

اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت ورزی به افکار منفی و درد در بیماران مبتلا به درد مزمن

فاطمه رنگ آمیز طوسی^۱، بتول رنگ آمیز طوسی^۲ و جواد کلثومیان^۳

^۱کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی قوچان، ایران

^۲کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی قوچان، ایران

^۳کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی قوچان، ایران

چکیده

هدف از تحقیق حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت ورزی به افکار منفی و پذیرش درد بیماران مبتلا به درد مزمن می‌باشد. جامعه آماری در این تحقیق مرکز درمانی شفا می‌باشند، تعداد جامعه آماری ۴۰ نفر می‌باشد. از بین جامعه آماری این شرکت مطابق با فرمول کوکران تعداد ۲۰ نفر به عنوان نمونه آماری در نظر گرفته شد. به منظور گردآوری اطلاعات از مطالعات کتابخانه‌ای و همچنین پژوهش‌های میدانی استفاده شده است. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه درمان مبتنی بر شفقت و پرسشنامه افکار خودآیند منفی می‌باشد. روایی ابزار اندازه‌گیری به وسیله روایی محتوایی مورد تأیید قرار گرفت و پایایی آنها توسط ضریب آلفای کرونباخ با نرم افزار SPSS محاسبه و برای پرسشنامه درمان مبتنی بر شفقت به عدد ۰/۸۵ و برای پرسشنامه افکار خودآیند منفی به عدد ۰/۸۱ رسیدیم. با توجه به غیر نرمال بودن داده‌های تحقیق برای تجزیه و تحلیل داده‌ها در این تحقیق از آزمون من ویتنی استفاده شد. نتایج نشان داد: درمان مبتنی بر شفقت ورزی بر جلوگیری از بروز افکار منفی و پذیرش درد بیماران مبتلا به درد مزمن تأثیر داشته است؛ این نتیجه نشانگر اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر جلوگیری از بروز افکار خودآیند منفی و پذیرش درد بیماران مبتلا به درد مزمن داشته است.

واژه‌های کلیدی: درمان مبتنی بر شفقت، افکار منفی، پذیرش درد.

مقدمه

از عوامل تأثیرگذار بر روی سلامت فرد، بکارگیری الگوی مناسب زندگی با درد است الگوی زندگی با درد مزمن به معنی مجموعه‌ای از شیوه‌های مختلف در ابعاد فردی و اجتماعی بوده که فرد مبتلا به درد مزمن در روند زندگی با درد، از آن استفاده نموده تا به یک سازگاری فعال با درد دست یافته و مشکلات ناشی از درد را برطرف نموده و یا قابل تحمل نماید در همین زمینه تجارب افرادی که به دلیل درد مزمن بی تحرک و خانه نشین شده‌اند، نشان می‌دهد که به دنبال استفاده از الگوهای نامناسب زندگی، نقش‌های فیزیکی، روحی و روان شناختی سالمند در خانواده کمتر شده و منجر به کاهش احساس خود ارزشی در آنان میگردد به دنبال آن ارتباطات اجتماعی وی کاهش یافته و دچار اختلالات جنسی، روانی و عاطفی نیز می‌گردد این وضعیت باعث می‌شود که مسئولیت‌ها و وظایف فرد برعهده سایر اعضای خانواده و از جمله فرزندان قرار گیرد در همین رابطه شیوه‌های مختلفی به منظور مدیریت درد مزمن مورد استفاده قرار می‌گیرد، که یکی از این روشها تغییر در الگوی زندگی است در واقع، تغییر در الگوی زندگی نه تنها می‌تواند در پیشگیری از درد مؤثر باشد بلکه روند مدیریت درد مزمن و عوارض آن را تسهیل می‌نماید.

در دنیای امروزه انسان‌ها نسبت به گذشته بیشتر در معرض بیماری‌های مختلفی قرار دارند که تأثیرات آنها می‌تواند زندگی آینده انسان‌ها را دستخوش تغییرات بکند و روند رو به زوالی را برای زندگی آنها رقم بزند در بین بیماری‌های مختلفی که در بین انسان‌ها وجود دارد بیماری‌های فکر و روانی می‌تواند زندگی انسان و اطرافیانش را به طور جد تحت الشعاع قرار دهد از جمله این بیماری‌های روحی و روانی وابستگی شخص به افکار منفی می‌باشد بسیاری از ما انسانها ممکن است در شرایط مختلف بیشتر از آنکه به جنبه‌های مثبت یک فعالیت یا اتفاق نگاه کنیم بیشتر به جنبه منفی آن کار توجه کرده و بیشتر به شرح معایب و موانع و مشکلات آن بپردازیم؛ که این روند ممکن است به بروز و نهادینه شدن تفکرات منفی در درون ما منجر شود افکار منفی به هر تفکری که باعث ناکارآمد جلوه دادن امور شده و آنها را عوامل شکست جلوه دهد و یا هر اندیشه‌هایی که مانع موفقیت در انجام اموری شود که به طور قطع از سرانجام آنها خبر نداریم؛ گفته می‌شود از دیگر بیماری‌هایی که امروزه زندگی افراد را تحت الشعاع قرار داده دردهای مزمن که در نقاط مختلفی از بدن بروز می‌کند دردی که برای مدت زمانی نزدیک به سه ماه و یا بیشتر در بدن باقی بماند، عنوان درد مزمن را به خود می‌گیرد البته زمانی که بدن شما آسیب می‌بیند و یا مریض می‌شوید این کاملاً طبیعی است که در نقاط مختلف بدن احساس درد و ناراحتی کنید؛ اما دردی که برای هفته‌ها، ماه‌ها و یا حتی سال‌ها همچنان ادامه پیدا می‌کند، طبیعی نیست، دردهای مزمن می‌توانند در هر نقطه از بدن شما ایجاد شوند این درد می‌تواند خیلی ملایم بوده و یا آنقدر شدید باشد که فعالیت‌های روزانه را مختل نماید هر کسی می‌تواند مبتلا به درد مزمن شود البته بیشتر در بزرگسالان در سنین بالاتر رایج می‌باشد، اما نمی‌توان گفت که درد مزمن به عنوان بخش طبیعی فرایند سالخوردگی به شمار می‌رود البته افراد میانسال بیشتر در معرض ابتلا به این بیماری هستند به ویژه افرادی که بیماری‌های خاصی نظیر دیابت، آرتروز و دارند برای رهایی از این دو نوع بیماری راه‌های درمانی متفاوتی وجود دارد که در گذشته از آنها استفاده می‌شده است اما با روند رو به گسترش این بیماری‌ها امروزه نیاز به روش‌های جدیدی احساس می‌شود که دو روش درمانی مبتنی بر شفقت و روش درمان مبتنی بر ذهن آگاهی می‌تواند به روند بهبود این بیماری‌ها کمک کند در سال‌های اخیر تعاملات زیادی بین افکار فلسفی شرقی، خصوصاً بوداییسم و روانشناسی غربی صورت گرفته که منجر به ایجاد راه‌های تازه‌ای برای درک و ایجاد بهزیستی روانی با تکیه بر هر دو دیدگاه و به نوعی ادغام آنها در قالب رویکردهای جدید شده است به عنوان مثال، می‌توان برنامه مبتنی بر ذهن آگاهی اشاره کرد (رحیمیات و بشارت، ۱۳۹۱) ذهن آگاهی به عنوان مبنایی برای درمان‌های روان شناختی، نظارتی پایدار بر شرایط جاری است (ذبیح‌زاده و نیک فرجام ۱۳۹۱: ۳۱) و به طور کلی به فرآیندهایی اطلاق می‌شود که طی آنها فرد ذهن آگاه، تمرکز خود را روی تجربه احساسات و اتفاقاتی که در لحظه حال در خود با اطرافش رخ می‌دهد، متمرکز می‌سازد (حسنی و جمشیدی فر، ۲۰۱۸) ذهن آگاهی شامل یک آگاهی پذیرا و عاری از قضاوت از وقایع جاری می‌باشد (رایان و بروان، ۲۰۰۳) افراد ذهن آگاه واقعیات درونی و بیرونی را آزادانه و بدون تحریف درک می‌کنند و توانایی زیادی در رویارویی با دامنه گسترده‌ای از تفکرات، هیجانات و

تجربه‌ها (اعم از خوشایند و ناخوشایند) دارند (بروان، رایان و کرسول، ۲۰۰۷) از طرفی ذهن آگاهی، آگاهی‌ای است که بر اثر توجه روی هدف در لحظه جاری، بدون استنتاج لحظه به لحظه ایجاد می‌شود (کابتزین، ۲۰۱۰) به عبارت دیگر ذهن آگاهی را می‌توان توانایی خود تنظیمی توجه و هدایت آن به طرف تکلیف قلمداد کرد. بر این اساس تنظیم سنجیده توجه جزء مرکزی ذهن آگاهی است (بیر و همکاران، ۲۰۰۶؛ بیشاب و همکاران، ۲۰۰۳) که این روند می‌تواند از بروز افکار منفی به ذهن جلوگیری نماید و با توجه به خودتنظیمی انجام شده قابلیت پذیرش درد را در بیمار افزایش دهد همچنین دیگر روش درمانی که درمان مبتنی بر شفقت است فردی ک به درستی به خود شفقت بورزد از سلامتی و بهزیستی روانی بیشتری برخوردار است. این امر به این معنا است که فرد با ملایمت خود را برای تغییرات زندگی ترغیب نموده و الگوهای رفتاری مضر و نامطلوب خود را اصلاح می‌کند بنابراین، خود شفقت ورزی می‌تواند از راه‌های مختلف به عنوان یک راهبرد تنظیم هیجان در نظر گرفته شود که در آن از تجربه هیجان‌های آزاردهنده و نامطلوب جلوگیری نمی‌شود بلکه تلاش می‌شود تا احساسات به صورتی مهربانانه مورد پذیرش واقع شوند بنابراین احساسات منفی به احساسات مثبت تغییر می‌کنند و فرد راه‌های جدیدی برای مقابله پیدا می‌کند (نف، ۲۰۰۸).

خود شفقت ورزی به معنای تجربه پذیری و تحت تاثیر قرار گرفتن از رنج دیگران، به گونه‌ای که فرد مشکلات و رنج‌های خود را قابل تحمل تر نماید تعریف شده است همچنین این مفهوم به معنای صبور و مهربان بودن نسبت به دیگران و داشتن درک غیر قضاوت گرانه در رابطه با آن‌ها است (مومنی و همکاران، ۱۳۹۲: ۲۹).

افرادی که خود شفقت ورز هستند سلامت روانی بیشتری را نسبت به افرادی که خود شفقت ورزی کمتری دارند تجربه می‌کنند زیرا تجربه درد و شکست از طریق خود محکوم سازی (لی، ۲۰۱۳). احساس انزوا (ون دام و همکاران، ۲۰۱۱)؛ بزرگنمایی افکار و احساسات (رایس، ۲۰۱۰) تقویت می‌شود. با توجه به مطالب ذکر شده به نظر می‌رسد روش‌های درمانی مبتنی بر شفقت ورزی می‌تواند به درمان و یا کمک به پذیرش درد در بیماران مزمن و هم چنین جلوگیری از بروز افکار منفی در فرد منجر شود. لذا در این تحقیق با هدف بررسی اثربخشی روش درمان شفقت ورزی بر جلوگیری از بروز افکار منفی پذیرش درد توسط بیماران به دنبال پاسخگویی به این سؤال هستیم که آیا درمان مبتنی بر شفقت بر جلوگیری از بروز افکار منفی و توانایی پذیرش درد بیماران مبتلا به درد مزمن تاثیر داشته است؟

اهمیت و ضرورت مطالعه

درد مزمن یکی از جدی‌ترین و شایع‌ترین مشکلاتی است و که کیفیت زندگی افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. درد مزمن در سالمندان به معنی یک احساس و تجربه هیجانی ناخوشایند است که مرتبط با آسیب بافتی بالفعل یا بالقوه بوده و ممکن است با اصطلاحات مشابه توصیف گردد. چنانچه این دردها به خوبی کنترل و درمان نشود باعث ایجاد رنج و ناامیدی شده و افزایش استفاده از خدمات بهداشتی و درمانی را در پی خواهد داشت و هزینه‌های گزافی را نیز، به جامعه تحمیل می‌کند و در نتیجه باعث اختلال عملکرد و کاهش کیفیت زندگی می‌شود. امروزه یکی از مفاهیم با ارزش و مهم در تئوری‌های معاصر پیرامون چگونگی واکنش و سازگاری فرد با درد مزمن، پذیرش درد است پذیرش درد در فرد سالمند به معنی باور داشتن درد و محدودیت‌ها و ناتوانی‌های ناشی از آن بوده که به فرد در جهت تلاش برای کنترل درد کمک می‌نماید در واقع، پذیرش درد اولین گام در جهت سازگاری با تغییرات ایجاد شده در زندگی است، به صورتی که باعث می‌شود فرد در محیط زندگی به فعالیت خود ادامه داده و درعین حل، برای کنترل درد نیز، تلاش نماید به علاوه، به دنبال پذیرش درد، فرد اقدامات غیر مؤثر برای کاهش درد را متوقف نموده و به جای آن بر مشارکت در فعالیتهای ارزشمند و پیگیری اهداف مناسب شخصی خود تمرکز می‌کند و در نتیجه، عملکرد روانی و جسمی مناسبتری خواهد داشت. از این‌رو، در فرآیند مدیریت درد مزمن در سالمندان، چنانچه این درد و ماهیت آن به خوبی درک شود، به صورتی که نقش پذیرش درد در رابطه با الگوی زندگی با درد و همچنین محدودیت ناشی درد مشخص شود راه برای مدیریت این درد و کنترل عوارض آن هموار شده و مراحل بعدی آن با سهولت و موفقیت طی می‌گردد.

مبانی نظری

شفقت ورزی

یکی از مفاهیم اصلی بوداییسم که در روانشناسی غربی کمتر شناخته شده اما در پژوهش‌هایی که به مفهوم خود و نگرش خود می‌پردازند بیشتر به چشم می‌خورد، مفهوم خود شفقت ورزی است (بایر، ۲۰۱۰؛ گیلبرت، ۲۰۰۹). شفقت به خود، مراقبت و دلسوزی نسبت به خود در زمانهای دشوار است (بنت، گلنن، ۲۰۰۱). خود شفقت ورزی شامل مراقبت کردن و دلسوزی نسبت به خود در مواجهه با سختی‌ها و یا نارسایی‌های ادراک شده است (نف و همکاران، ۲۰۰۷). مفهوم خود شفقت ورزی را به عنوان یکی از اشکال سازش یافته پذیرش خود معرفی نمود و بسیاری از مطالعات صورت گرفته نیز خود شفقت ورزی را پیش بینی کننده قوی برای ارتقای سلامت روانی دانسته‌اند با وجود آنکه خود شفقت ورزی و حرمت خود دو مفهوم متمایز هستند و تعاریف کاملاً متفاوتی دارند در حقیقت خود شفقت ورزی تا حدی فرایند ارزشیابی از خود را نیز مد نظر قرار می‌دهد، اما عمده تمرکز آن بر دوست داشتن خود و نداشتن قضاوت در مورد خود است از سویی با تمایل برای خودشیفتگی و خودمحوری رابطه دارد و به نظر می‌رسد کوششی برای حفظ حرمت خود است (نف و مک گیهی، ۲۰۱۰).

مفهوم خود شفقت ورزی به معنای تجربه پذیری و تحت تاثیر قرار گرفتن از رنج دیگران، به گونه‌ای که فرد مشکلات و رنج‌های خود را قابل تحمل تر نماید تعریف شده است همچنین این مفهوم به معنای بور و مهربان بودن نسبت به دیگران و داشتن درک غیر قضاوت گرانه در رابطه با آنها است علاوه بر این دانستن این امر که تجارب و مشکلات زندگی فرد، جزیی از مسایلی است که سایر افراد نیز آن را تجربه می‌کنند (نف، ۲۰۰۳) خود شفقت ورزی با احساس دوست داشتن خود و نگرانی و مراقبت در مورد دیگران مرتبط است، اما به معنای خودمحوری یا ترجیح نیازهای خود به دیگران نیست (نف، ۲۰۱۱).

(نف، ۲۰۰۳) ساختار این سازه را تعریف و به صورت تجربی مطالعه کرده است به نظر او شفقت به خود شامل سه مؤلفه دوقطبی است: مهربانی با خود، در مقابل قضاوت نسبت به خود، انسانیت مشترک در مقابل انزوا و ذهن آگاهی در مقابل همانندسازی افراطی مؤلفه اول مستلزم گرمی و ملاحظت با خود به جای قضاوت‌های سختگیرانه نسبت به خود است مؤلفه دوم بر پذیرفتن مشکلات زندگی به عنوان بخشی از تجربه‌های مشترک انسانها اشاره دارد که این مشکلات فقط برای افراد خاصی اتفاق نمی‌افتد مؤلفه سوم شامل آگاهی از افکار و احساسات دردناک ذهن آگاهی به جای جذب شدن کامل در آنهاست همانندسازی افراطی (شبان و همکاران، ۱۳۹۴) اخیراً ساختار شفقت بر خود را به شکل قالب سلامتی خویشتن پذیری پیشنهاد کرده است شفقت بر خود، یک موضع با محبت و پذیرا نسبت به ابعاد نامطلوب خود و زندگی خود است و سه مولفه‌ی اصلی را در بر دارد نخست «شامل مهربان بودن با خود و درک خود در سختیها و یا در زمان مشاهده‌ی نابسندگی‌ها است شفقت بر خود، مشترکات انسانی را نیز دارد و تشخیص می‌دهد که رنج و شکست ابعاد اجتناب ناپذیر تجربیات مشترک بشر هستند و آخر اینکه شفقت بر خود آگاهی متعادل نسبت به احساسات خود را نیز در بر میگیرد، یعنی توانایی مواجهه به جای اجتناب با افکار و احساسات دردناک، بدون اغراق، درام یا ترحم به حال خود (نف، ۲۰۰۷). داشتن نگرش مشفقانه نسبت به خود که باعث متعادل شدن دیدگاه ذهنی فرد می‌گردد، ذهن آگاهی خوانده می‌شود (بیرنی، اسپکا و کارلسون، ۲۱۱۱؛ رپگی و بیستریسکی، ۲۱۱۹) ذهن آگاهی به معنای داشتن نگرش غیر قضاوت گرانه و پذیرنده نسبت به خود است به گونه‌ای که فرد افکار و احساسات خود را به گونه‌ای مشاهده می‌کند که نیازی به تغییر یا کنار گذاشتن آنها نباشد برای اینکه افراد کاملاً خود شفقت ورزی را تجربه کنند، لازم است دیدگاه ذهن آگاهانه اتخاذ نمایند به عبارتی آنها بایستی از تجربه احساسات دردناک اجتناب نکنند زیرا این امر برای شناخت احساسات خود به منظور داشتن احساس خود شفقت ورزی لازم است (جرمر، ۲۰۰۹). خود شفقت ورزی در بر دارنده سه جزء اساسی است: ۱: داشتن مهربانی و درک صحیح نسبت به خود بدون داشتن دیدگاه قضاوتی و خود انتقادگر؛ ۲: داشتن این دیدگاه که تجارب فرد جزیی از تجارب همه انسانها است به عبارت دیگر، سایرین نیز چنین تجاربی را در زندگی خود دارند بدون داشتن احساس دور بودن و متمایز بودن از دیگران؛ ۳: تجارب و احساسات خود را به گونه‌ای متعادل نگریسته بدون اینکه آنها را بزرگنمایی کند این جنبه‌های خود شفقت ورزی با یکدیگر متفاوت بوده و به طور متفاوتی تجربه می‌شوند. اما به نظر می‌رسد که به گونه‌ای مکمل و در برگیرنده یکدیگر نیز هستند برای

مثال، حالت پذیرا و بازبودن ذهن آگاهی باعث کاهش قضاوت در مورد خود می‌شود (نف، ۲۰۱۱). با وجود اینکه داشتن احساس خود شفت ورزشی با این امر که فرد به طور خشن و قضاوتی با خود رفتار کند در تناقض است، اما جزء ذهن آگاهانه این مولفه شامل این است که فرد به جای نادیده انگاشتن نواقص خود، آنها را به وضوح مشاهده کند (پاولی و مک فرسون، ۲۰۱۰). علاوه بر این فردی که به درستی به خود شفقت بورزد از سلامتی و بهزیستی روانی بیشتری برخوردار است. این امر به این معنا است که فرد با ملایمت خود را برای تغییرات زندگی ترغیب نموده و الگوهای رفتاری مضر و نامطلوب خود را اصلاح می‌کند بنابراین، خودشفقت ورزشی می‌تواند از راههای مختلف به عنوان یک راهبرد تنظیم هیجان در نظر گرفته شود که در آن از تجربه هیجان‌های آزاردهنده و نامطلوب جلوگیری نمی‌شود بلکه تلاش می‌شود تا احساسات به صورتی مهربانانه مورد پذیرش واقع شوند بنابراین احساسات منفی به احساسات مثبت تغییر می‌کنند و فرد راه‌های جدیدی برای مقابله پیدا می‌کند (نف، ۲۰۰۸) بر این اساس، خود شفقت ورزشی یکی از جنبه‌های هوش هیجانی است که در بردارنده توانایی برای ثبت هیجان‌ها و استفاده از اطلاعات برای هدایت افکار و اعمال است (لوتس و همکاران، ۲۰۰۸).

داشتن شفقت خود نیازمند این است که فرد به خاطر شکست‌ها یا نرسیدن به استانداردها، به انتقاد سخت گیرانه از خود نپردازد این مفهوم؛ به معنی توجه نکردن یا اصلاح نکردن این شکست‌ها نیست زمانیکه خود با این باور که انتقاد خود می‌تواند فرد را وادار به تغییر و پیشرفت کند، به خاطر اشتباهاتش به سختی مورد قضاوت قرار بگیرد، عملکردهای حمایتی خود برای تهدید نشدن حرمت خود فرد، در جهت پنهان کردن نواقص از خود آگاهی فرد عمل می‌کنند (هرنی، ۱۹۵۱) بدون آگاهی از خود، این ضعف‌ها مورد تردید قرار نمی‌گیرند در مقابل فرد از طریق شفت ورزشی به خود، یک امنیت هیجانی به وجود می‌آورد که بتواند بدون ترس از سرزنش خود، خودش را به کند وضوح ببیند و فرصت پیدا می‌کند تا با دقت بیشتری الگوهای ناسازگار فکری، هیجانی و رفتاری را درک و اصلاح کند (براون ۱۹۹۹؛ قربانی و واتسن، ۱۳۸۵). افرادی که خود شفقت ورزشی هستند سلامت روانی بیشتری را نسبت به افرادی که خود شفقت ورزشی کمتری دارند تجربه می‌کنند زیرا تجربه درد و شکست از طریق خود محکوم سازی (لی، ۲۰۱۳). احساس انزوا (ون دام و همکاران، ۲۰۱۱) بزرگنمایی افکار و احساسات (رایس، ۲۰۱۰) تقویت می‌شود همچنین داشتن احساس خود شفقت ورزشی دلالت بر این دارد که فرد تلاش می‌کند که از تجربه درد جلوگیری نماید این امر منجر به بروز سبک‌های مقابله فعال در جهت اتقا و حفظ سلامت روانی می‌شود افراد خودشفقت ورزش درد و نقص کمتری را نسبت به سایرین تجربه می‌کنند و دیدگاه حمایت‌گرایانه نسبت به خود دارند که باعث کمتر شدن احساس افسردگی و اضطراب و افزایش رضایت آنها از زندگی می‌شود از زندگی می‌شود (آلیک و سدیکیدز، ۲۰۰۹). فردی که خود شفقت ورزشی است در قدم اول تلاش می‌کند تا خود را از تجربه رنج محافظت کند بنابراین خود شفقت ورزشی باعث بروز رفتارهای سازش یافته در جهت حفظ و ارتقای سلامت روانی می‌شود همچنین خود شفقت ورزشی با خود تنظیمگری موثر برای مقابله با استرس رابطه دارد. راهبردهای مقابله‌ای که افراد برای مواجهه با استرس به کار می‌برند، عمدتاً هیجان محور مثبت نظیر احساس مهربانی و درک خود تبدیل میکند، خود شفقت ورزشی بسیاری از فواید روانشناختی مرتبط با حرمت خود بالا را تضمین می‌کند (نف، ۲۰۰۳، به نقل از سعیدی، قربانی، سرافراز و شریفیان، ۱۳۹۲).

شفقت بر خود علاوه بر آن که فرد را در مقابل حالات روانی منفی محافظت می‌کند، در تقویت حالات هیجانی مثبت نیز نقش دارد به عنوان مثال، شفقت بر خود با احساساتی چون پیوند اجتماعی و رضایت از زندگی که از مولفه‌های زندگی معنی دارند مرتبط است (نف، ۲۰۰۳ و ۲۰۰۷). همچنین شفقت به خود به ارضای نیازهای اساسی خودمختاری، شایستگی و نیاز به برقراری ارتباط که بر اساس نظریه‌ی دسی و همکاران، برای بهزیستی انسان ضروری‌اند، کمک می‌کند (دساری، ۲۰۰۲).

پیشینه تحقیق

در تحقیق پاتلز، تایسون و مانسون (۲۰۰۵) و پاترسون رایت و دیشبون (۲۰۰۸)، یافته‌ها نشان داد که درمان شناختی مبتنی بر ذهن شفقت ورزش منجر به بهبود روانسازهای ناسازگار کودکان طرد شده می‌شود و روانسازهای ناسازگار اولیه در شکل گیری و گسترش بسیاری از مشکلات روانشناختی مانند اختلالات شخصیت، افسردگی مزمن و اختلالات اضطرابی نقش دارد.

در تحقیق راس (۲۰۱۰) یافته‌ها نشان داد که فرادی که از خودشفقت ورزی بالاتری برخوردارند. افسردگی، اضطراب و نشخوارگری فکری کمتری را در موقعیت‌های اجتماعی چالش‌انگیز تجربه می‌کنند و از رضایت بیشتری در زندگی برخوردارند.

در تحقیق گلبرت (۲۰۰۵) یافته‌ها نشان داد که در درمان مبتنی بر شفقت افکار، عوامل، تصاویر و رفتارهای تسکین بخش بیرونی باید درونی شوند و در این صورت ذهن انسان همانگونه که نسبت به عوامل بیرونی واکنش نشان می‌دهد در مواجهه با این درونیات نیز آرام می‌شود.

در تحقیق نف (۲۰۰۹؛ ۲۰۰۳) و همکاران (۲۰۰۷) یافته‌ها نشان داد که میان میزان شفقت به خود و کاهش نشانه‌های اضطراب و افسردگی ارتباط وجود دارد و شفقت به خود بالاتر پیش بینی کننده اضطراب و افسردگی پایین تر است.

روش تحقیق

تحقیق حاضر، جزء دسته پژوهش‌های کاربردی و از نوع شبه آزمایشی، دارای طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل می‌باشد. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه افراد مبتلا درد مزمن و افکار خود آیند منفی در مرکز درمانی شفا می‌باشند که تعداد آنها برابر با ۴۰ نفر می‌باشند. با توجه به تعداد جامعه آماری در نظر گرفته شده که ۴۰ نفر می‌باشد مطابق با فرمول کوکران تعداد ۲۰ نفر به عنوان نمونه آماری در نظر گرفته شدند. روش نمونه‌گیری در این پژوهش روش نمونه‌گیری تصادفی ساده می‌باشد. در این تحقیق نمونه آماری مشخص شده سپس با استفاده از روش گماردش تصادفی این ۲۰ نفر در دو گروه ۱۶ نفری قرار گرفتند. گروه آزمایش تحت تأثیر درمان مبتنی بر شفقت و ذهن آگاهی قرار گرفت اما گروه کنترل هیچ نوع درمان مبتنی بر شفقت و ذهن آگاهی دریافت نکرد.

$$n = \frac{N \times Z_{\frac{\alpha}{2}}^2 \times pq}{e^2(N-1) + Z_{\frac{\alpha}{2}}^2 \times pq} \quad n = \frac{80 \times 1.96_{\frac{0.05}{2}}^2 \times (0.5)(0.5)}{0.05^2(80-1) + 1.96_{\frac{0.05}{2}}^2 \times (0.5)(0.5)} \cong 66$$

قلمرو زمانی این تحقیق: از مهر ماه سال ۱۳۹۶ تا اسفند ماه سال ۱۳۹۶ می‌باشد. قلمرو مکانی این تحقیق: مرکز درمانی شفا می‌باشد. مهم‌ترین روش‌های گردآوری اطلاعات در این تحقیق به شرح زیر است. در این تحقیق از پرسش‌نامه‌های زیر استفاده شده است.

پرسشنامه شفقت خود (نف، ۲۰۰۳)؛ این مقیاس توسط تف و همکاران در سال ۲۰۰۳ ساخته شد. که شامل ۲۶ گویه و ۶ موله مهربانی با خود، قضاوت نسبت به خود، اشتراکات انسانی، انزوا، بهشیاری یا ذهن آگاهی و همانند سازی افراطی در یک طیف لیکرت ۵ درجه ای از کاملاً مخالفم = ۱ تا کاملاً موافقم = ۵ نمره گذاری می‌گردد. گویه‌های ۱، ۲، ۴، ۶، ۸، ۱۱، ۱۳، ۱۶، ۱۸، ۲۱، ۲۱، ۲۴ و ۲۵ دارای نمره گذاری معکوس می‌باشند.

جدول ۳-۱. مولفه‌های پرسش‌نامه شفقت

مولفه‌ها -	سئوالات مربوط به هر مولفه -
مهربانی با خود -	۵، ۱۲، ۱۹، ۲۳، ۲۶ -
قضاوت نسبت به خود -	۱، ۸، ۱۱، ۱۶، ۲۱ -
اشتراکات انسانی -	۱۵، ۳، ۷، ۱۰ و -
انزوا -	۲۵ و ۱۸، ۱۳، ۴ -
بهشیاری یا ذهن آگاهی -	۲۲ و ۱۷، ۱۴، ۹ -
همانند سازی افراطی -	۲۴ و ۲۰، ۶، ۲ -

پرسش‌نامه افکار خود آیند منفی (لودیس، ۱۳۸۸)، که روش امتیاز دهی به سئوالات در جدول زیر ارائه شده است:

جدول ۳-۲. مولفه‌های پرسش نامه روش امتیاز دهی پرسش نامه افکار خود آیند

هرگز	گاهی	معمولاً	اغلب	همواره
۱	۲	۳	۴	۵

برای محاسبه نمره آزمون، امتیاز ۳۰ پرسش را با هم جمع می‌شود. جدول زیر نمره‌های هنجار شده پرسش نامه افکار خود آیند منفی را نشان می‌دهد:

جدول ۳-۳. زیر نمره‌های هنجار شده پرسش نامه افکار خود آیند

نمره	صدک
۶۰	۸۵
۵۵	۷۰
۴۹	۵۰
۴۳	۳۰
۳۸	۱۵

پرسش نامه پذیرش درد: ابزار اندازه‌گیری این قسمت در مقیاس لیکرت ۵ گزینه‌ای به صورت همیشه (۵ نمره)، اغلب (۴ نمره)، گاهی (۳ نمره)؛ به ندرت (۲ نمره) و هرگز (۱ نمره) طراحی شده است و امتیازهای اخذ شده در محدوده ۱ تا ۳۵ است که نمره بالاتر نشان دهنده پذیرش مناسب تر درد در سالمندان است.

پایایی و روایی پرسش نامه

پایایی: در این پژوهش برای محاسبه پایایی پرسش نامه از آلفای کرونباخ استفاده شد و برای سنجش آن قبل از اجرای نهایی تعدادی از افراد نموده پژوهش به طور تصادفی انتخاب می‌شوند، سپس پرسش نامه در اختیار تعدادی از پاسخگویان قرار داده خواهد شد و سپس داده‌های به دست آمده از طریق نرم افزار SPSS محاسبه شد، در خصوص پرسش نامه شفقت در پژوهش خسروی و همکاران (۱۳۹۲) ضریب آلفا برای نمره کلی مقیاس ۰/۷۶ است. هم چنین ضرایب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های مهربانی با خود، قضاوت نسبت به خود، اشتراکات انسانی، انزوا، به‌شیری یا ذهن آگاهی و همانند سازی افراطی به ترتیب ۱/۸۱، ۱/۷۹، ۱/۸۴، ۱/۸۵، ۱/۸۱ و ۱/۸۳ می‌باشند. روایی پرسش نامه نیز مطلوب گزارش گردیده است در این تحقیق نیز پس از محاسبه پایایی به عدد ۰/۸۵ رسیدیم. پایایی به دست آمده برای پرسش نامه افکار خود آیند منفی عدد ۰/۸۱ می‌باشد. هم چنین پایایی برای پرسش نامه پذیرش درد ۰/۸۴۲ به محاسبه شد. برای پایایی همسانی درونی سئوالات آزمون ذهن آگاهی نیز بر اساس آلفای کرونباخ از ۰/۸۰ تا ۰/۸۷٪ گزارش شده است. روایی مقیاس نیز با توجه به هم بستگی منفی با ابزارهای سنجش افسردگی و اضطراب و هم بستگی مثبت با سنجش عاطفه مثبت و حرمت خود کافی گزارش شده است. در این تحقیق نیز به عدد ۱/۸۶۳ رسیدیم.

روایی: در این تحقیق روایی پرسش نامه‌ها به صورت روایی صوری مورد تأیید قرار می‌گیرد؛ به این صورت که ابزار اندازه‌گیری در اختیار استادان محترم و هم چنین تعدادی از متخصصان قرار گرفت و از آنان خواسته شد پس از مطالعه، نظریات خود را در مورد روایی پرسش نامه اعلام نمایند پس از جمع آوری اظهار نظرهای اعلام شده از سوی استادان در مورد روایی پرسش نامه‌ها نتیجه‌گیری می‌شود. روش مورد استفاده برای تجزیه و تحلیل داده‌ها در این تحقیق، استفاده از شیوه کمی می‌باشد که در قالب آمار توصیفی و استنباطی صورت گرفته است.

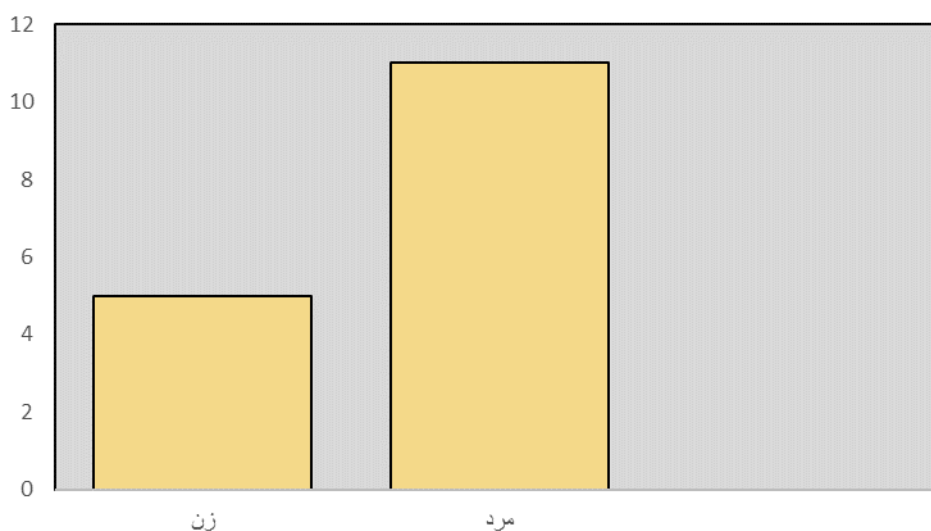
آمار توصیفی پاسخگویان

۱- جنسیت

جدول ۴-۱: فراوانی، درصد معتبر و درصد تجمعی مربوط به جنسیت

	فراوانی	درصد	درصد معتبر	درصد تجمعی
مونث	5	31.3	31.3	31.3
مذکر	11	38.8	68.8	100.0
کل	16	100.0	100.0	

جدول ۴-۱ مشخصات پاسخگویان را از نظر جنسیت نشان داده است. با توجه به جدول ۴-۱ می‌توان گفت که از بین ۱۰۰ درصد پاسخگو: ۳۱/۳ درصد از پاسخگویان مونث می‌باشند و ۶۸/۸ درصد از پاسخگویان مذکر می‌باشند.



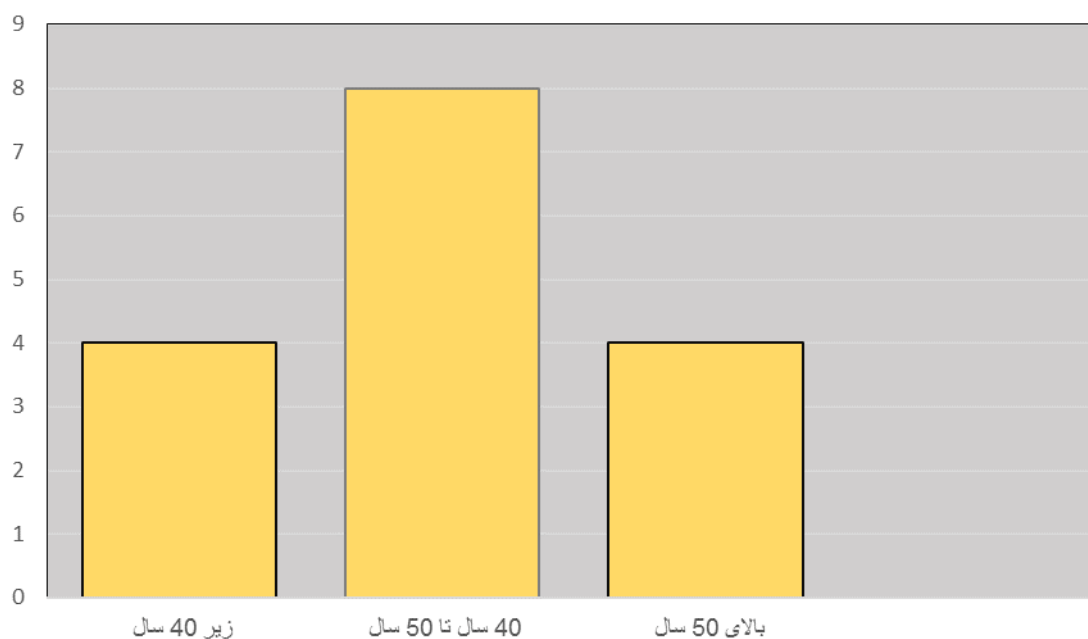
نمودار ۴-۱. توزیع فراوانی پاسخگویان از نظر جنسیت

نمودار ۴-۱ مشخصات پاسخگویان را از نظر جنسیت نشان داده است. با توجه به جدول ۴-۱ می‌توان گفت که از بین ۱۶ نفر پاسخگو: ۵ نفر از پاسخگویان مونث می‌باشند و ۱۱ نفر از پاسخگویان مذکر می‌باشند.

۲- سن

	فراوانی	درصد	درصد معتبر	درصد تجمعی
زیر ۴۰ سال	4	25.0	25.0	25.0
۴۰ سال تا ۵۰ سال	8	50.0	50.0	75.0
۵۰ سال و بالاتر	4	25.0	25.0	100.0
کل	16	100.0	100.0	

جدول و نمودار ۴-۲ مشخصات پاسخگویان را از نظر سن نشان داده است. با توجه به جدول و نمودار ۴-۲ می‌توان گفت که از بین ۱۰۰ درصد پاسخگو: سن ۴ نفر معادل ۲۵ درصد زیر ۴۰ سال، سن ۸ نفر معادل ۵۰ درصد ۴۰ سال تا ۵۰ سال و سن ۴ نفر معادل ۲۵ درصد ۵۰ سال و بالاتر می‌باشد.



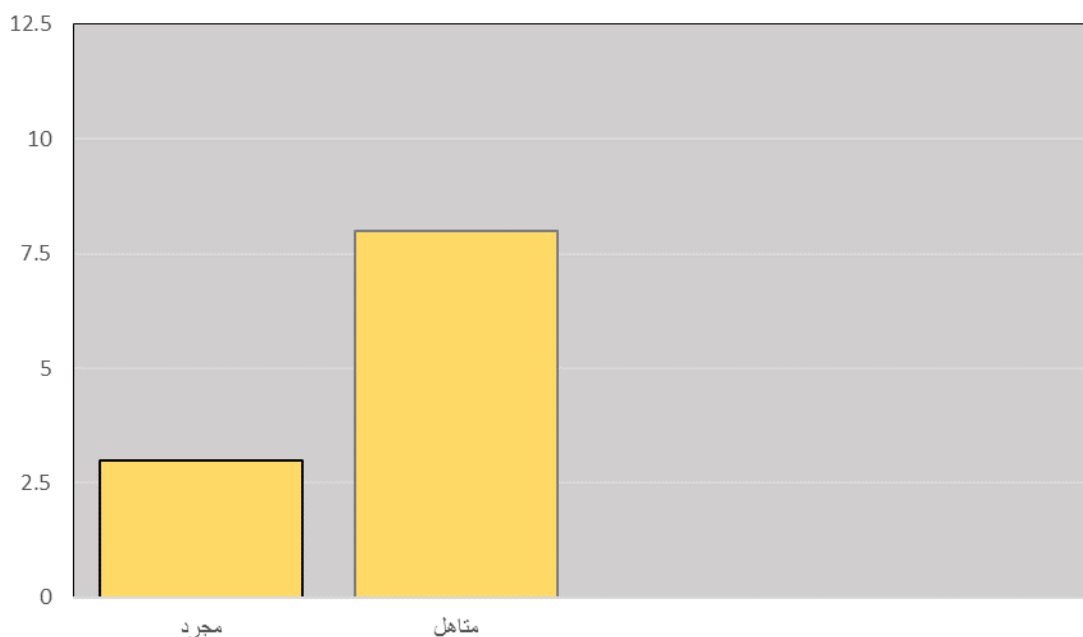
نمودار ۴-۲. توزیع فراوانی پاسخگویان از نظر سن

۳- وضعیت تأهل

جدول ۴-۳: فراوانی، درصد فراوانی، درصد معتبر و درصد تجمعی مربوط به تأهل

	فراوانی	درصد	درصد معتبر	درصد تجمعی
مجرد	3	18.8	18.8	18.8
متأهل	13	81.3	81.3	100.0
Total	16	100.0	100.0	

جدول و نمودار ۴-۳ مشخصات پاسخگویان را از نظر وضعیت تأهل نشان داده است. با توجه به جدول و نمودار ۴-۳ می‌توان گفت که از بین ۱۰۰ درصد پاسخگو: تعداد ۳ نفر معادل ۱۸/۸ درصد مجرد و تعداد ۱۳ نفر معادل ۸۱/۳ درصد متأهل می‌باشند.



نمودار ۴-۳: توزیع فراوانی مربوط به وضعیت تأهل

متغیرها

جدول ۴-۴: آماره‌های مهم برای متغیرهای تحقیق

تعداد	متغیر	دوره شفقت				شفقت	
		پذیرش درد		افکار خود آیند		قبل از دوره	بعد از دوره
		قبل از دوره	بعد از دوره	قبل از دوره	بعد از دوره	قبل از دوره	بعد از دوره
	داده معتبر	16	16	16	16	16	16
	داده گمشده	0	0	0	0	0	0
	میانگین	21.1	27.750	104.875	134.687	89.06	114.7
	میانه	22.5	29.000	113.500	143.500	98.00	124.0
	مد	24.0	31.00	116.00 ^a	146.00 ^a	76.0 ^a	124.0
	انحراف معیار	4.45	4.5240	15.6796	15.9612	13.52	13.57
	واریانس	19.8	20.467	245.850	254.763	183.1	184.3
	چولگی	-1.30	-1.097	-.798	-.801	-.626	-.593
	خطای استاندارد چولگی	.564	.564	.564	.564	.564	.564
	کشیدگی	1.15	.535	-1.095	-1.118	-1.32	-1.38
	خطای استاندارد کشیدگی	1.091	1.091	1.091	1.091	1.091	1.091
	دامنه تغییرات	16.0	16.00	42.00	42.00	38.00	38.00
	کم ترین	10.0	17.00	77.00	107.00	64.00	90.00
	بیش ترین	26.0	33.00	119.00	149.00	102.0	128.0

۴-۴- بررسی نرمال یا غیر نرمال بودن داده‌ها

به منظور بررسی نرمال یا غیر نرمال بودن داده‌ها از آزمون کلموگروف و اسمیرنوف استفاده می‌شود. نتایج آزمون در جدول زیر نشان داده شده است.

جدول ۴-۵: نتایج آزمون کلموگروف و اسمیرنوف

		دوره شفقت		دوره شفقت		دوره شفقت	
		پذیرش درد		دوره شفقت		افکار خود آیند منفی	
		قبل از دوره	بعد از دوره	قبل از دوره	بعد از دوره	قبل از دوره	بعد از دوره
	تعداد	16	16	16	16	16	16
پارامترهای نرمال	میانگین	21.062	27.75	89.0625	114.750	104.875	134.687
بیشترین اختلاف	انحراف معیار	1.44925	4.5240	13.5325	13.5769	15.6796	15.9612
	مطلق	.271	.210	.308	.315	.241	.241
	مثبت	.134	.123	.189	.182	.184	.185
	منفی	-.271	-.210	-.308	-.315	-.241	-.241
	کلموگروف و اسمیرنوف	1.084	.838	1.232	1.259	.963	.964
	سطح معنی داری	.191	.484	.096	.084	.312	.311

در جدول بالا سطح معنی داری آزمون کلموگروف و اسمیرنوف نشان داده شده است. با توجه به این که سطح معنی داری به دست آمده برای تمامی متغیرها بزرگتر از ۰,۰۵ می‌باشد، می‌توان گفت که داده‌ها دارای توزیع نرمال می‌باشند. لذا به منظور آزمون فرضیه‌های تحقیق از آزمون پارامتریک مانند ضریب هم بستگی پیرسون و آزمون مقایسه زوجی استفاده می‌شود.

۴-۵- آزمون فرضیه تحقیق

H_0 درمان مبتنی بر شفقت بر جلوگیری از بروز افکار خود آیند منفی تأثیر نداشته است.

H_1 درمان مبتنی بر شفقت بر جلوگیری از بروز افکار خود آیند منفی تأثیر نداشته است.

به منظور آزمون فرضیه اول تحقیق به دلیل نرمال بودن متغیرهای وابسته از آزمون مقایسه زوجی استفاده می‌کنیم. نتایج در زیر قابل مشاهده می‌باشد.

جدول ۴-۶. توصیف بروز افکار منفی

	خطای استاندارد میانگین	انحراف معیار	میانگین
افکار خود آیند قبل از برگزاری دوره	3.91990	15.67960	104.8750
افکار خود آیند بعد از برگزاری دوره	3.99032	15.96128	134.6875

جدول ۴-۷ به بررسی معنی داری هم بستگی بین افکار خود آیند در قبل و بعد از تمرین می‌پردازد. با توجه به سطح معنی داری به دست آمده می‌توان گفت که هم بستگی معنی داری بین افکار خود آیند در قبل و بعد از برگزاری دوره وجود دارد.

جدول ۴-۸. خروج نهایی آزمون t

	سطح معنی داری	درجه آزادی	t	فاصله اطمینان		خطای استاندارد	انحراف معیار	میانگین
				حد بالا	حد پایین			
افکار خود آیند قبل از برگزاری دوره	.000	15	-	-	-	.18750	.7500	-
			159.0	29.41285	30.21215			29.812

در جدول بالا خروجی نهایی آزمون t نشان داده شده است. با توجه به سطح معنی داری به دست آمده که کوچک تر از $0/05$ می باشد می توان گفت که تفاوت معنی داری بین میانگین نمرات بیماران در قبل از برگزاری دوره وجود دارد. به دلیل منفی بودن حد پایین و بالا می توان بیان کرد که تفاوت میانگین دو جامعه کمتر از صفر می باشد. این اختلاف بیان گر این است که درمان مبتنی بر شفقت بر کنترل و مهار بروز افکار خود آیند منفی بیماران تأثیر داشته است.

فرضیه فرعی دوم تحقیق

H_0 درمان مبتنی بر شفقت بر توانایی پذیرش درد بیماران مبتلا به درد مزمن تأثیر نداشته است.
 H_1 درمان مبتنی بر شفقت بر توانایی پذیرش درد بیماران مبتلا به درد مزمن تأثیر داشته است.
 به منظور آزمون فرضیه اول تحقیق به دلیل نرمال بودن متغیرهای وابسته از آزمون مقایسه زوجی استفاده می کنیم. نتایج در زیر قابل مشاهده می باشد.

جدول ۴-۹. توصیف توانایی پذیرش درد

خطای استاندارد میانگین	انحراف معیار	میانگین	
1.11231	4.44925	21.0625	توانایی پذیرش درد قبل از آزمون
1.13100	4.52401	27.7500	توانایی پذیرش درد بعد از آزمون

جدول بالا خروجی اول آزمون مقایسه زوجی می باشد که شامل تعداد، میانگین، انحراف معیار و خطای استاندارد میانگین می باشد.

جدول ۴-۱۰. بررسی معنی داری هم بستگی بین توانایی پذیرش درد در قبل و بعد از برگزاری دوره

سطح معنی داری	هم بستگی	
.000	.991	توانایی پذیرش درد قبل از آزمون و بعد از برگزاری دوره

جدول ۴-۱۰ به بررسی معنی داری هم بستگی بین افکار خود آیند در قبل و بعد از تمرین می پردازد. با توجه به سطح معنی داری به دست آمده می توان گفت که هم بستگی معنی داری بین توانایی پذیرش درد بیماران در قبل از برگزاری دوره وجود دارد.

جدول ۴-۱۱. خروج نهایی آزمون t

سطح معنی داری	درجه آزادی	T	فاصله اطمینان		خطای استاندارد میانگین	انحراف معیار	میانگین	
			حد بالا	حد پایین				
.000	15	-44.42	-6.36667	-7.00833	.15052	.60208	-6.687	توانایی پذیرش درد قبل و بعد از برگزاری دوره

در جدول بالا خروجی نهایی آزمون t نشان داده شده است. با توجه به سطح معنی داری به دست آمده که کوچک تر از $0/05$ می باشد می توان گفت که تفاوت معنی داری بین میانگین نمرات بیماران وجود دارد. به دلیل منفی بودن حد پایین و بالا می توان بیان کرد که تفاوت میانگین دو جامعه کمتر از صفر می باشد. این اختلاف بیان گر این است که درمان مبتنی بر شفقت بر توانایی پذیرش درد تأثیر داشته است.

بحث و نتیجه گیری

درمان متمرکز بر شفقت (CFT) یک سیستم روان درمانی است که پل گیلبرت آن را ابداع و تدوین کرده است. این رویکرد از معروف ترین روان درمانی موسوم به موج سوم رفتاردرمانی است که تکنیک هایی را از رفتاردرمانی شناختی به همراه ایده هایی

از روان‌شناسی تکاملی، روان‌شناسی اجتماعی، روان‌شناسی رشد، روان‌شناسی بودیستی و علوم اعصاب را یکپارچه کرده است. این رویکرد را می‌توان از جمله‌ها روان‌درمانی‌هایی یکپارچه‌نگری دانست که سعی کرده است تا پلی بر شکاف سنتی مابین هیجان و شناخت در حوزه رفتاردرمانی شناختی بزند. یکی از موضوعات کانونی این رویکرد استفاده از آموزش ذهن مشفق برای یاری رساندن به افراد و ایجاد ملایمت درونی، امنیت و تسکین از طریق شفقت به خود و دیگران است. تکنیک اصلی درمانی CFT آموزش ذهن مشفق است. در این تکنیک به درمانجو مهارت‌ها و خصوصیات شفقت آموخته می‌شود. آموزش ذهن مشفق به درمانجویان کمک می‌کند تا الگوهای شناختی و هیجانی مشکل‌ساز مرتبط با اضطراب، خشم، خودانتقادگری، شخصیت‌زدایی و شیدایی خفیف (هایپومانیا) خود را تغییر کنند. تکامل زیستی مبنای CFT را می‌سازد. در وجود انسان‌ها حداقل سه نوع سیستم تنظیم عاطفه تکامل یافته است: سیستم محافظت از خطر، سیستم سائق (جستجوی منبع) و سیستم تسکین. تاکید CFT بر ارتباط بین الگوهای شناختی و این سه سیستم تنظیم هیجان تاکید می‌شود. از طریق استفاده از تکنیک‌هایی نظیر آموزش ذهن مشفق و تکنیک‌های رفتاردرمانی شناختی به درمانجویان آموخته می‌شود که به طور موثری هرکدام از این سیستم‌ها را به طور موثری مدیریت کرده و به طور مناسب تری به موقعیت‌ها و شرایط پاسخ بدهند. در طول سالیان اخیر مقالات پژوهشی فزاینده‌ای اهمیت شفقت به عنوان راهی برای هدایت رفتار در شرایط مقابله با خطر و حل تعارض را نشان داده‌اند. درمان متمرکز بر شفقت مخصوصاً برای درمان افرادی که شرم و خود انتقادگری زیادی دارند و نیز کسانی که در احساس ملایمت و مهربانی با خود یا دیگران مشکل دارند مناسب است. این مشکلات مرتبط با شرم و خود انتقادگری اغلب ریشه در آزار دیدگی، مورد قلدری قرار گرفتن، نادیده گرفته شدن و یا کمبود محبت در خانواده دارد. با استفاده از CFT می‌توان به چنین افرادی آموخت تا در تعامل با خود و دیگران احساس امنیت و ملایمت بیشتری داشته باشند (مترجم، مهرنوش اثباتی و علی فیضی، ۱۳۹۶).

تکنیک‌های شفقت ورزی و ذهن آگاهی

۱. تنفس با ریتم آرامش بخش

یکی از تکنیک‌های شفقت درمانی تنفس است. برای تمرین تنفس با ریتم آرامش بخش، ابتدا مطمئن شوید که به راحتی نشسته‌اید و هر دو پا را روی زمین قرار داده‌اید، به اندازه عرض شانه‌ها دستان خود را در بالای پاهای خود قرار دهید و چشمان خود را ببندید یا به زمین نگاه کنید. به خود اجازه دهید حالت ملایمی داشته باشید یا لبخند کوچکی بزنید. شروع به تمرکز بر تنفس خود کنید. اجازه دهید هوای هر تنفس وارد دیافراگم شما شود و در حین تنفس احساس کنید که به داخل و خارج حرکت می‌کند. با سرعت نفس خود بازی کنید تا یک ریتم نفس راحت و آرامش بخش پیدا کنید. تمرکز خود را فقط بر تنفس بگذارید و از طریق بینی به ریتم آرام خود ادامه دهید. توجه خود را به بدن خود معطوف کنید و وزن بدن خود را که روی صندلی و زمین زیر شما قرار گرفته است احساس کنید. بگذارید احساس کنید که صندلی شما را نگه داشته و از شما حمایت می‌کند. به یاد داشته باشید که خوب نیست ذهن شما سرگردان شود، توجه داشته باشید که در کجا سرگردان است و به آرامی آن را به سمت آگاهی از بدن خود هدایت کنید. احساس کنید که هوا از سوراخ‌های بینی شما خارج و خارج می‌شود و فقط به خود اجازه دهید که "باشید." اگر متوجه تنفس خود شده‌اید، بگذارید به جای آن روی یک شی تمرکز کنید. می‌توانید چیزی مانند سنگ صاف یا توپ نرم را نگه دارید، چیزی که نگه داشتن آن احساس خوبی دارد. بر روی جسم و همچنین تنفس خود تمرکز کنید و احساس نگه داشتن آن را در نظر بگیرید. چشمان خود را به آرامی باز کنید و خود را به زمان حال بازگردانید. یک کشش کوچک و یک نفس عمیق می‌تواند به شما کمک کند تا خود را برای بقیه روز آماده کنید.

۲. ایجاد یک مکان امن

این تمرین از تکنیک‌های شفقت درمانی را با یک جلسه تنفس آرام بخش با ریتم آغاز کنید. در خود احساس ایمنی و آرامش ایجاد کنید. وقتی احساس آرامش و ایمنی در شما برقرار شد، مکانی را برای خود تصور کنید. چه چیزی را می‌توانید ببینید؟ مکان امن و آرام شما ممکن است جنگلی زیبا با برگ‌هایی باشد که روی نسیم می‌رقصند. ممکن است کنار اقیانوسی باشد،

امواج ملایم که در ساحل شنی نرم و شنی به داخل و خارج می‌روند را بشنوید. ممکن است برای شما مکان خاصی باشد، مانند آشپزخانه مادر بزرگتان در دوران کودکی یا مکان خاصی برای تعطیلات. هر کجا که این مکان است، احساسات خود را روی آن متمرکز کنید. در محل امنی که برای خود ایجاد کرده‌اید، ممکن است آفتاب را روی صورت خود احساس کنید، نسیمی موهایی شما را بلند کرده یا گونه‌های شما را نوازش کند یا گرمای آتش سوزی در حال سوختن است. ممکن است بین انگشتان پا یا گرمای محیط آشپزخانه دنج شن و ماسه را احساس کنید. بعد به آنچه می‌توانید بشنوید فکر کنید. ممکن است در ساحل صدای موج‌های نوردی یا مرغ‌های دریایی را بشنوید. ممکن است صدای جرقه زدن آتش یا صدای پخت مادر بزرگ را بشنوید. شاید صدای گریه ملایم پرندگان را در درختان یا خش خش برگها را در نسیم بشنوید. حالا روی بویی که می‌توانید حس کنید تمرکز کنید. شاید بوی تازه کاج، بوی شور اقیانوس، بوی خوشمزه پای سیب که در فر پخته می‌شود، یا بوی آتش سوزی چوبی را حس کنید. اجازه دهید تمام بدن شما، که شامل صورت شما هم می‌شود آرام شود. بگذارید چهره شما از بودن در فضای امن لذت‌تان را نشان دهد. در نهایت، تصور کنید که مکان امن شما در واقع در حضور شما نیز شادی می‌یابد. احساس کنید مکان امن شما هنگام ورودتان چگونه شاد می‌شود و لذت خود را از بودن در آنجا بازتاب دهید. با این مکان ارتباط عاطفی برقرار کنید و هر زمان که نیاز به احساس امنیت، دوست داشته شدن و آرامش دارید به آنجا بازگردید.

۳. رنگ‌های شفقت بخش

این تکنیک درمان مبتنی بر شفقت نیز با تنفس آرامش بخش شما شروع می‌شود. خود را به آرامش برسانید و به خودتان اجازه دهید به سادگی نفس بکشید. هنگامی که آماده حرکت هستید، رنگی را تصور کنید که آن را با شفقت، مهربانی یا گرما مرتبط می‌دانید. هیچ قاعده‌ای در مورد رنگ این رنگ وجود ندارد، احتمالاً برای همه متفاوت خواهد بود، فقط باید به شما شفقت را یادآوری کند. این رنگ مهربان را در اطراف خود تصور کنید. هنگامی که شما را احاطه کرد، تصور کنید که از قفسه سینه نزدیک قلب شما وارد شده و به آرامی در هر اینچ از بدن شما پخش می‌شود. اگر این تصاویر شما را صدا نمی‌زند، سعی کنید یک مه یا نوری از این رنگ را که به آرامی در شما حرکت می‌کند یا در شما جریان می‌یابد تصور کنید. همانطور که رنگ به بدن شما نفوذ می‌کند، روی این رنگ به عنوان قدرت، گرما و مهربانی کامل تمرکز کنید. یک حالت چهره ایجاد کنید تا با احساسات این رنگ مطابقت داشته باشد و هنگام تمرین این حالت را در صورت خود حفظ کنید. همانطور که تصور می‌کنید رنگ در شما جریان دارد، بر این احساس تمرکز کنید که تنها هدف این رنگ کمک به شما، تقویت شما و حمایت از شما است. به خود اجازه دهید احساس حمایت و محبت کنید.

۴. خود مهربان

خود دلسوز و مهربان یک حس حیاتی برای توسعه روانی خود است، هم برای دلسوزی شما نسبت به دیگران و هم برای خودتان. یکبار دیگر، با تنفس آرام بخش خود شروع کنید. هنگامی که بدن شما کمی کند شده است و شما برای شروع آماده شده‌اید، تصور کنید که فردی بسیار دلسوز هستید. به تمام ویژگی‌هایی که در حالت ایده آل به عنوان یک شخص دلسوز دارید فکر کنید.

تمایل خود را برای تبدیل شدن به یک فرد دلسوز و توانا تصور کنید و بر روی احساس و رفتار دلسوزانه تمرکز کنید. خود را با هر یک از ویژگی‌های شفقت مثل خرد، قدرت، گرما و مسئولیت پذیری تصور کنید. اول، خود را با عظمت خرد تصور کنید. این حکمت از درک شما در مورد ماهیت زندگی، ذهن و بدن‌تان ناشی می‌شود. به این فکر کنید که چه در درون ما می‌گذرد که تقصیر ما نیست. در مرحله بعد، وقتی درک می‌کنید که با داشتن این حکمت چه احساسی دارید، تصور کنید که یک نیروی مهربان دارید. اجازه دهید حالت بدن شما تغییر کند تا با احساس این قدرت دلسوزانه مطابقت داشته باشد. خود را فردی تصور کنید که مشکلات خود و دیگران را بدون قضاوت درک می‌کند و تحمل مقاومت در برابر مشکلات را دارد. وقتی حس قدرت را به خرد خود اضافه کردید، به تمرکز بر روی گرما ادامه دهید. تصور کنید که با خود و دیگران گرم و مهربان هستید. یک حالت چهره متناسب ایجاد کنید و سعی کنید آن را در حین تمرین ادامه دهید. تصور کنید که با کسی مهربان صحبت می‌کنید و به لحن صدای خود توجه کنید. تصور کنید که با فردی گرم صحبت می‌کنید و احساس کنید که چگونه

می‌توانید باشید. در نهایت، خود را با احساس مسئولیت تصور کنید. تصور کنید که هیچ علاقه‌ای به سرزنش خود یا سرزنش دیگران ندارید و فقط می‌خواهید بهترین کار را برای کمک به خود و دیگران در شرایط سخت انجام دهید. حالت چهره و گرمای دلسوزانه خود را حفظ کرده و بر تجربه متعهد شدن خود در یک مسیر دلسوزانه تمرکز کنید. به یاد داشته باشید که مهم نیست احساس می‌کنید این ویژگی‌ها را دارید یا نه، فقط تصور کنید که آن‌ها را دارید. ممکن است تصور خودتان با این ویژگی‌ها دشوار باشد، اما هیچ کس آن‌ها را یک شبه به دست نمی‌آورد مانند هر چیز دیگری، خرد، قدرت، گرما و مسئولیت پذیری با زمان و تمرین به دست می‌آید.

۳-۲- پیشنهادات

با توجه به نتایج به دست آمده در این مطالعه پیشنهاد می‌شود که در هنگام برگزاری دوره‌های آموزشی شفقت‌ورزی در موارد زیر تاکید کرد.

- ۱- یک بیمار، نسبت به عیب‌ها و نقص‌هایشان، دیدگاه انتقادی داشته باشد.
- ۲- وقتی احساس غمگینی دارد، به صورت وسواسی مدام به اشتباهاتشان فکر نکنند.
- ۳- وقتی اتفاق بدی می‌افتد آن را با عنوان بخشی از زندگی که برای هر کسی رخ می‌دهد در نظر بگیرند.
- ۴- وقتی در مورد عیب‌هایشان فکر میکنند، این احساس را داشته باشند که از مردم دنیا مجزا نیستند.
- ۵- هنگام تجربه حوادث ناراحت کننده سعی کنند با خود مهربان باشند.
- ۶- وقتی در چیزی که برایشان اهمیت دارد، شکست می‌خورند، احساس ناراحتی و بی تفاوتی نکرده و شکست را به عنوان مرحله‌ای از موفقیت در نظر داشته باشند.
- ۷- در موقع برخورد با مشکلات، عملکرد ناصحیح در مورد اکثر افراد مصادق پیدا می‌کند و بیشتر مردم احساس شبیه آنها را تجربه می‌کنند.
- ۸- نسبت به جنبه‌هایی از شخصیتشان که دوست ندارند با صبر و شکیبایی برخورد کنند.
- ۹- وقتی در موقعیت دشواری قرار می‌گیرند با ملاحظت و مهربانی از خوششان مراقبت کنند.
- ۱۰- زمانیکه غمگین هستند از مقایسه احساس خود با دیگران پرهیز کنند. چرا که قیاس در شرایط متفاوت نه تنها نتیجه مطلوب ندارد. بلکه ضررهای فراوانی دارد.
- ۱۱- وقتی حادثه دردناکی رخ می‌دهد. سعی کنند تعادل و خونسردی خود را حفظ کنند.
- ۱۲- در موقع ناراحتی احساس ناراحتی خود را بی پرده و صادقانه پذیرفته و آن را گذر تصور کنند.

منابع و مأخذ

آریاپوران، سعید (۱۳۹۱) مقایسه اثربخشی آموزش ذهن آگاهی و تنظیم هیجان بر سلامت روانی جانبازان شیمیایی، پایان نامه دکتری، دانشگاه محقق اردبیلی.
باباپور، خیرالدین، پورشریفی، جلیلی، هاشمی، حمید، احمدی، تورج (۱۳۹۰) رابطه مولفه‌های فراشناخت و ذهن آگاهی با باورهای وسواسی دانش آموزان، روانشناسی مدرسه: ۱(۴).

Falkenstrom F. Studying Mindfulness in Experienced Meditators: A Quasi experimental approach personality and individual differences , 2010: 48: 305- 310.

Ryan RM, Brown KW. Why We Don't Need Self-Esteem: on Fundamental Need, psychology: science and practice, 2003; 10: 144- 156.

Brown KW Ryan RM, Creswell JD. Addressing Fundamental Questions about Mindfulness. Psychological Inquiry, 2007; 18(4): 272-281.

Brown KW, Ryan RM. The benefits of being present; Mindfulness and its role in psychological well - being. Journal of personality and social psychology 2003; 84: 822 848.

- Brown K. W, & Ryan, R. M. (2004). Perils and promise in defining and measuring mindfulness: Observations from experience. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 242-248. doi: 10.1093/clipsy/bph078.
- Kabat-Zinn J. *Mindfulness-based Interventions in Context: Past, Personal, and Future. Clinical Contingent Love, and Mindfulness Psychological Inquiry*, 2003; 14: 27-82.
- Hayes, s. c. & Wilson, k. g. (2003). *Mindfulness: method and process. Clinical psychology: science and practice*, 10, 161 - 165.
- Baer, R, A, Smith, G. T. Hopkins, j, krietemeyer, j, & tony, L.(2006). Using self- report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13, 27- 45.
- Germer, G , Siegel, R. & Fulton, P. (2005). *Mindfulness and psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Segal Z, Williams J, Teasdale J. (2002) *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York, NY: Guilford Press.
- Keng SL, Moria J, Smoski B, Clive J, Robins A. (2011), Effects of mindfulness on psychological health: A review of empirical studies. *Clinical Psychology Review*. 2011; 31(6): 1041 -056.
- 25-Roche M. Luthans HF. The Role of Mindfulness and Psychological Capital on the Well-Being of Leaders Maree. *Journal of Occupational Health Psychology* 2014; 19 (4): 476 - 489.
- Sanaei 26-Sanaei H, Hossini SA, Jamshidifar. Z. (2014), Effectiveness of Mindfulness Training on Self-efficacy of Patients Infected by Breast Cancer. *Social and Behavioral Sciences*; 159 (23): 426-429.
- Wells Adrian (2002), GAD, metacognition and mindfulness: an information processing analysis, *Clinical psychology: science and practice*, Issue 9, Pages 95-100
- Singh, N., Nirbhay, Lancioni, E., Giulio, Winton, S., V., Alan, Curtis, W., John, Wahler, G., Robert, Sabaavi, Mohamed, Singh, Judy and Kristen, Ma Aleavey (2005), Mindful Staff increase learning reduce aggression in adults With developmental disabilities, *Research in developmental Disabilities*, Volume 23, Pages 18-28.
- K. Germer, Christopher; D Siegel, Ronald; R Fulton, Paul; what is Mindfulness? *Mindfulness and psychotherapy*; published by Guilford Press in the spring of 2005.
- Choo, S.H. (2005). *The Effects of Mindfulness Meditation-Based Stress Reduction Program on Stress Vulnerability and Stress activity*. Unpublished master's dissertation. Yeung Nam University, Daegu.
- Kabat -Zinn J, Hanh TN. *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness: Delta*; 2009.
- Barlow DH. *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic: Guilford press*; 2004.
- Cardaciotto L. (2005), *Assessing mindfulness: The development of a bi dimensional measure of awareness and acceptance: Drexel University*.
- Robins CJ. (2003), Zen principles and mindfulness practice in dialectical behavior therapy *Cog Behav Prac*; 9 (1): 50-7.
- Frewen, A. P., Evans, E. M., Maraj, N., Dozois, D. J. A. & Partridge, K. (2006). Letting go: Mindfulness and negative automatic thinking. *Cognitive Therapy and Research*, 54, 376387.
- Bishop S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., Segsl, Z. V., Abbey, S., Specca, M., Velting, D., & Devins G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical psychology: Science and practice*, 11(3), 230-241.
- Siegel, D. J. (2007). *The Mindful Brain: Reflection and Attunement in the Cultivation of Well-Being (1st ed)*. New York: W. W. Norton & Company.

- Harris R. (2009). Mindfulness without meditation. 21 -24. Retrieved October 15, 2009 from: http://www.actmindfully.com.au/up_images/Mindfulness_without_meditation__Russ_Harris_--HCPJ_Oct_09.pdf.
- Walsh, J.; Balian, M. G.; Smolira S. J. D. R.; Fredericksen, L. K. & Madsen, S. (2009), "Predicting individual differences in mindfulness: The role of trait anxiety, attachment anxiety and attentional control", *Personality and Individual differences*, 46, 94-99.
- Williams, M. & Penman, D. (2012). *Mindfulness: A practical guide to finding peace in a frantic world*. Piatkus. co. uk.
- Davidson R.J., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J., Rosenkranz, M., Muller, D., Santorelli, S. F Urbanowski, F., Harrington, A., Bonus, K., & Sheridan, J.F. (2003) Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosomatic Medicine*, 65(4), 564-570.
- Nyklípek I, Karlijn F, Kuijpers M.A. (2008), Effects of Mindfulness Based Stress Reduction Intervention on Psychological Well-being and Quality of Life: Is Increased Mindfulness Indeed the Mechanism?. *Ann. behave. Med*; 35: 331- 340.
- Grossman P, Niemann L, Schmidt S, Walach H. (2004), Mindfulness based stress reduction and health benefits: a meta-analysis. *J Psychoses Res*; 57: 35-43.
- Mackay M. (2008), *Hand book of research method in abnormal and clinical psychology*. New York: Guilford Press; 2008: 342-376.
- Emanuel, A. S.; Updegraff, J. A.; Kalmbach, A. D.; Ciesla, J. A. (2010), "The role of mindfulness facets in affective forecasting", *Personality and Individual differences*, 49, 815-818.
- Brackett, M.A. & Salovey, P. (2004). Measuring emotional intelligence/ as a mental ability with the Mayer Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test. In G. Geher (Ed.), *Measurement of emotional intelligence* (pp. 179-194). Hauppauge, NY: Nova Science Public.
- Cardaciotto, L. A. (2005) *Assessing mindfulness: develop of a bi dimensional measure of awareness and acceptance* Doctoral dissertation. University of Drexel, USA.
- Carighead, W. E., (2003) *Behavioral & cognitive Behavioral psychotherapy*. In G. Stricker & T. A. Widiger (vol. Eds.) & I. B. Weiner (Editor in chief) *Handbook of psychology vol. 8, Clinical Psychology*. NJ: Jone Wiley, & Sons.
- Williams, M. & Penman, D. (2012). *Mindfulness: A practical guide to finding peace in a frantic world*. Piatkus.co.uk.
- Kabat-Zin, J. (1990) *Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress Pain and Illness*. New York: Dell Publishing.
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. New York: Hyperion.
- 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.
- Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (2003). *Acceptance and Commitment Therapy*. (2 ed). New York: Guilford Press.
- Mennin, D. S. (2009). Mindfulness and emotion regulation difficulties in generalized anxiety disorder: Preliminary evidence for independent and overlapping contribution. *Behavior Therapy*, 40, 142-154.
- Williams, M. & Penman, D. (2012). *Mindfulness: A practical guide to finding peace in a frantic world*. Piatkus.Co.uk.
- Linehan MM. (1993), *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. New York (NY): Guilford Press.

- 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.
- Beck, A. (1993), Cognitive therapy of depression: A personal reflection. Scottish cultural press, Aberdeen.
- Branden, Jane. (2002), Overcoming low self-esteem (A Cognitive behavioral Approach). Stress news, vol. 14, No, 3.
- Beck, J. S. (2011). Cognitive therapy: Basics and beyond. New York: Guilford Press.
- Beck, A. T. (1967). Depression: Causes and treatment. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Baer, R. A. (2010). Self-compassion as a mechanism of change in mindfulness and acceptance based treatments. In R. A. Baer (Ed.), Assessing mindfulness & acceptance processes in clients (pp. 135- 154).
- Brown, B. (1999). Soul without shame: A guide to liberating yourself from the judge within. Boston: Shambala.
- Bennett- Goleman, T. (2001), Emotional alchemy: How the mind can heal the heart. New York: Three Rivers Press.
- Horney, K. (1950). Neurosis and human growth: The struggle toward self-realization. New York: Norton.
- Desai S, Arias I, Thompson MP, Basile KC. Childhood victimization and subsequent adult victimization assessed in a nationally representative sample of women and men. Violence Vict, 2002; 17: 639-53.
- Neff, K. D. (2011). Self-compassion, Self-esteem and wellbeing. Social and Personality Psychology Compass, 5, 1 -11.
- pauley. G. & McPherson, s. (2010) the experience and meaning of compassion and selfcompassion for individuals with depression or anxiety. Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 83, 129-143.
- Birnie, K., Speca. M., & Carlson, L. E. (2010). Exploring self compassion and empathy in the context of mindfulness based Stress Reduction (MBSR). Stress and Health. 1 , 1 -11.
- Germer, C. K. (2009). The mindful path to self-compassion. New York: Guilford Press.
- Lee, W. K. (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, 899-902.
- Neff, K. D. (2008). Self-Compassion and Other-Focused Responding. Paper presented at the 8th Annual Convention of the Society for Personality and Consulting and Clinical Psychology, 51 ,730-742.
- Van Dam, N.T, Sheppard, S. C., Forsyth, J., & Earle wine, M. (2011). Self-compassion is a better predictor than mindfulness of symptom severity and quality of life in mixed anxiety and depression. Journal of Anxiety Disorders, 25, 123-130.
- Neff, K. D. (2003a). The development and validation of a scale to measure Self compassion. Self and Identity, 2, 223-250
- Lutz, A., Slagter, H. A., Dunne, J. D., & Davidson, R. J. (2008). Attention regulation and monitoring in meditation. Trends in Cognitive Sciences, 12, 163-169.
- Gilbert, P. (2009). Introducing compassion focused therapy. Advances in Psychiatric Treatment, 15, 199-208.
- Alicke, M. D., & Sedikides, C. (2009). Self enhancement and self protection: What they are and what they do. European Review of Social Psychology, 20, 1 -48.
- Neft, K. D. & Mcgeehee, p. (2010). Self- compassion and psychological resilience among adolescents and young adults. Self and identity, 9, 225- 240.
- Raes, F. (2010). Rumination and worry as mediators of the relationship between selfcompassion and depression and anxiety. Personality and Individual Differences, 48, 757-761.

Rapgay, L., & Bystrisky, A. (2009). Classical mindfulness: An introduction to its theory and practice for clinical application. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1172, 148-162.

Neff, K. D., Kirkpatrick, K. L., & Rude, S. S. (2007). Self-compassion and adaptive psychological functioning. *Journal of Research in Personality*, 41, 139-154.

Neff, K. (2003b), Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2, 85-101.