن ، بعد انگیزشی احساس انسجام است. به گفته آنتونووسکی، افراد برای ایجاد حس انسجام قوی نیاز به شناسایی و استفاده از منابع مقاومت عمومی مانند منابع مادی، دانش، اعتماد به نفس، و باورهای مداوم و سیستم های ارزشی دارند. افرادی که احساس انسجام قوی تری دارند بهتر قادر به کنار آمدن با موقعیت های استرس زا هستند و احتمالاً کیفیت زندگی خوبی را درک می کنند [۱۴].

در راستای مداخلات روان شناختی یکی از این روان درمانی ها، روان درمانی مبتنی بر شفقت است که توجه درمانگران نوین را برای بیماری های خاص جلب کرده است. درمان مبتنی بر شفقت[5]، در کنار سایر رویکردهای درمانی جدید در حوزه روان شناسی موج سوم، بر این اساس و با هدف کاهش درد، رنج، نگرانی ایجاد شده است

1 .Multiple Sclerosis
2 .Rumination
3 .Distress Tolerance

4 . Sense of Coherence
5 . compassion-based therapy

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

[۱۵،۱۶]. گیلبرت، که درمان مبتنی بر شفقت را توسعه داده است، شفقت را "حساسیت به رنج در خود و دیگران (درگیری)، با تعهد به تلاش برای کاهش و جلوگیری از آن (اقدام)" تعریف می کند [۱۷]. مفهوم خودشفقتی با کار نف بیشتر مورد توجه قرار گرفته است، که خودشفقتی را بر اساس تفسیرهای خود از تعالیم بودایی به عنوان سه مولفه تعریف می کند: شناسایی بیش از حد مشکلات، به جای انزوا، با دیگران ارتباط برقرار کردن، اتخاذ نگرش مهربانی نسبت به خود، به جای قضاوت کردن [۱۸]. مطالعات مختلفی اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت درمانی را بر متغیرهای نشخوار فکری، تحمل پریشانی و احساس انسجام نشان داده اند از جمله فروتن و همکاران در پژوهشی با عنوان "مقایسه اثربخشی شفقت درمانی و رفتار درمانی دیالکتیک بر تحمل آشفتگی و کنترل درد در بیماران مبتلا به ام اس" نشان دادند که شفقت درمانی بر تحمل آشفتگی در بیماران ام اس موثر می باشد [19]. پژوهش مورلی[1] و همکاران با عنوان "نقش آموزش شفقت به خود بر کاهش آشفتگی در برابر رویدادهای منفی زندگی در دختران بی سرپرست" نشان داد که این آموزش تاثیر مثبت و معناداری بر کاهش آشفتگی دختران بی سرپرست دارد [۲۰]. پژوهش منظری توکلی با عنوان "بررسی اثربخشی آموزش گروهی متمرکز بر خود شفقت ورزی بر اضطراب و افسردگی دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد بافت" نشان داد که آموزش متمرکز بر خود شفقت ورزی می تواند منجر به کاهش معنادار اضطراب و افسردگی در دانشجویان دختر و پسر در مقایسه با گروه کنترل شود [۲۱]. همچنین پژوهش قنواتی و همکاران با عنوان "اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر نشخوار فکری و نگرانی زنان مبتلا به سرطان سینه" نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت، میزان نشخوار فکری و نگرانی زنان مبتلا به سرطان سینه را کاهش داد [۱۵]. پژوهش پورحسینی دهکردی، سجادیان، شعربافچی با عنوان "اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر استرس ادراک شده و پریشانی روان شناختی زنان مبتلا به سرطان" نشان دادند که این درمان تاثیر معناداری بر کاهش استرس ادراک شده و پریشانی روان شناختی زنان مبتلا به سرطان دارد [۲۲]. پژوهش بلاث و ایزنلوهر-ماول[2] با عنوان "پاسخ به یک مداخله خودشفقتی آگاهانه در نوجوانان: یک ارتباط درون فردی با ذهن آگاهی، خودشفقتی و نتایج بهزیستی عاطفی" نشان داد که روش مداخله ای خودشفقتی آگاهانه باعث کاهش استرس، علائم افسردگی و اضطراب و افزایش خودشفقتی شد [23]. پژوهش عزت پناه و لطیفی با عنوان "اثربخشی آموزش مبتنی بر پذیرش، تعهد و شفقت بر فاجعه پنداری درد، تحمل پریشانی و رشد پس از سانحه بیماران مبتلا به سندروم فیبرومیالژیا" نشان داد که آموزش مبتنی بر شفقت بر تحمل پریشانی بیماران مبتلا به سندروم فیبرومیالژیا هم در دوره آموزش و هم پیگیری تاثیر داشته است [24]. پژوهش رضاپور میرصالح و همکاران با عنوان "تأثیر مداخله خود شفقت بر اساس دیدگاه مذهبی بر اضطراب و کیفیت زندگی زنان نابارور: یک مطالعه نیمه تجربی" نشان داد که این مداخله در مرحله پس آزمون در مقایسه با گروه کنترل، کیفیت زندگی و اضطراب در زنان نابارور را به ترتیب در گروه آزمایش افزایش و کاهش داد [25]. پژوهش مارش[3] و همکاران با عنوان "خود شفقت و پریشانی روانشناختی در بزرگسالان - فراتحلیل" نشان داد که خودشفقت ورزی موجب کاهش پریشانی روان شناختی شد [26]. پژوهش خلعتبری و همکاران با عنوان "مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ولع خوردن، کیفیت زندگی و پریشانی روان شناختی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲" نشان داد که درمان متمرکز بر شفقت در مرحله اثربخشی و پیگیری، کاهش پریشانی روان شناختی و افزایش کیفیت زندگی را به همراه داشت [27]. پژوهش کالینز[4] و همکاران با عنوان"ارزیابی یک گروه درمانی مبتنی بر شفقت برای زوجینی که تشخیص زوال عقل را تجربه می کنند" نشان داد که این مداخله درمانی بر کاهش میزان اضطراب، افسردگی در افراد مبتلا به زوال

1 . Morley

2 .Bluth & Eisenlohr-Moul
3 .Marsh
4 . Collins

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

عقل و همسرانشان و بهبود کیفیت زندگی آنها موثر بوده است [28]. پژوهش خلیفه سلطانی و همکاران با عنوان "تعیین اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر افسردگی، رفتارهای خودمراقبتی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر" نشان داد که این درمان بطور معناداری منجر به بهبود افسردگی، رفتارهای خودمراقبتی و کیفیت زندگی در گروه آزمایش در پس آزمون و پیگیری شد [۲۹]. پژوهش ویلسون و همکاران با عنوان " اثربخشی درمان های مرتبط با خود شفقت: یک بررسی سیستماتیک و فراتحلیل" نشان داد که درمانهای مرتبط با خودشفقتی موجب بهبود اضطراب، علائم افسردگی و خودشفقتی می گردد [16]. پژوهش کیربای و همکاران با عنوان "فراتحلیل مداخلات مبتنی بر شفقت: وضعیت فعلی دانش و جهت گیری های آینده" نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت موجب کاهش میزان افسردگی، اضطراب و پریشانی روان شناختی شده است [18]. پژوهش یوسفیان و همکاران با عنوان "اثربخشی درمان مبتنی بر خودشفقت ورزی بر افسردگی و سرمایه های روان شناختی افراد دارای بیماری ام اس" نشان داد که این مداخله درمانی موجب کاهش میزان افسردگی در بیماران مبتلا به ام اس شده است [30]. پژوهش چلبی و همکاران با عنوان "اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر تحمل پریشانی و حس انسجام معتادان مراجعه کننده به کمپ های ترک اعتیاد" نشان دادند که این درمان باعث بهبود تحمل پریشانی و همچنین افزایش حس انسجام در معتادان شده است [۳۱]. پژوهش دانشور و همکاران با عنوان "اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر شفقت بر اجتناب از تجربه، معنی زندگی و احساس انسجام در بازماندگان زن از خشونت شریک صمیمی زندگی با PTSD: یک آزمایش کنترل شده تصادفی" نشان داد که این مداخله درمانی کاهش بیشتر نمرات پس از آزمون اجتناب از تجربه و افزایش قابل توجه سطح معناداری در معنی زندگی و خرده مقیاس های آن از جمله وجود معنی زندگی و جستجوی معنی معنایی را نشان دادند. اما هیچ تغییری در سطح حس انسجام با وجود مداخله شفقت درمانی بوجود نیامد [32]. بنابراین، با توجه به اینکه بیماری اماس از بیماری‌های مزمن پراسترس است و شیوع آن در بسیاری از کشورها از جمله ایران بسیار گسترده است و سالانه افراد بسیاری خصوصا قشر جوان به این بیماری مبتلا می‌گردند و بدلیل شدت علائم این بیماری و وجود آسیب های روان شناختی بسیاری که این افراد با آن روبه‌رو می‌شوند، درمانگران و پژوهشگران همواره درصدد یافتن بهترین روش های درمانی غیردارویی مؤثر در کنار درمان‌های دارویی جهت کاهش مشکلات جسمی و روان شناختی این بیماران و افزایش توانمندی آنان از یکسو بوده اند؛ و از سوی دیگر با نظر به مرور پژوهش-های مذکور در زمینه تاثیرات کارآیی درمان مبتنی بر شفقت در فروکاستن انواع آسیب های روان شناختی در گروه‌ها و بیماران مختلف، و اینکه متغیرهای موردنظر محقق خصوصا انسجام روان‌شناختی در پژوهش‌ها بطور همزمان و همچنین در بیماران اماس مورد بررسی قرار نگرفته است، محقق در این پژوهش به دنبال پاسخ‌گویی به این سؤال است که آیا درمان مبتنی بر شفقت می‌تواند بر کاهش نشخوار فکری، تحمل پریشانی و احساس انسجام در بیماران مبتلا به ام اس تأثیر بگذارد؟

روش

طرح این پژوهش از نظر هدف کاربردی، از نظر روش اجرا از نوع طرح نیمه تجربی از نوع پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه ی بیماران زن مراجعه کننده به انجمن ام اس تهران در سال ۱۳۹۸ بودند که با توجه به ملاک های ورود و خروج به مطالعه و پس از غربالگری اولیه (تکمیل پرسشنامه های مرحله پیش آزمون)، ۳۰ بیمار زن به شیوه در دسترس انتخاب و با گمارش تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و کنترل قرار گرفتند. معیارهای ورود و خروج در این پژوهش عبارت بودند از: ۱- رده سنی بین20 تا ۵۰ سال ۲- تایید بیماری توسط پزشک معالج ۳- عدم ابتلا به مرحله شدید و حاد بیماری ۴- حداقل یک سال ابتلا به بیماری ۵- دارا بودن تحصیلات حداقل سیکل ۶- عدم دریافت خدمات مشاوره ای خارج از این جلسات درمانی. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

از روش تحلیل کواریانس چندمتغیره و نرم افزار spss ۲۵ انجام گرفت.

ابزارهای گردآوری داده ها شامل پرسشنامه های نشخوار ذهنی- تامل نیما قربانی، تحمل پریشانی سیمونز[1] و گاهر[2] و حس انسجام آنتونووسکی بود. مقیاس نشخوار ذهنی- تامل توسط قربانی و همکاران [۳۳] معرفی شده است. این پرسشنامه ۲۴ گویه دارد و دو زیر مقیاس نشخوار ذهنی و تامل را در بر می‌گیرد. نمره گذاری پرسشنامه براساس طیف لیکرت پنج درجه ای (بسیار موافق: ۵ تا بسیار مخالف:۱) امتیازبندی شده است. مولفه روایی پرسشنامه در پژوهش قربانی و همکاران تایید شده است. همچنین پایایی پرسشنامه در پژوهش مذکور با آلفای کرونباخ بالای ۸۰٪ بدست آمده است. دهقانی و همکاران [۳۴] نیز در پژوهشی پرسشنامه مذکور را دارای روایی مطلوب و پایایی ۰/۸۲ گزارش کرده است. پرسشنامه تحمل پریشانی هیجانی[3] توسط سیمونز و گاهر [۳۵] ساخته شده است که از ۱۵ گویه و ۴ خرده مقیاس تحمل (تحمل پریشانی هیجانی) (۳ سوال)، جذب (جذب شدن به وسیله هیجانات منفی) (۳ سوال)، ارزیابی (برآورد ذهنی پریشانی) (۶ سوال) و تنظیم (تنظیم تلاش ها برای تسکین پریشانی) (۳ سوال) تشکیل شده است که به منظور سنجش میزان تحمل پریشانی هیجانی در افراد بکار می رود. نمره گذاری پرسشنامه براساس طیف لیکرت پنج درجه ای (بسیار موافق: ۵ تا بسیار مخالف:۱) امتیازبندی شده است. سیمونز و گاهر ضرایب آلفا برای این مقیاس را به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۸۲ و ۰/۷۰ و برای کل مقیاس ۰/۸۲ را گزارش کرده اند، آن ها همچنین گزارش کرده اند که این پرسشنامه دارای روایی ملاکی و همگرای اولیه خوبی است. عزت پناه و لطیفی [24] در پژوهشی ضریب آلفای کرونباخ بدست آمده برای مؤلفه تحمل پریشانی هیجانی را ۰/۵۱، برای مؤلفه جذب شدن بوسیله هیجانات منفی ۰/۶۳، برای مؤلفه برآورد ذهنی پریشانی ۰/۶۳، برای مؤلفه تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی ۰/۶۱ و برای کل پرسشنامه ۰/۷۲ برآورد نمودند و همچنین روایی پرسشنامه را مناسب گزارش کرد. پرسشنامه حس انسجام آنتونووسکی شامل ۲۹ ماده و سه مولفه (قابل درک بودن، قابل مدیریت بودن و معنی دار بودن) است که توسط آنتونووسکی [36] تهیه شده است. نمره گذاری پرسشنامه به صورت لیکرت ۷ درجه ای و از ۱ تا ۷ می باشد. آنتونووسکی ضریب آلفا برای این مقیاس را ۰/۹۵ گزارش کرده است. روایی سازه و همزمان پرسشنامه در پژوهش علی‌پور و شریف [37] تایید شده است، همچنین پایایی کل پرسشنامه ۰/۹۶ بدست آمده است که بیانگر پایایی مطلوب این مقیاس است.

بعد از کسب مجوزهای لازم و با رعایت ملاحظات اخلاقی و بیان اهداف پژوهش به آزمودنی ها و نیز با رعایت ملاک های ورود به پژوهش و اخذ فرم رضایت آگاهانه از آن ها، مهارت آموزی مداخله مبتنی بر شفقت شامل دوازده جلسه ۹۰ دقیقه ای (به مدت ۶ هفته و به صورت هفته ای ۲ جلسه) برای آزمودنی ها برگزار شد. راهبردها و تکنیک های به کار رفته در جلسات و همچنین نکات آموزشی به طور خلاصه از گیلبرت برگرفته شده است [۳۳]. شرح جلسات مداخله به طور خلاصه در جدول (۱) قابل ملاحظه است.

یافته‌ها

جدول (۲) اطلاعات جمعیت شناختی دو گروه کنترل و آزمایش را نشان می‌دهد که این اطلاعات عبارتند از سن افراد، سطح تحصیلات و مدت ابتلا به بیماری ام اس. همان گونه که از این جدول مشخص است، تفاوت‌هایی در دو گروه کنترل و آزمایش از لحاظ فراوانی در سن، سطح تحصیلات و مدت ابتلا به بیماری وجود دارد که این وضعیت در تقسیم تصادفی گره‌ها طبیعی و اجتناب ناپذیر است. تصور بر این است که تقسیم تصادفی، تفاوت‌های فردی را کنترل نموده و تفاوت‌های موجود هرگز از پیش تعیین شده، سازمان یافته و سوددار نبوده‌اند و ناشی از شانس و انتخاب تصادفی می‌باشند که تاثیر چندانی بر نتایج نخواهند داشت.

1 . Simons
2 . Gaher
3 . Distress Tolerance Scale

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

جدول (۳) اطلاعات توصیفی متغیرهای پژوهش را که شامل میانگین و انحراف معیار متغیرهای تحمل پریشانی، نشخوار ذهنی و احساس انسجام در دو گروه کنترل و آزمایش پیش از درمان و پس از درمان را نشان می‌دهد. طبق این نتایج مشخص است که میزان تحمل پریشانی و احساس انسجام در افراد گروه آزمایش پس از درمان، افزایش یافته است. اما میزان نشخوار ذهنی در این افراد کاهش یافته است. این نتایج به دلیل تاثیر اجرای درمان بر روی افراد گروه آزمایش بوده است.

پس از بررسی ویژگی‌های جمعیت شناختی افراد تحت پژوهش، به بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر تحمل پریشانی، نشخوار فکری و احساس انسجام بیماران زن مبتلا به ام اس پرداخته شده است. بدین منظور از تحلیل کوواریانس استفاده شده است. پس از بررسی‌های صورت گرفته به جهت رعایت پیش‌فرض‌های آزمون کووراریانس، محقق مجاز به استفاده از این روش تحلیلی گردید. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره و تک متغیره به ترتیب در جدول (۴) و (۵) ارائه شده است. مندرجات جدول (۵) نشان می دهد که بین گروه آزمایش و کنترل از لحاظ متغیرهای وابسته، تفاوت معناداری وجود دارد (سطح معناداری کمتر از ۰,۰۰۱ شده است). بنابراین می توان بیان نمود که دست کم در یکی از متغیرهای وابسته (نشخوار فکری، تحمل پریشانی و احساس انسجام) در بین دو گروه، تفاوت معناداری وجود دارد. اندازه اثربخشی و توان آزمون به ترتیب برابر با ۰,۹۲۳ و ۱ شده است. برای بررسی نقطه تفاوت، سه تحلیل کوواریانس یک راهه بر روی متغیرهای وابسته انجام گرفت که نتایج در جدول (۵) ارائه شده است.

نتایج جدول (۵) نشان می‌دهد که بین گروه آزمایش که تحت تاثیر درمان مبتنی بر شفقت در پس آزمون قرار گرفته‌اند، در میزان تحمل پریشانی، نشخوار ذهنی و احساس انسجام تفاوت معناداری وجود دارد(sig<۰,۰۵). با توجه به مقایسه میانگین‌های دو گروه کنترل پس آزمون و گروه آزمایش پس آزمون(۲,۳۱ و ۴,۰۲)، مشخص شد که افرادی که تحت تاثیر درمان مبتنی بر شفقت قرار گرفته‌اند نسبت به افرادی که تحت این درمان قرار نگرفته‌اند، از میزان تحمل پریشانی بیشتری برخوردار بوده‌اند. با توجه به مقایسه میانگین‌های دو گروه کنترل پس آزمون و گروه آزمایش پس آزمون(۴,۱۰ و ۲,۱۹)، مشخص شد که افرادی که تحت تاثیر درمان مبتنی بر شفقت قرار گرفته‌اند نسبت به افرادی که تحت این درمان قرار نگرفته‌اند، با کاهش میزان در نشخوار ذهنی مواجه شده‌اند. با توجه به مقایسه میانگین‌های دو گروه کنترل پس آزمون و گروه آزمایش پس آزمون(۳,۱۰ و ۵,۱۵)، مشخص شد که افرادی که تحت تاثیر درمان مبتنی بر شفقت قرار گرفته‌اند نسبت به افرادی که تحت این درمان قرار نگرفته‌اند، از میزان احساس انسجام بیشتری برخوردار بوده‌اند.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر تحمل پریشانی، نشخوار ذهنی و احساس انسجام در بیماران مبتلا به ام اس انجام گرفت. برای بررسی این اهداف از تحلیل کوواریانس استفاده شد که بر این اساس مشخص شد که بین گروه‌های آزمایش شفقت درمانی و گروه کنترل در مرحله پیش از آزمون و پس از آزمون، در میزان تحمل پریشانی، نشخوار ذهنی و احساس انسجام در بیماران مبتلا به ام اس تفاوت معناداری وجود داشته است و رویکرد شفقت درمانی توانسته است بین دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت ایجاد کند. همچنین با توجه به یافته‌های بدست آمده مشخص شد که رویکرد شفقت درمانی موجب کاهش نشخوار ذهنی و افزایش در تحمل پریشانی و احساس انسجام بیماران مبتلا به ام اس شده است. بنابراین نتایج پژوهش حاضر حاکی از آن بود که درمان مبتنی بر شفقت موجب افزایش تحمل پریشانی در بیماران مبتلا به ام اس شده است. نتیجه بدست آمده با نتایج پژوهش فروتن و همکاران که بیان نمودند شفقت

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

درمانی بر تحمل آشفتگی در بیماران ام اس موثر می باشد همسوست [۱۹]، همچنین با نتایج پژوهش عزت‌پناه و همکاران که نشان دادند آموزش مبتنی بر شفقت بر تحمل پریشانی بیماران مبتلا به سندروم فیبرومیالژیا هم در دوره آموزش و هم پیگیری تاثیر داشته است همسوست [۲۴]، همچنین نتایج پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های چلبی و همکاران [۳۱]، پورحسینی‌دهکردی و همکاران [۲۲]، مارش و همکاران [۲۶]، کیربای و همکاران [۱۸] و مورلی و همکاران [۲۰] همسو می‌باشد و پژوهشی ناهمسو با این نتیجه یافت نگردید. در تبیین یافته حاضر و با توجه به مطالعات پیشین، می توان گفت که در بیماران مبتلا به ام اس سطوح بالایی از پریشانی هیجانی، افسردگی، اضطراب و کیفیت زندگی پایین مشاهده می گردد؛ می توان گفت، فعالیت بر پایه تحمل پریشانی، پیش‌بین افکار خودمراقبتی این بیماران است و هر چه این بیماران بیشتر تحمل پریشانی را در باب هیجانات خود مورد استفاده قرار دهند، سطح سلامت و فائق آمدن بر مشکلات بیماری در آنان افزایش می یابد [۱۲]. بنابراین، با توجه به اینکه درمان مبتنی بر شفقت، بر پایه دو فرآیند اصلی بنیان نهاده شد. اولین فرآیند به تمامی فرآیندهای تجربی اشاره دارد که شامل افزایش مهرورزی و مهربانی با خود و دیگران است. همچنین فرآیندهای رفتاری این مدل شامل شرطی زدایی، مدیریت تقویت آزادی خود و روابط یاری رسان است. فرایندهای تجربی این مدل مرتبط با سازه مدیریت احساسات است [38]. به نظر می رسد که شفقت به خود به عنوان یک موضع مثبت نسبت به خود زمانی که همه چیز بد پیش می رود، به عنوان یک عامل محافظ موثر برای پرورش انعطاف پذیری عاطفی محسوب می شود. در واقع زمانی که زنان مبتلا به ام اس، به شفقت خود نسبت به خود دست یافتند، به پذیرش این نکته نائل شدند که رنج، شکست و نابسندگی ها بخشی از شرایط انسانی است و همه انسان ها و از جمله خود فرد مستحق مهربانی و شفقت است. در طول جلسات درمانی آنان مطلع می شوند که شرایط زندگی هر انسانی کامل نیست و فرد در رنج ها، کاستی ها و نواقص خود تنها نبوده و فقط او نیست که دچار چنین مشکلاتی است و در نتیجه یک رویکرد ارتباطی در خود پرورش می دهد که شامل دیگران هم هست [۲۴]. همچنین مطابق با دیدگاه لیری، تات، آدامز، آلن و هنکاک [1] شفقت به خود، همانند یک ضربه گیر در مقابل اثرات وقایع منفی عمل می کند. افرادی که با درمان مبتنی بر شفقت، خودشفقتی بالایی را به دست می آورند، با سخت گیری کمتری، خودشان را مورد قضاوت قرار می دهند، وقایع منفی در زندگی را راحت‌تر می پذیرند. بر این اساس زنان مبتلا به بیماری ام اس، با دریافت راهبردهایی از درمان مبتنی بر شفقت بهتر می توانند در عین حال که با خود مهربان باشند، با سخت گیری کمتر، خودشان را مورد قضاوت قرار دهند و وقایع منفی را در زندگی راحت تر بپذیرند و این فرآیند باعث می شود که قدرت تحمل پریشانی در آنان افزایش یابد [39].

همچنین درمان مبتنی بر شفقت موجب کاهش نشخوار ذهنی در بیماران مبتلا به ام اس شده است. این نتیجه با نتایج پژوهش قنواتی و همکاران که نشان دادند درمان مبتنی بر شفقت، میزان نشخوار فکری و نگرانی زنان مبتلا به سرطان سینه را کاهش داد، همسوست [۱۵]، همچنین با نتایج پژوهش بلاث و همکاران که نشان دادند روش مداخله‌ای خودشفقتی آگاهانه باعث کاهش استرس، علائم افسردگی و اضطراب و افزایش خودشفقتی شد، همسوست [۲۳]، همچنین نتایج پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های رضاپور میرصالح و همکاران [۲۵] ، کالینز و همکاران [۲۸]، ویلسون و همکاران [۱۶]و توکلی [۲۱] همسو می‌باشد و پژوهشی ناهمسو با این نتیجه یافت نگردید. در تبیین یافته حاضر و با توجه به مطالعات پیشین، می توان گفت که نشخوار فکری به عنوان یک استراتژی مقابله ای اجتنابی ممکن است وسیله ای برای فرار از شرایط

1 . Leary, Tate, Adams, Allen & Hancock

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

ناخواسته باشد که روحیه منفی را افزایش دهد [۸] و در طولانی مدت می تواند به پریشانی روانی و رفتار تنبیهی منجر شود و نقش مهمی در سازگاری با بیماری داشته باشد [۹]. دور از ذهن نیست که افراد با شفقت خود بالاتر در مواجهه با افکار مرتبط با فناپذیری و پذیرش این جبر و محدودیت با خود به مهربانی و مدارا رفتار کنند، خود را همانند دیگران دانسته و به جای نشخوار فکری و غرق شدن در این افکار با ذهن آگاهی بیشتری به این پدیده بنگرند [40]. فراگیری فنون مطرح شده در جلسات شفقت درمانی موجب شده تا افکار تکراری و افکاری که باعث مرور خاطرات گذشته و مشکلات بیماری در بیماران مبتلا به اماس می‌شود از ذهنشان دور شود و در مورد موضوع‌های خاصی بیش از حد در فکر فرو نروند. همچنین اجرای این پروتکل در دور کردن افکار ناخواسته و تفکر به لحظه‌های ناامیدی بر روی این بیماران موثر بوده است و از تکرار اعمال و گفته‌های گذشته آن‌ها کاسته شده است و بستری فراهم می‌کند که با وقایع زندگی و همچنین افکار و احساسات و مسائل روزمره، پذیرنده‌تر، با عدم داوری و نیز سعه صدر روبه رو شوند. پذیرش افکار و هیجانات و پدیده ها آنگونه که در لحظه حال اتفاق می افتند نه آنگونه که از فیلتر ذهنی ما می گذرند، دریافتی فراتر از چارچوب قضاوتی و طبقه بندی ذهن نقاد و کنشگر در اختیار فرد بیمار قرار می دهد، دریافتی در پهنای آگاهی پذیرا و وسیع که صرف بودن در لحظه به بیمار یادآوری می کند که کنترل افکار و هیجانات گذرای خود را در دست گیرند و با عملکردی کارآمدتر و آرام تر موانع و مشکلات بیماری خود را از سر بگذراند [41].

شایان ذکر است که درمان مبتنی بر شفقت موجب افزایش احساس انسجام در بیماران مبتلا به ام اس شده است. نتیجه بدست آمده با نتایج پژوهش چلبی و همکاران که نشان دادند این درمان باعث بهبود تحمل پریشانی و همچنین افزایش حس انسجام در معتادان شده است همراستا می‌باشد [۳۱] اما با نتایج پژوهش دانشور و همکاران [۳۲] که ابراز نمودند این نوع درمان تاثیر معناداری بر احساس انسجام افراد بیمار نداشته است، ناهمسوست. در تبیین یافته حاضر و با توجه به مطالعات پیشین، می توان گفت که یک عامل مهم در مورد میزان محدودیت های ناشی از ام اس ممکن است احساس انسجام بیماران باشد که آنتونووسکی آن را به عنوان راهی برای درک جهان که بیماران را قادر می سازد تا با عوامل استرس زا روبرو شوند، معرفی نموده است [۱۳]. به واسطه استفاده از مکانیسم‌هایی همچون استدلال مهربانانه، توجه مهربانانه و کاهش انتقاد و قضاوت که از مهمترین دستاوردهای شفقت درمانی است [۱۷]، موجب می‌شود تا توانایی زنان در تجربه حالات هیجانی منفی ارتقا یابد و بتوانند در مواجه شدن با این هیجانات، آستانه تحمل بیشتری داشته باشند. در واقع جلسات شفقت درمانی با توجه و تاکیدی که بر حل آسیب‌های روانی و رنج انسان‌ها با استفاده از روابط متقابل بین شناخت، زبان و چرخه زندگی دارند، باعث می‌شود تا از میزان تلاش غلط و بیهوده افراد برای مقابله با هیجانات منفی که موجب خوددرگیری و بی‌نظمی رفتاری در آنها می‌شود، کاسته و یا از انجام چنین تلاش‌های منفی و بی‌ثمری جلوگیری شود. همچنین با اجرای جلسات دوازده گانه شفقت درمانی، زنان مبتلا به ام اس به این خودباوری می‌رسند که رویدادهای زندگی که با آنها روبرو می شوند قابل درک و قابل مدیریت هستند و بر پایه منابع و پتانسیل شخصی خودشان می‌توانند خواسته‌هایشان را تامین نمایند. در این شرایط، زنان به افرادی خود شفقت ورز تبدیل می‌شوند که با اعتماد به نفس و باورهای مداوم، با انسجام بیشتر به مقابله با موقعیت های استرس زا خواهند پرداخت [41]. در حقیقت به نظر می رسد پس از مداخلات انجام شده هر چقدر بیماران نسبت به خود، شفقت بیشتری داشته باشند و سه مولفه مثبت نف که شامل مهربانی با خود، پذیرفتن مشکلات زندگی به عنوان بخشی از تجربه های مشترک انسان ها و آگاهی از افکار و

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

احساسات دردناک در آنان بیشتر شود، در برخورد با مشکلات و سختی های ناشی از بیماری اماس از انگیزه بیشتری برای حرکت به سوی اهداف برخوردار می گردند و در مقابله با بیماری موفق تر عمل می کنند [42].

در پایان، باید به محدودیت های این پژوهش اشاره شود؛ محدود شدن گروه نمونه به بیماران اماس دامنه سنی بین ۲۰ تا ۵۰ سال در انجمن اماس تهران که در تعمیم نتایج باید احتیاط لازم صورت بگیرد. همچنین در این پژوهش از پرسشنامه‌های خود گزارش‌دهی به عنوان ابزار گردآوری داده‌ها استفاده شده است که احتمال سوگیری در پاسخ‌ها از جانب پاسخ‌گویان را به دنبال دارد، بنابراین در پژوهش-های آتی باید به این محدودیت‌ها توجه نمایند. پیشنهادهایی که در این پژوهش ذکر می گردد شامل ۱. در پژوهش های آتی مردان هم بعنوان نمونه پژوهشی با این متغیرها و درمان مورد بررسی قرار گیرند تا تعمیم پذیری پژوهش به آنان با مشکلی روبرو نباشد. ۲-با توجه به اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت کارگاه هایی آموزشی با محوریت این درمان، برای این بیماران از سوی انجمن های بیماران مبتلا به ام اس تدارک دیده شود. ۳-پیشنهاد نهایی اینکه با توجه به محدودیت های پژوهش حاضر و اینکه مرحله پیگیری در این پژوهش گنجانده نشد، در پژوهش های آتی این امر توسط سایر پژوهشگران انجام گیرد.

منابع

Payamani F, Cheraghi F, Borzou SR, Hojjatoleslami S, Khatiban M. Nursing process based on Johnson's Behavioral System Model in Patients with Multiple Sclerosis: Case Report. Journal of Nursing Education (JNE). 2020;9(2)-۱۹ ۲۶. [Persian]

Ellwardt E, Zipp F. Molecular mechanisms linking neuroinflammation and neurodegeneration in MS. Experimental neurology. 2014; 1(262): 8-17.

Bikmoradi A, Abdolmaleki S, Tapak L. The Effect of Telephone Consultation and Follow-up on Pain Reduction in Multiple Sclerotic Patients: a Randomized Clinical Trial. Avicenna Journal of Nursing and Midwifery Care. 2020; 28(1):11-9. [Persian]

Kamm CP, Uitdehaag BM, Polman CH. Multiple sclerosis: current knowledge and future outlook. European neurology. 2014;72(3-4):132-41 .

Foschi M, Rizzo G, Liguori R, Avoni P, Mancinelli L, Lugaresi A, Ferini-Strambi L. Sleep-related disorders and their relationship with MRI findings in multiple sclerosis. Sleep medicine. 2019; 1(56) :90-7.

Cerqueira AC, Andrade PS, Godoy-Barreiros JM, Nardi AE. Risk factors for suicide in multiple sclerosis: a case-control study. Jornal Brasileiro de Psiquiatria. 2015; 64(4): 303-6.

Tabibzadeh F, Azar FS. The Effect of Cognitive-Behavioral Therapy on the Resilience and Obsessive Rumination among Multiple Sclerosis (MS) Patients. Middle Eastern Journal of Disability Studies. 2017; 7(1):45-. [Persian]

Kovács LN, Schmelowszky Á, Galambos A, Kökönyei G. Rumination mediates the relationship between personality organization and symptoms of borderline personality disorder and depression. Personality and Individual Differences. 2021; 168:110339.

Liu Y, Jiang TT, Shi TY. The Relationship Among Rumination, Coping Strategies, and Subjective Well-being in Chinese Patients With Breast Cancer: A Cross-sectional study. Asian Nursing Research. 2020; 14(4):206-11.

Daughters SB, Ross TJ, Bell RP, Yi JY, Ryan J, Stein EA. Distress tolerance among substance users is associated with functional connectivity between prefrontal regions during a distress tolerance task. Addiction biology. 2017; 22(5):1378-90.

Russell BS, Lincoln CR, Starkweather AR. Distress tolerance intervention for improving self-management of chronic conditions: A systematic review. Journal of Holistic Nursing. 2019;37(1):74-86.

Share, H., Dallal Moghaddam, F., Haghi, E. The effectiveness of acceptance-and commitment-based therapy on meaning of life, distress tolerance and pain self-efficacy in patients with multiple sclerosis. Journal of Clinical Psychology. 2019; 3 (43), 39-50.

Broersma F, Oeseburg B, Dijkstra J, Wynia K. The impact of self-perceived limitations, stigma and sense of coherence on quality of life in multiple sclerosis patients: results of a cross-sectional study. Clinical rehabilitation. 2018;32(4):536-45.

Kristofferzon ML, Engström M, Nilsson A. Coping mediates the relationship between sense of coherence and mental quality of life in patients with chronic illness: a cross-sectional study. Quality of life research. 2018;27(7):1855-63.

Qanawati, S. A., Bahrami, F., Goodarzi, C. Roozbehani, M. The effectiveness of compassion-based therapy on obsessive rumination and anxiety

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

in women with breast cancer. Journal of Health Psychology. 2019; 3 (27), 152-168 .[Persian]
Wilson AC, Mackintosh K, Power K, Chan SW. Effectiveness of self-compassion related therapies: a systematic review and meta-analysis. Mindfulness. 2019;10(6):979-95.
Gilbert P. The origins and nature of compassion focused therapy. British Journal of Clinical Psychology. 2014;53(1):6-41.
Kirby JN, Tellegen CL, Steindl SR. A meta-analysis of compassion-based interventions: Current state of knowledge and future directions. Behavior Therapy. 2017;48(6):778-92.
Foroutan, M., Nejat, H. and Toozandehjani, H. Comparing the effectiveness of compassion focused therapy and Dialectical behavior therapy on Distress Tolerance and pain management in patients with Multiple Sclerosis. Middle Eastern Journal of Disability Studies. 2020; 30(10): 1-۷. [Persian]
Morley RH, Terranova VA, Cunningham SN, Vaughn T. The role that self-compassion and self-control play in hostility provoked from a negative life event.2016.
Manzari Tavakoli, F. Evaluation of the effectiveness of self-compassion- based group training on anxiety and depression in students of Islamic Azad University, Baft Branch. World Conference on Psychology and Educational. 2016. [Persian]
Poorhosseini Dehkordi R, Sajjadian I, Sharbafchi MR. The Effectiveness of Compassion-Focused Therapy on Perceived Stress and Psychological Distress in the Women Suffering from Breast Cancer. QUARTERLY JOURNAL OF HEALTH PSYCHOLOGY. 2019;8(31):37-52. [Persian]
Bluth K, Eisenlohr-Moul TA. 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. 2017 ;57:108-18.
EzzatPanah F, Latifi Z. Effectiveness training based on acceptance, commitment and compassion on pain catastrophizing, distress tolerance and post traumatic growth in patients with fibromyalgia syndrome. QUARTERLY JOURNAL OF HEALTH PSYCHOLOGY. 2020; 8(32):127-42 .[Persian]
Rezapour-Mirsaleh Y, Abolhasani F, Amini R, Choobforoushzadeh A, Masoumi S, Shameli L. Effect of Self-Compassion Intervention Based on a Religious Perspective on the Anxiety and Quality of Life of Infertile Women: A quasi-experimental study.2020. [Persian]
Marsh IC, Chan SW, MacBeth A. Self-compassion and psychological distress in adolescents—a meta-analysis. Mindfulness. 2018;9(4):1011-27.
Khalatbari A, Ghorbanshiroudi S, Zarbakhsh MR, Tizdast T. Comparison of the Effectiveness of Compassion-based Therapy and Acceptance-based Therapy and Commitment to Self-care Behavior and Glycosylated Hemoglobin in Patients With Type 2 Diabetes. Journal of Guilan University of Medical Sciences. 2020;29(3):34-49. [Persian]
Collins RN, Gilligan LJ, Poz R. The evaluation of a compassion-focused therapy group for couples experiencing a dementia diagnosis. Clinical gerontologist. 2018;41(5):474-86.
Khalifa Soltani, F. S., Haji Alizadeh, K., Ahadi, H. Determining the effectiveness of compassion-based therapy on depression, self-care behaviors and quality of life in patients with irritable bowel syndrome. Journal of Disability Studies. 2020; 10 (149), 1-9. [Persian]
Yousefian, Z., Amin Nasab, A., Sehati, M. The effectiveness of self-compassion-based therapy on depression and the psychological capital of people with MS. Quarterly Journal of Analytical-Cognitive Psychology. 2019; 10 (37), 45-57. [Persian]
Chalabi, H.. Alimardani, S., Nickname, E. The effectiveness of compassion-based therapy on distress tolerance and sense of coherence in addicts referred to addiction treatment camps. Third National Conference on Psychology, Education and Lifestyle, Qazvin.2019. [Persian]
Daneshvar S, Shafiei M, Basharpoor S. Group-based compassion-focused therapy on experiential avoidance, meaning-in-life, and sense of coherence in female survivors of intimate partner violence with PTSD: a randomized controlled trial. Journal of interpersonal violence. 2020:0886260520958660. [Persian]
Ghorbani N, Watson P, Hargis MBJTJoP. Integrative Self-Knowledge Scale: Correlations and incremental validity of a cross-cultural measure developed in Iran and the United States. 2008;142(4):395-412 .[Persian]
Dehghani A, Dashtestannejad A, Botshekan Z, AKHAVAN SH. Effects of Acceptance-Action and Rumination on Women's Sexual Function Mediated by Stress Tolerance. Scientific Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research. 2020; 18 (1): 61-72. [Persian]
Simons JS, Gaher RMJM, Emotion. The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a selfreport measure. 2005;29(2):83-102.
Antonovsky A. The structure and properties of the sense of coherence scale. Soc Sci Med 1993;36(6):725-33.
Alipour A, Sharif N. Validity and reliability of the Sense of Coherence (SOC) questionnaire in university students . Pejouhandeh 2012;17(1):50-6. [Persian]
Gilbert, P. Compassion focused therapy: Distinctive features. Routledge. 2010.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

Leary MR, Tate EB, Adams CE, Batts Allen A, Hancock J. Self-compassion and reactions to unpleasant self-relevant events: the implications of treating oneself kindly. Journal of personality and social psychology. 2007 ;92(5):887.
Diedrich A, Grant M, Hofmann SG, Hiller W, Berking M. Self-compassion as an emotion regulation strategy in major depressive disorder. Behaviour research and therapy. 2014 ;58:43-51.
Neff KD, Pommier E. The relationship between self-compassion and other-focused concern among college undergraduates, community adults, and practicing meditators. Self and identity. 2013;12(2):160-76.
Neff KD, Dahm KA. Self-compassion: What it is, what it does, and how it relates to mindfulness. InHandbook of mindfulness and self-regulation (pp. 121-137). New York, NY. 2015.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

جدول ۱. شرح محتوای جلسات درمان مبتنی بر شفقت

جلسه	محتوای جلسه
اول	برقراری ارتباط اولیه، معارفه و برقراری رابطه حسنه، جلب اعتماد و همکاری اعضای گروه و تاکید بر رازداری، ارائه منطق درمان و آشنایی با شیوه کار گروهی و مقررات آن، اجرای پرسشنامه های پیش آزمون و بستن قرارداد درمانی.
دوم	منطق درمان مبتنی بر شفقت و تفهیم مفاهیم شفقت و شفقت به خود؛ تمایز شفقت از تأسف برای خود، ارزیابی میزان آزار عاطفی، پنج مسیر مراقبت از خویش، مدیتیشن محبت به خود.
سوم	آموزش ذهن آگاهی همراه با تمرین وارسی بدنی و تنفس، آشنایی با سیستم های مغزی مبتنی بر شفقت، آموزش همدلی، آموزش تصویرسازی از مکان امن، کشف ارزشها.
چهارم	آشنایی با ویژگی های افراد دارای شفقت به خود و به دیگران، پرورش احساس مهربانی به خود، آموزش همدردی.
پنجم	تمرین ذهن آگاهی از صدا، تمرین ذهن آگاهی از تنفس، استفاده از مهارتهای تصویربرداری شفقت گونه، استفاده از فن تنفس تسکین بخش.
ششم	ترغیب آزمودنی ها به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به عنوان فرد (دارای شفقت) با (غیرشفقت) باتوجه به مباحث آموزشی، شناسایی و کاربردی ترین ها (پرورش ذهن مشفقانه) (ارزش خودشفقتی، همدلی و همدردی با خود و دیگران، آموزش استعاره فیزیوتراپ)، آموزش بخشایش.
هفتم	آشنایی و کاربرد تمرین های پرورش ذهن شفقتانه (بخشش، پذیرش بدون قضاوت، آموزش صبوری، آموزش استعاره آنفلونزا).
هشتم	آموزش فن نگارش نامه شفقت روزانه و ارتقای شفقت خود به وسیله تخلیه هیجانی؛ آموزش روش (ثبت و یادداشت روزانه موقعیت های واقعی مبتنی بر شفقت و عملکرد فرد در آن موقعیت)
نهم	تمرین عملی ایجاد تصاویر شفقتانه، آموزش روش های ابراز شفقت از نوع (کلامی، عملی، مقطعی، پیوسته)، آموزش رشد احساسات ارزش مند و متعالی.
دهم	آموزش قضاوت نکردن در تجارب روزمره؛ بررسی عوامل ایجادکننده ترس و دافعه آزمودنی ها در برابر شفقت خود.
یازدهم	آموزش روش های مقابله با عوامل مخل شفقت خود و استفاده از فنون آرمیدگی و مراقبه
دوازدهم	مرور و تمرین مهارت های ارائه شده در جلسات گذشته برای کمک به آزمودنی ها جهت توانایی مقابله با شرایط متفاوت زندگی خود، نهایتاً جمع بندی و ارائه راهکارهایی برای به‌کارگیری این روش درمانی در زندگی روزمره خود، اجرای پس آزمون ها و اتمام جلسه.

جدول۲. اطلاعات جمعیت شناختی گروه‌های آزمایش و کنترل

گروه	سن	فراوانی(درصد)	تحصیلات	فراوانی(درصد)	مدت ابتلا به بیماری	فراوانی(درصد)
کنترل	۲۰ تا ۳۰ سال	(۴۰)۶	زیردیپلم	(۲۰)۳	۱ تا ۲ سال	(۵۳,۳)۸
	۳۱ تا ۴۰ سال	(۳۳,۳)۵	دیپلم	(۴۰)۶	۲ تا ۳ سال	(۴۰)۶
	۴۱ تا ۵۰ سال	(۲۶,۷)۴	کارشناسی	(۴۰)۶	بیش از ۳ سال	(۶,۷)۱
آزمایش	۲۰ تا ۳۰ سال	(۳۳,۳)۵	زیردیپلم	(۲۶,۷)۴	۱ تا ۲ سال	(۶۰)۹
	۳۱ تا ۴۰ سال	(۴۰)۶	دیپلم	(۴۶,۶)۷	۲ تا ۳ سال	(۳۳,۳)۵
	۴۱ تا ۵۰ سال	(۲۶,۷)۴	کارشناسی	(۲۶,۷)۴	بیش از ۳ سال	(۶,۷)۱

جدول ۳. آمار توصیفی متغیرهای پژوهش

گروه		تحمل پریشانی		نشخوار ذهنی		احساس انسجام	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
کنترل	پیش از درمان	۲,۳۷	۰,۹۶	۳,۸۵	۰,۲۰	۲,۹۸	۰,۶۱
	پس آزمون	۲,۳۱	۰,۶۹	۴,۱۰	۰,۳۶	۳,۱۰	۰,۱۸
آزمایش	پیش از درمان	۳,۱۸	۱,۱۸	۴,۱۵	۰,۳۱	۳,۴۹	۰,۵۳
	پس آزمون	۴,۰۲	۰,۵۰	۲,۱۹	۰,۷۰	۵,۱۵	۰,۳۸

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

جدول۴. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره بر روی نمره های نشخوار فکری، تحمل پریشانی و احساس انسجام

نام آزمون	مقدار	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	اندازه اثر	توان آماری	سطح معناداری
اثر پیلای	۰,۹۲۳	۹۲,۱۹۵	۳	۲۳	۰,۹۲۳	۱	<۰,۰۰۱
لامبدای ویلکز	۰,۵۷۷	۹۲,۱۹۵	۳	۲۳	۰,۹۲۳	۱	<۰,۰۰۱
اثر هتلینگ	۱۲,۰۲۵	۹۲,۱۹۵	۳	۲۳	۰,۹۲۳	۱	<۰,۰۰۱
بزرگترین ریشه روی	۱۲,۰۲۵	۹۲,۱۹۵	۳	۲۳	۰,۹۲۳	۱	<۰,۰۰۱

جدول ۵. نتایج تحلیل کوواریانس یک راهه برای متغیرهای نشخوار ذهنی، تحمل پریشانی و احساس انسجام

	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	sig
تحمل پریشانی	۲۱,۸۸۲	۱	۲۱,۸۸۲	۶۳,۳۸۰	<۰,۰۰۱
خطا	۹,۳۲۲	۲۷	۰,۳۴۵		
نشخوار ذهنی	۱۷,۹۹۶	۱	۱۷,۹۹۶	۵۷,۸۱۵	<۰,۰۰۱
خطا	۸,۴۰۴	۲۷	۰,۳۱۱		
احساس انسجام	۲۳,۷۴۲	۱	۲۳,۷۴۲	۲۸۲,۶۶۲	<۰,۰۰۱
خطا	۲,۲۶۸	۲۷	۰,۰۸۴		

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]