

اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی به افکار منفی و درد در بیماران مبتلا به درد مزمن

فاطمه رنگ آمیز طوسی^۱، بتول رنگ آمیز طوسی^۲، 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

Ranghamiztousi@gmail.com

چکیده

هدف از تحقیق حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی به افکار منفی و پذیرش درد بیماران مبتلا به درد مزمن می باشد. جامعه آماری در این تحقیق مرکز درمانی شفا می باشد، تعداد جامعه آماری ۴۰ نفر می باشد. 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 کتابخانه ای و همچنین پژوهش های میدانی استفاده شده است. ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه ذهن آگاهی و پرسشنامه افکار خودآیند منفی می باشد. روایی ابزار اندازه گیری به وسیله روایی محتوایی مورد تأیید قرار گرفت و پایایی آنها توسط ضریب آلفای کرونباخ با نرم افزار SPSS محاسبه و برای پرسش نامه ذهن آگاهی به عدد ۰/۸۶۳ و برای پرسشنامه افکار خودآیند منفی به عدد ۰/۸۱ رسیدیم. با توجه به غیر نرمال بودن داده های تحقیق برای تجزیه و تحلیل داده ها در این تحقیق از آزمون من ویتنی استفاده شد. نتایج نشان داد: درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر جلوگیری از بروز افکار منفی و پذیرش درد بیماران مبتلا به درد مزمن تأثیر داشته است؛ این نتیجه نشانگر اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر جلوگیری از بروز افکار خودآیند منفی و پذیرش درد بیماران مبتلا به درد مزمن داشته است.

کلیدواژگان: درمان مبتنی بر ذهن آگاهی، 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 تاثیرات 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 اندیشه‌ای 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 (دبج‌زاده 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 برون، 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،

هیجان‌ها (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 (کابترین، 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. با توجه به مطالب ذکر شده به نظر می‌رسد روش‌های مبتنی بر ذهن آگاهی 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 روش‌های درمانی ذهن آگاهی بر جلوگیری از بروز افکار منفی و پذیرش درد توسط بیماران به دنبال پاسخگویی به این سؤال هستیم که آیا درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر جلوگیری از بروز افکار منفی و توانایی پذیرش درد بیماران مبتلا به درد مزمن تاثیر داشته است؟

اهمیت و ضرورت تحقیق

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 در عین 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

مفهوم ذهن آگاهی بیش از دو هزار سال قدمت دارد پایه‌های این مفهوم را می‌توان در کهنترین متن‌های بودایی ردیابی کرد (فالکنسترم، ۲۰۱۱). اساس ذهن آگاهی از تمرین‌های مراقبه بودایی اقتباس شده که ظرفیت توجه و آگاهی پیگیر و هوشمندانه، فراتر از تفکر را افزایش می‌دهد. ذهن آگاهی یک روش یا فن نیست، اگرچه در انجام آن روش‌ها و فنون گوناگون بسیاری به کار رفته است برخی ذهن آگاهی را به منزله یک شیوه بودن یا یک شیوه از فهمیدن توصیف می‌کنند که مستلزم درک احساسات شخصی است (بائر، ۲۰۱۳؛ به نقل از کویانی، حاتمی و شفیع آبادی، ۱۳۸۷). ذهن آگاهی در آیین بودا تحت عنوان توجه محض یا ثبت غیر استدلالی رویدادها بدون واکنش یا ارزیابی ذهنی تعریف شده است ذهن آگاهی به فرایند توجه مداوم بیشتر از محتوای هر رویداد تمرکز دارد (کارداکویتو، ۲۰۰۵) اساس ذهن آگاهی از تمرین‌های مراقبه بودیسم گرفته شده است که ظرفیت توجه و آگاهی پیگیر و هوشمندانه را (که فراتر از فکر است) افزایش می‌دهد. ذهن آگاهی یک روش یا فن نیست، اگر چه در انجام آن روش‌ها و فنون مختلف زیادی به کار رفته است. ذهن آگاهی را می‌توان به عنوان یک شیوه «بودن» یا یک شیوه فهمیدن» توصیف کرد که مستلزم درک کردن احساسات شخصی است (بارلو، ۲۰۰۴). ذهن آگاهی در آیین بودا تحت عنوان توجه محض یا ثبت غیر استدلالی رویدادها بدون واکنش یا ارزیابی ذهنی تعریف شده است (کارداکویتو، ۲۰۰۵). ذهن آگاهی مفهومی باستانی

است که در دامنه گسترده‌ای از سنت‌های معنوی و دینی شامل هنرهای رزمی، یوگا، تای چی، بودیسم، تائیسیم، هندوئیسم، یهودیت، اسلام و مسیحیت دیده شده است در دهه اخیر روانشناسی غربی اهمیت ذهن آگاهی را دریافته و شروع به شناسایی مزایای زیادی از آموزش ذهن آگاهی کرده است (هریس، ۲۰۰۹).

ذهن آگاهی

ذهن آگاه بودن معادل لغت انگلیسی است یعنی فکر و ضمیر و حالت پر شدن از فکر و اندیشه را تداعی می‌کند و مخالف کلمه بی توجهی یا وضعیت هدایت خودکار است ذهن آگاهی به عنوان حالت توجه برانگیخته و آگاهی از آنچه در لحظه کنونی اتفاق می‌افتد تعریف شده است (والش، ۲۰۰۹)؛ و به رشد سه کیفیت خودداری از قضاوت، آگاهی قصدمندانه و تمرکز بر لحظه کنونی در توجه فرد تأکید می‌کند توجه متمرکز بر لحظه حال، پردازش تمام جنبه‌های تجربه بلا واسطه شامل فعالیت‌های شناختی، فیزیولوژیکی یا رفتاری را موجب می‌شود به واسطه تمرین و فنهای مبتنی بر ذهن آگاهی فرد نسبت به فعالیت‌های روزانه خود آگاهی پیدا می‌کند، به کارکرد خودکار ذهن در دنیای گذشته و آینده آگاهی مییابد و از طریق آگاهی لحظه به لحظه از افکار و احساسات و حالت‌های جسمانی بر آنها کنترل پیدا می‌کند و از ذهن روزمره و خودکار متمرکز برگزیده و آینده رها می‌شود (سیگل، ۲۰۰۲). ذهن انسان از روی عادت وقایع گذشته را بررسی می‌کند و در تلاش است تا آینده را پیش بینی کند و به همین خاطر به راحتی پریشان می‌شود ذهن آگاهی شیوه‌ای است برای پردازش توجه که از مراقبه شرقی نشأت گرفته و به عنوان توجه کامل به تجربیات زمان حال به شکل لحظه به لحظه، توصیف شده است (مارلات و کریستلر، ۱۹۹۹). همچنین به عنوان پرداختن توجه به یک شیوه خاص در زمان حال، بدون قضاوت تعریف شده است (کبات زین، ۱۹۹۴). در روانشناسی بالینی حضور ذهن عبارت است از توجه به لحظه حال، به شیوه غیر قضاوتی و متمرکز بر هدف (همان، ۱۹۹۱).

ذهن آگاهی فنی برای فهمیدن گذشته یا تصحیح راه‌های غلط تفکر در گذشته نیست و مستقیم به درمان مشکلات نمی‌پردازد، بلکه با هشیاری به بررسی محرک‌های زیربنایی شناخت‌ها و هیجان‌ها توجه می‌کند و مضمون‌های نهفته زندگی را در معرض آگاهی قرار می‌دهد؛ به این ترتیب بدون قضاوت یا سرزنش نشان می‌دهد که اولاً هیجان‌ها مرکب از افکار، حس‌های بدنی، احساسات خام و تکان هستند؛ دوماً آنها اغلب نشانه‌های عمیق و وسیعی از ناکارآمدی نحوه برقراری ارتباط ما با خودمان، دیگران و دنیا هستند؛ آنها اطلاعات درونی و بیرونی را اعلام می‌کنند و علائمی هستند که فقط باید در این لحظه بدون قضاوت و یا سرزنش مشاهده شوند و مورد توجه قرار گیرند به این ترتیب ذهن آگاهی روشی برای تربیت ذهن است و شبیه میکروسکوپی عمل می‌کند که عمیق‌ترین الگوهای ذهن را نشان می‌دهد؛ وقتی که ذهن در عمل مورد مشاهده قرار می‌گیرد افکار و هیجان‌ها خودبه خود ناپدید می‌شوند (ویلیامز و پنمن، ۲۰۱۲).

ذهن آگاهی به شیوه‌های متفاوت تعریف می‌شود، اما همه آنها اساساً بر توجه انعطاف‌پذیر، گشودگی و کنجکاو تأکید دارند. تعریف مذکور از ذهن آگاهی سه نکته مهم را بیان می‌کند: نخست، ذهن آگاهی فرایند آگاهی نه فکر کردن است؛ دوم، ذهن آگاهی نگرش گشودگی و کنجکاو را شامل می‌شود؛ و سوم: ذهن آگاهی انعطاف‌پذیری ذهن را در بر دارد (ماراج و همکاران، ۲۰۱۴). ذهن آگاهی مفهومی است که در سالهای اخیر توجه روانشناسان، روان‌درمانگران و محققان را به خود جلب کرده است ذهن آگاهی به عنوان حالت توجه برانگیخته و آگاهی از آنچه که در لحظه کنونی اتفاق می‌افتد تعریف شده است (براون و ریان، ۲۰۰۳) این توجه، توجهی است هدفمند، به همراه پذیرش بدون داوری در مورد تجربه‌های در حال وقوع در لحظه کنونی است (رچ و لتانس، ۲۰۱۴). ذهن آگاهی 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 (سنایی و همکاران، ۲۰۱۴). ذهن آگاهی شامل یک آگاهی‌پذیرا و عاری از قضاوت از وقایع جاری می‌باشد (ریان و براون، 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، هیجان‌ها و تجربه‌ها (اعم از خوشایند و ناخوشایند) دارند (همان، ۲۰۰۷). از طرفی ذهن آگاهی، آگاهی‌ای است که بر اثر توجه روی هدف، در لحظه

جاری، بدون استنتاج لحظه به لحظه ایجاد می‌شود (کابات، ۲۰۰۳). به عبارت دیگر، ذهن آگاهی تعمقی غیرعمد بر روی وقایع حاضر و جاری بوده، به عنوان نوعی آگاهی پذیرا و عاری از قضاوت از آنچه اکنون در حال وقوع است، تعریف می‌گردد (هیز و ویلسون، ۲۰۰۳). ذهن آگاهی شامل یادآوری برای جهت دادن دوباره به توجه و آگاهی ما نسبت به تجربه اخیر در حالتی پذیرا و مورد علاقه است. به عبارت دیگر؛ ذهن آگاهی نیاز به توجه برای رهایی از خیالات است (گرممر و همکاران، ۲۰۰۵) ذهن آگاهی به فرایند توجه مداوم تمرکز دارد تا محتوایی که بدان توجه می‌شود (کارداکیتو، ۲۰۰۵). توجه از نوع ذهن آگاهی، همان توجه دقیق فرد به آن چیزی است که او هم اکنون در حال تعبیر آن است و این با تفکیک واکنش‌های خود از داده‌های حسی خام صورت می‌گیرد (باقرپور و مردانی، ۱۳۹۵). ذهن آگاهی نیز به معنی توجه کردن ویژه هدفمند در زمان کنونی و خالی از پیش داوری و قضاوت است در ذهن آگاهی، فرد در هر لحظه از شیوه ذهنی آگاه می‌شود و مهارت‌های شناسایی شیوه‌های مفیدتر را فرا می‌گیرد ذهن آگاهی مستلزم راهبردهای رفتاری، شناختی و فراشناختی ویژه برای متمرکز کردن فرایند توجه است که به نوبه خود به جلوگیری از ماریپیج فرو کاهنده خلق منفی. فکر منفی. گرایش به پاسخهای نگران کننده و رشد دیدگاه جدید و پدیدآیی افکار و هیجان‌های ناخوشایند منجر می‌شود (سگال و همکاران، ۲۰۰۲).

ذهن آگاهی؛ مهارتی است که به ما اجازه می‌دهد در زمان حال حوادث را کمتر از آن میزان که ناراحت کننده‌اند دریافت کنیم وقتی ما نسبت به زمان حال آگاه هستیم دیگر توجه ما روی گذشته خود است (کابات زین، ۲۰۰۲) ذهن آگاهی می‌تواند به خود آگاهی فراشناختی بیشتری منجر شود و این افزایش در خود آگاهی، بهبود عملکرد تحصیلی را به دنبال دارد (ویلیامز و همکاران، ۲۰۰۲). ذهن آگاهی به معنای توجه کردن به شیوه‌های خاص، هدفمند، در زمان کنونی و بدون قضاوت و پیشداوری تعریف شده است (کنگ و همکاران، ۲۰۱۱). ذهن آگاهی یعنی بودن در لحظه با هر آنچه اکنون هست، ذهن آگاهی یعنی تجربه واقعیت محض بدون توضیح (سگال و ویلیام، ۲۰۰۲). ذهن آگاهی به معنی توجه کردن به زمان حال به شیوه‌های خاص، هدفمند و خالی از قضاوت است (کابات، ۲۰۰۹) ذهن آگاهی را نوعی آگاهی بدون قضاوت در مورد تجربه شخصی است. که این آگاهی لحظه به لحظه آشکار می‌شود (ربینز، ۲۰۰۳).

کابات زین (۱۹۹۰) تعریف خود را از ذهن آگاهی به صورت مفهوم‌سازی کیفی ارتقای بخشید و نشان داد که چگونه یک فرد از سلامت خود در فرایند ذهن آگاهی مراقبت کند ذهن آگاهی را به عنوان آگاهی قضاوتی لحظه به لحظه تعریف می‌کند، او در سال ۱۹۹۰ توجه کردن به اهداف در حال حاضر به شیوه خاص و به صورت غیر قضاوتی را ذهن آگاهی میدانند و در سال ۲۰۰۳ تعریف خود را کاملتر کرده و ذهن آگاهی را نوعی از آگاهی می‌داند که از طریق توجه به اهداف واقعی و بودن در زمان حال، بدون قضاوت راجع به تجربیات آشکار لحظه به لحظه پدیدار می‌گردد افزایش ذهن آگاهی موجب یادگیری راهبردهای رفتاری جدید از قبیل؛ تمرکز در توجه، جلوگیری از نشخوارهای فکری و گرایش به پاسخهای نگرانکننده است و همچنین باعث گسترش افکار جدید و کاهش هیجان‌های ناخوشایند می‌شود (کاریگد، ۲۰۰۳) به نقل از آریاپوران، (۱۳۹۰). به نظر لانگر (۱۹۸۹) ذهن آگاهی به عنوان یک فرایند شناختی خلاق در نظر گرفته می‌شود (گل پور و محمد امینی ۱۳۹۱). بر اساس نظر بایرون (۲۰۰۱) راهبردهای سازگاری مفید ذهن آگاهی برای ایجاد و حفظ آگاهی عبارتند از: فقدان قضاوت و ارزشیابی، صبر و شکیبایی، صبر و بردباری، ذهن آغازگر، درگیر نشدن، پذیرش و رهاشدن ذهن آگاهی توجه کرد قاطعانه نسبت به امور در زمان حاضر است که ما تا به حال طور دیگری به آنها توجه کرده ایم (گل پور و محمد امینی، ۱۳۹۱).

لانجر واژه ذهن آگاهی را برای توصیف یک رویکرد تحقیق علمی به کار برد به نظر لانجر، ذهن آگاهی یک فرایند شناختی خلاق و سازنده است و زمانی که یک فرد سه ویژگی کلیدی را به کار می‌گیرد، آشکار می‌شود. آن سه ویژگی عبارتند از ۱. خلق یک طبقه بندی جدید؛ ۲ پذیرا بودن اطلاعات جدید و ۳ آگاهی از دید و زوایای دید ژرفتر و بیشتر (ساین و همکاران، ۲۰۰۵).

مارک ویلیامز و دانیل پنمن (۲۰۱۲) ذهن آگاهی را به عنوان رازی معرفی می‌کنند که در دنیای کهن خوب فهمیده شده بوده و حتی امروز نیز در بعضی از فرهنگها زنده نگاه داشته شده است. آنها معتقدند که ذهن آگاهی همچون میکروسکپی عمل می‌کند

که عمیق‌ترین الگوهای ذهن را نشان می‌دهد؛ وقتی ذهن در عمل مشاهده می‌شود، فرد متوجه می‌شود که افکار خود به خود ناپدید می‌شوند؛ به عبارت دیگر عمل ساده مشاهده افکار با نگهداشتن آنها در فضایی بزرگتر فکرها را تسکین می‌دهد و پراکنده می‌کند ذهن پر جوش و خروش آرام می‌شود نه به این خاطر که فکرها آرام شده‌اند بلکه به این خاطر که به آنها اجازه داده شده، حداقل برای یک لحظه، همانطور که هستند، باشند. بیر (۲۰۰۳) ذهن آگاهی را به عنوان مشاهده فاقد قضاوت نسبت به جریان در حال پیشرفت درونی و بیرونی محرکها و بروز آنها تعریف کرد قضاوت نکردن، ذهن آگاهی را پرورش می‌دهد وقتی شما با وضعیت هیجانی یا فیزیکی سختی روبه‌رو می‌شوید، قضاوت نکردن درباره تجربیات، بیشتر از آنچه که می‌بینید و هستید و چیزی که باید باشید، آگاه می‌شوید. البته این از پذیرش تجربیات لذت آور و دردناک ناشی می‌شود پذیرش این نیست که دوباره چیزهایی که از نظر اخلاقی قابل قبول نیست را تصدیق کنیم، بلکه پذیرش در مورد رفتارها متفاوت است به عبارت دیگر تغییر همسان پذیرش است اگر چه سریعتر اتفاق می‌افتد (جاکوبسن و همکاران، ۲۰۰۰) کارلن و لانگر (۲۰۰۱) از ذهن آگاهی به عنوان وضعیت شناختی یاد کردند و با صراحت بیان نمودند که بین ذهن آگاهی و مراقبه ذهن آگاهی بودائی تمایز وجود دارد. البته نباید منکر شباهتهای آنها شد همچنین بین ذهن آگاهی و درمان عقلانی. عاطفی الیس شباهتهایی وجود دارد (الیس، ۲۰۰۶). تامپسون (۲۰۱۰). مزایای ذهن آگاهی را در سه حوزهی بهزیستی، روانی و درمانی تقسیم بندی می‌کند. بهزیستی شامل داشتن انرژی با لذت بیشتر است، در حالیکه مزایای روانی شامل افزایش ثبات و فهم فرد از ذهن است. مزایای درمانی در حوزه‌هایی از قبیل افسردگی، اضطراب، اسکیزوفرنی و درد دیده شده است، مزیت ذهن آگاهی به طور فزاینده به‌عنوان پدیده‌های بااهمیت کارکردی برای نتایج گوناگونی چون سلامت جسمی، بهزیستی روانشناختی، کار و عملکرد ورزشی و روابط شناخته شده است (براون و رایان، ۲۰۰۰). بیشتاب و همکاران (۲۰۰۴) به ارئه مدل دوجزئی از ذهن آگاهی پرداختند که نقش مهمی در تعریف ذهن آگاهی دارد نخستین جزء خود نظمدهی توجه را شامل می‌شود این جزء فرد را در تجربه آنی حفظ می‌کند تا تشخیص و شناخت رویدادهای روانی در لحظه را افزایش دهد دومین جزء اتخاذ جهت گیری خاص به سمت تجارب در لحظه حاضر است، جهتگیری که به وسیله کنجکاوی، گشودگی و پذیرش مشخص می‌شود ذهن آگاهی مزیت دیگری نیز دارد که نباید مورد غفلت قرار گیرد: مزیت آن در عملکرد و پیشرفت.

افرادی که در مقیاس‌های مربوط به ذهن آگاهی نمرات بیشتری کسب می‌کنند، نسبت به فعالیت‌های روزانه خود آگاهی بیشتری دارند و بیشتر با ویژگیهای خودکار ذهنشان (به طور مثال تمایل به گریز از زمان حال و درگیر در گذشته و آینده بودن، نگرشی قضاوتگونه به پدیده‌های تغییرپذیر درونی و بیرونی) آشنایی پیدا می‌کنند و آگاهی لحظه به لحظه را در خود پرورش میدهند (سگال و همکاران، ۲۰۰۲). ذهن آگاهی می‌تواند به افراد در بهبود جنبه‌های مختلف زندگی به خصوص در بهبود عملکرد یادگیری و تحصیلی نقش مفید داشته باشد نتایج پژوهشی نشان داد که ذهن آگاهی می‌تواند آگاهی عمیقتر نسبت به احساسات و افکار دشوار را افزایش و استرس را کاهش دهد، پیگیری تکالیف را بالا برد و تعلل‌ورزی را پایین بیاورد و سلامتی را بهبود ببخشد (براون و همکاران، ۲۰۰۷) ذهن آگاهی از طریق آگاهی و هشیاری لحظه به لحظه، مداوم و غیر ارزیابانه نسبت به فرایندهای روانی مشخص می‌شود و شامل آگاهی مداوم از احساسات فیزیکی، ادراکات، افکار و تصورات است ذهن آگاهی از افکار جداناپذیر است (ولز ۲۰۱۲). ذهن آگاهی نه تنها علائم روانشناختی و جسمی اضطراب را از طریق آرمیدگی بهبود می‌بخشد، بلکه با استفاده از یک دیدگاه جدید، با ایجاد تمرکز بر روی منبع استرس، کاهش اضطراب، بهبود مقاومت در مقابل استرس و افزایش مهارت‌های مقابله به فرد کمک می‌کند (تیزدل ۱۹۹۵؛ چو، ۲۰۰۵). این فرایند مستلزم تمرکز بیمار بر استرس‌ها و اضطراب‌های خود می‌باشد. ذهن آگاهی به شخص کمک می‌کند تا نسبت به آنچه که در هر لحظه برایش اتفاق می‌افتد آگاه شود و واکنش مناسبتری به آن نشان دهد با کمک ذهن آگاهی فرد به همه تجارب مثبت، منفی و خنثی اطراف آگاهی پیدا کرده و با کاهش رنج‌های خود بهزیستی روانشناختی را افزایش می‌دهد (گرم، ۲۰۰۵). ذهن آگاهی یکی از رویکردهای درمانی جدید است که به اصلاح و کنترل و پردازش افکار منفی می‌پردازد با این روش درمانی افکار فرد به عنوان حوادث ذهنی تجربه شده و از تمرکز و توجه روی تنفس به عنوان

ابزاری برای زندگی در زمان حال استفاده می‌شود (رستمی و همکاران، ۱۳۹۳). یکی از فرایندهایی که برای بهبود بخشیدن به زندگی افراد جهت دست یافتن به آرامش، و اخذ نتایج بهتری از عمر خود؛ روش ذهن آگاهی و حضور ذهن است، که مدتهاست برای کاستن و یا از بین بردن مشکلات زندگی و ناراحتی‌ها و پریشانی‌های روانشناختی (اضطراب، افسردگی، مشکلات رفتاری، تعارضات بین فردی، بی میلی) به کار می‌رود (شنیلاق و همکاران، ۲۰۰۷). ذهن آگاهی به عنوان سبکی برای زندگی، با استفاده از تمرین‌های مراقبه‌ای که در زندگی روزمره ادغام می‌شود به افراد کمک می‌کند تا با وضعیت‌های دوگانه ذهن آشنا شوند و آگاهانه از آنها به صورت یک ذهن انسجام یافته استفاده کنند. با این روش افراد متوجه شوند که آنها تنها فکر نمی‌کنند، بلکه می‌توانند فکر کردن خود را مشاهده کنند. از طریق مراقبه‌های رسمی (نظیر مراقبه تنفس و بدن، مراقبه یوگای هوشیارانه و مراقبه واری) همینطور مراقبه‌های غیررسمی (نظیر خوردن، قدم زدن، دوش گرفتن و آگاهانه) و تمرینات عادت شکن افراد یاد می‌گیرد که همه زندگی را در اینجا و اکنون حاضر باشند (ویلیامز، پنمن، ۲۰۱۲)؛ ذهن آگاهی فنی برای فهمیدن گذشته یا تصحیح راه‌های غلط تفکر در گذشته نیست و مستقیم به درمان مشکلات نمی‌پردازد، بلکه با هشیاری به بررسی محرک‌های زیربنایی شناخت‌ها و هیجان‌ها توجه می‌کند و مضمون‌های نهفته زندگی را در معرض آگاهی قرار می‌دهد؛ به این ترتیب بدون قضاوت یا سرزنش نشان می‌دهد که اولاً هیجان‌ها مرکب از افکار حس‌های بدنی، احساسات خام و تکانه هستند؛ دوماً آنها اغلب نشانه‌های عمیق و وسیعی از ناکارآمدی نحوه‌ی برقراری ارتباط ما با خودمان، دیگران و دنیا هستند؛ آنها اطلاعات درونی و بیرونی را اعلام می‌کنند و علائمی هستند که فقط باید در این لحظه بدون قضاوت و یا سرزنش مشاهده شوند و مورد توجه قرار گیرند. به این ترتیب ذهن آگاهی روشی برای تربیت ذهن است و شبیه میکروسکوپی عمل می‌کند که عمیق ترین الگوهای ذهن را نشان می‌دهد؛ وقتی که ذهن در عمل مورد مشاهده قرار می‌گیرد افکار و هیجان‌ها خودبه خود ناپدید می‌شوند. همانطور که سیگل (۲۰۰۷) بیان می‌کند در طول چندین سال گذشته توجه فزاینده‌ای به ذهن آگاهی در دنیای غرب وجود داشته است این توجه در تعداد زیادی از ابعاد زندگی روزمره، از زندگی شخصی ما تا تجربیات کودکان در مدرسه و بیماران در درمان بوده است (سرافراز و ولی خانیت، ۱۳۹۷) ذهن آگاهی فرد را به ایجاد رابطه‌ی اساساً متفاوت با تجربه احساس‌های درونی و حوادث بیرونی، از طریق ایجاد آگاهی لحظه به لحظه و جهت گیری رفتاری مبتنی بر مسؤولیت عاقلانه به جای واکنش پذیری اتوماتیک، قادر می‌سازد. با به کارگیری هدفمند کارکردهای عالی ذهن از جمله توجه، آگاهی، نگرش کنجکاوی و دلسوزی، ذهن آگاهی می‌تواند به طور مؤثر بر واکنش‌های هیجانی از طریق بازسازی قشری سیستم لیمبیک کنترلی اعمال نماید (سویس و زین، ۲۰۰۳). بنابراین افرادی که سطوح بالاتر ذهن آگاهی را نشان می‌دهند تفکرات خودآیند منفی کمتری نشان می‌دهند و معتقدند که قادرند خود را از چنین تفکراتی رها نمایند (فریون و وائس، ۲۰۰۰). استفاده از ذهن آگاهی می‌تواند شیوه‌ی فراشناختی پردازش را به کارگیرد و انعطاف پذیری در پاسخ به تهدید را افزایش دهد (ماراج و همکاران ۲۰۰۰؛ به نقل از باباپور و همکاران، ۱۳۹۱).

ذهن آگاهی بر اساس آموزش یکسری تکالیف به صورت هشیار و خودآگاه است. هر تمرین به طور هدفمند و آگاهانه می‌تواند ظرفیت و توانایی نظام پردازش اطلاعات را افزایش دهد تمرین‌های ذهن آگاهی می‌تواند به عنوان یک نظام هشدار اولیه مانع شروع یک انفجار یا سیل قریب الوقوع شود. شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، نوید تازه‌ای در تبیین رویکرد درمان شناختی رفتاری است آموزش ذهن آگاهی مستلزم یادگیری فراشناختی و راهبردهای رفتاری جدید برای متمرکز شدن روی توجه، جلوگیری از نشخوارهای فکری و گرایش به پاسخ‌های نگران کننده است و همچنین باعث گسترش افکار جدید و کاهش هیجان‌ها ناخوشایند می‌شود (کریچی، ۲۰۲۰).

ذهن آگاهی به افراد کمک می‌کند تا این نکته را درک کنند که هیجان‌های منفی ممکن است رخ دهد، اما آنها جزء ثابت و دائمی شخصیت نیستند. همچنین به فرد این امکان را می‌دهد تا به جای آنکه به رویدادها به طور غیرارادی و بدون تأمل پاسخ دهد، با تفکر و تأمل پاسخ دهد (امانوئل و همکاران، ۲۰۱۰) علاوه بر این فرد با مشاهده دقیق واقعیت درونی خود درمی‌یابد که خوشحالی یا غم کیفیت‌هایی نیستند که وابسته به عناصر بیرونی و تغییرات دنیای بیرون باشند و زمانی اتفاق می‌افتد که فرد وابستگی به

افکار، موضع گرفتن و برنامه‌های ذهنی از پیش تعیین شده را رها کند و در نتیجه رفتارهای خودکاری را که برای رسیدن به موقعیت‌های لذت آور یا فرار از موقعیت‌های دردناک انجام می‌دهد، کنار بگذارد و به رهایی برسد ماهیت افکار هرچقدر هم منفی باشند، به خودی خود مشکل اصلی محسوب نمی‌شود. این شیوه واکنش دهی به آنها از طریق فعال شدن یک حالت ذهنی مبتنی بر تشخیص تفاوتهاست که موجب تداوم و تشدید افکار منفی می‌شود حضور ذهن به بیمار کمک می‌کند با تسهیل در شناسایی به موقع الگوهای افکار، احساسات و حس‌های بدنی، آنها را در مرحله مناسبی پیش از توسعه و بسط یافتن خنثی کند پرورش آگاهی به این شیوه بیماران را قادر می‌سازد تا به صورت آشکارتری برانگیخته شدن واکنش‌های نشخواری و منفی را مشاهده کنند و بتوانند از چنین الگوهای فکر تمرکززدایی کنند و به آنها به عنوان رویدادهای ذهنی بنگرند که معرف واقعیت نیستند (مایکی، ۲۰۰۸). ذهن آگاهی ضمن اینکه به فرد کمک می‌نماید تا بفهمد چگونه آرامش و رضایت را دوباره از عمق وجودش کشف کرده و آن را با زندگی روزمره‌اش آمیخته و به سبک زندگی‌اش مبدل نماید؛ به او کمک می‌کند تا به تدریج خود را از نگرانی، اضطراب، خستگی افسردگی و نارضایتی نجات دهد این رویکرد معتقد است که هرکس دوره‌هایی از رنج و درد دارد؛ این درد و رنج با آگاهی ذهن، تبدیل به رنجی همدلانه می‌شود که به احساس شفقت نسبت به خود و دیگران منتهی می‌گردد، درحالی‌که بدون ذهن آگاهی، به صورت هیجان فرسوده کننده‌ای تجربه می‌شود که با تلخی و خشم آمیخته شده و با احساس درماندگی شدید همراه می‌شود (ویلیامز و پنمن، ۲۰۱۲).

مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی با هدف کاهش علائم روانشناختی پریشانی و افزایش کیفیت زندگی (کبات، ۱۹۹۱). به طور فزاینده‌ای هم در زمینه سلامت روان و هم در زمینه سلامت جسمی به کاربرده می‌شود (گروس من و همکاران، ۲۰۰۴). هدف این مداخلات ایجاد ذهن آگاهی روشن و غیر قضاوتی از آنچه که هر لحظه متوالی در ادراک رخ می‌دهد، است منظور از ادراکی، شامل دامنه‌ای از پدیده‌های ممکن از وضعیت‌ها و فرایندهای روانشناختی درونی (افکار، احساسات و تصاویر و ...) و اطلاعات صادره از بدن تا محرک بیرونی وارد شده به حس‌ها است. این رویکرد ریشه در عقاید بودائی دارد که ریشه رنج کشیدن روانشناختی را ناشی از ذهن قضاوتی می‌دانست که تجارب را به خوب و بد تقسیم می‌کند و اینکه باید مبارزه یا اجتناب کرد، بنابراین منجر به سطوحی از ناکامی، پریشانی، اضطراب و افسردگی می‌شود (نیکیلیک کارلیجن و کوچیپر، ۲۰۰۸).

مارشا لینهان برای اولین بار به ضرورت گنجاندن ذهن آگاهی به عنوان یکی از مؤلفه‌های اساسی درمان‌های روانشناختی تأکید کرد (لینهان، ۱۹۹۳). به کمک فن‌های ذهن آگاهی افراد مشاهده‌ی عاری از قضاوت و انتقاد، همراه با شفقت نسبت به خود و دیگران را در عمل یاد می‌گیرند؛ آنها می‌آموزند که با مشاهده افکار و هیجانات استرس زا و غم انگیز الگوی افکار منفی را قبل از آنکه به چرخه معیوب کشیده شوند، شناسایی کنند به این ترتیب در درازمدت، ذهن آگاهی تغییرات بسیاری در خلق و خو و سطح شادی و سلامت افراد می‌گذارد. تحقیقات علمی نشان داده‌اند که ذهن آگاهی نه تنها از افسردگی جلوگیری می‌کند بلکه اثرات مثبتی بر روی الگوهای ذهن در زمینه نگرانی، اضطراب افسردگی، تحریک‌پذیری و عصبانیت دارند (ویلیامز و پنمن، ۲۰۱۲). در حال حاضر دو رویکرد رسمی به ذهن آگاهی عبارتند از: ۱ روش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی و ۲ شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی اغلب رویکردهای ذهن آگاهی نظیر روش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی از روش‌های سنتی شرقی مراقبه الهام گرفته اند (کبات زین، ۱۹۹۵). هرچند به مرور روش‌های درمانی دیگری نظیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد طراحی شدند که از شیوه‌های غیر مراقب‌های هم در تقویت ذهن آگاهی بهره گرفته‌اند (هیز ۲۰۰۸) لیکن مراقبه در آموزش و تفهیم ذهن آگاهی همچنان از اهمیت زیادی برخوردار است منظور از مراقبه تمرین‌های روزانه‌ای است که ذهن سرگردان را تربیت می‌نماید تا بر روی یک موضوع واحد غالباً با تنفس، متمرکز شود تنفس، عملی که به طور طبیعی اغلب به صورت خودبه خود انجام می‌شود، در مراقبه به صورت لنگری برای حضور در اینجا و اکنون درمی‌آید و الگوی احساسات درونی را به نمایش می‌گذارد مراقبه به دو شکل رسمی (نظیر مراقبه تنفس، مراقبه واریسی بدن و مراقبه حرکات آگاهانه) و

غیررسمی (نظیر پیاده روی آگاهانه، دوش گرفتن آگاهانه خوردن آگاهانه و تمرینهای عادت شکن انجام می‌شود) کبات و پنمن (۲۰۱۲).

زمان مراقبه‌های رسمی با توجه به اهداف هر رویکرد تعیین می‌شود؛ به عنوان مثال در MBSR و MBCT مراقبه واریسی بدن بین ۴۵ تا ۶۱ دقیقه طول می‌کشد (کبات زین، ۱۹۹۴). برنامه MBCT یک مداخله گروهی است که هشت هفته به طول می‌کشد در طی این هشت هفته، جلسات هفتگی وجود دارد که دو ساعت طول می‌کشد همینطور پس از هفته پنجم کلاسی به مدت یک روز تشکیل می‌شود. با این حال اغلب تلاش‌های درمانی در بیرون از جلسات انجام می‌شود، جایی که مراجعان سعی در استفاده از مراقبه هدایت شده و توسعه توجه آگاهی در زندگی روزانه دارند در حالیکه همین مراقبه در آموزش ذهن آگاهی ۵ تا ۳۱ دقیقه انجام می‌شود پرکاربردترین مراقبه غیررسمی، فضای تنفسی سه دقیقه‌ای است که تنها ۳ دقیقه طول می‌کشد و در مواقع اضطراری آن را می‌توان حتی تا یک دقیقه کاهش داد آنچه برای انجام مراقبه‌ها لازم است صبر، استقامت و تعهد است. مراقبه‌ها پیچیده نیستند و در انجام آنها مسئله موفقیت یا شکست مطرح نیست (ویلیامز و پنمن، ۲۰۱۲).

در طی برنامه درمانی بیماران یاد می‌گیرند از تمرکز بر افکار و احساسات منفی دست بردارند و به ذهنشان اجازه دهند تا از الگوی تفکر خودکار به پردازش هیجانی آگاهانه گذر کند (ویکی پدیا، ۲۰۱۳) هر چند هدف اصلی ذهن آگاهی آرام سازی نیست اما مشاهده غیر قضاوتی رویدادهای منفی درونی یا برانگیختگی فیزیولوژی باعث بروز این حالت می‌شود. مراقبه ذهن آگاهی باعث فعال شدن ناحیه‌ای از مغز می‌شود که باعث ایجاد عواطف مثبت و اثرهای سودمند در کارکرد ایمنسازی بدن می‌شود (دیدیسون و همکاران، ۲۰۰۳).

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 نمونه گیری در این پژوهش روش نمونه گیری 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.

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

قلمرو زمانی این تحقیق: از مهر ماه سال ۱۳۹۶ تا اسفند ماه سال ۱۳۹۶ می‌باشد. قلمرو مکانی این تحقیق: مرکز درمانی شفا می‌باشد. برای جمع آوری داده‌ها در این تحقیق از پرسش نامه‌های زیر استفاده شده است.

پرسش نامه ذهن آگاهی (رایان و براون، ۲۰۰۳): این پرسشنامه از ۱۵ گویه تشکیل شده است که به منظور سنجش ذهن آگاهی به کار می‌رود. نمره گذاری پرسش نامه به صورت طیف لیکرت ۶ نقطه ای می‌باشد که از تقریباً همیشه تا تقریباً هرگز امتیاز بندی شده است. نمره گذاری پرسش نامه بر اساس طیف لیکرت ۶ درجه ای است. بر اساس این روش نمره‌های به دست آمده را جمع کرده و سپس بر اساس جدول زیر قضاوت کنید.

حد پایین نمره	حد متوسط نمره	حد بالا نمره
۱۵	۴۵	۷۵

امتیازات خود را از ۱۵ عبارت فوق با یک دیگر جمع نمایید. حداقل امتیاز ممکن ۱۵ و حداکثر ۷۵ خواهد بود. نمره بین ۱۵ تا ۳۰: ذهن آگاهی ضعیف است؛ نمره بین ۳۰ تا ۴۵: ذهن آگاهی متوسط است و نمره بالاتر از ۴۵: ذهن آگاهی بالا است. پرسش نامه پذیرش درد: ابزار اندازه گیری 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 خواهد 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، به‌شیراری 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 اندازه گیری 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 نتیجه گیری می‌شود.

یافته ها

جدول ۴-۴: آماره‌های مهم برای متغیرهای تحقیق

		دوره ذهن آگاهی				ذهن آگاهی	
		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
تعداد	داده معتبر	16	16	16	16	16	16
	داده گمشده	0	0	0	0	0	0
میانگین		14.250	20.000	87.1	114	66.68	61.68
میانه		12.000	18.000	90.0	118	69.50	84.50
مد		11.00	11.00 ^a	78.0 ^a	86 ^a	75.00	90.00
انحراف معیار		5.2582	6.4601	18.04	19.4	8.897	8.897

واریانس	27.933	41.733	325.4	379	79.16	79.16
چولگی	.828	.458	-.050	-.15	-.480	-.480
خطای استاندارد چولگی	.564	.564	.564	.564	.564	.564
کشیدگی	-.259	-.690	-.817	-.79	-1.45	-1.45
خطای استاندارد کشیدگی	1.091	1.091	1.091	1.091	1.091	1.091
دامنه تغییرات	18.00	22.00	62.00	64.0	24.00	24.00
کم ترین	8.00	11.00	58.00	86.00	51.00	66.00
بیش ترین	26.00	33.00	120.0	150	75.00	90.00

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

		ذهن آگاهی					
		ذهن آگاهی		پذیرش درد		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	66.687	81.687	14.250	20.000	87.1250	114.937
	انحراف معیار	8.8973	8.8973	5.285	6.46	18.040	19.484
بیش ترین اختلاف	مطلق	.232	.232	.227	.179	.107	.140
	مثبت	.175	.175	.227	.179	.092	.140
	منفی	-.232	-.232	-.128	-.136	-.107	-.125
کلموگروف و اسمیرنوف		.928	.928	.909	.715	.426	.561
سطح معنی داری		.356	.356	.380	.686	.993	.911

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.

آزمون فرضیه‌های 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

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

جدول ۴-۷ 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 افکار خود آیند در قبل و بعد از برگزاری دوره وجود دارد.

جدول ۴-۸. خروج نهایی آزمون t

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

در جدول بالا خروجی نهایی آزمون t نشان داده شده است. با توجه به سطح معنی داری به دست آمده که کوچک تر از ۰/۰۵ 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

H₀ درمان مبتنی بر شفقت بر توانایی پذیرش درد بیماران مبتلا به درد مزمن تأثیر نداشته است.
 H₁ 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

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

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

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

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

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

در جدول بالا خروجی نهایی آزمون t نشان داده شده است. با توجه به سطح معنی داری به دست آمده که کوچک تر از ۰/۰۵ 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.

فرضیه سوم

H₀ درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر جلوگیری از بروز افکار خود آیند منفی تأثیر نداشته است.

H₁ درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر جلوگیری از بروز افکار خود آیند منفی تأثیر داشته است.

جدول ۴-۱۲. توصیف بروز افکار خود آیند منفی در قبل و بعد از برگزاری دوره ذهن آگاهی

خطای استاندارد میانگین	انحراف معیار	میانگین	
4.51006	18.04023	87.1250	افکار خود آیند قبل از برگزاری دوره
4.87123	19.48493	114.9375	افکار خود آیند بعد از برگزاری دوره

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

جدول ۴-۱۳. بررسی معنی داری هم بستگی بین افکار خود آیند در قبل و بعد از برگزاری دوره ذهن آگاهی

سطح معنی داری	هم بستگی	
.000	.991	افکار خود آیند منفی قبل از آزمون و بعد از برگزاری دوره

جدول ۴-۱۳ 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 افکار خود آیند در قبل از آزمون وجود دارد.

جدول ۴-۱۴. خروج نهایی آزمون t

سطح معنی داری	درجه آزادی	T	فاصله اطمینان		خطای استاندارد میانگین	انحراف معیار	میانگین
			حد بالا	حد پایین			
.000	15	-38.31	-26.26544	-29.35956	.72583	2.90330	-27.812
							افکار خود آیند قبل و بعد از دوره

در جدول ۴-۱۴ خروجی نهایی آزمون t نشان داده شده است. با توجه به سطح معنی داری به دست آمده که کوچک تر از ۰/۰۵ می باشد می توان گفت که تفاوت معنی داری بین میانگین نمرات بیماران در قبل و بعد از برگزاری 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 ذهن آگاهی بر کنترل و مهار بروز افکار خود آیند منفی بیماران تأثیر داشته است.

فرضیه چهارم

H₀ درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر توانایی پذیرش درد بیماران مبتلا به درد مزمن تأثیر نداشته است.

H₁ درمان مبتنی بر ذهن آگاهی 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 ۴-۱۵ توصیف توانایی پذیرش درد

خطای استاندارد میانگین	انحراف معیار	میانگین	
1.32130	5.28520	14.2500	توانایی پذیرش درد قبل از برگزاری دوره
1.61503	6.46013	20.0000	توانایی پذیرش درد بعد از برگزاری دوره

جدول ۴-۱۵ خروجی اول آزمون مقایسه زوجی می‌باشد که شامل تعداد، میانگین، انحراف معیار و خطای استاندارد میانگین می‌باشد.

جدول ۴-۱۶ بررسی معنی داری هم بستگی بین توانایی پذیرش درد در قبل و بعد از برگزاری دوره

سطح معنی داری	هم بستگی	
.000	.978	توانایی پذیرش درد قبل از آزمون و بعد از برگزاری دوره

جدول ۴-۱۶ به بررسی معنی داری هم بستگی بین توانایی بیماران در قبل و بعد از برگزاری دوره می‌پردازد. با توجه به سطح معنی داری به دست آمده می‌توان گفت که هم بستگی معنی داری بین توانایی پذیرش درد بیماران در قبل از برگزاری دوره وجود دارد.

جدول ۴-۱۷ خروج نهایی آزمون t

سطح معنی داری	درجه آزادی	T	فاصله اطمینان		خطای استاندارد میانگین	انحراف معیار	میانگین	
			حد بالا	حد پایین				
.000	15	-13.58	-4.84780	-6.6522	.42328	1.69312	-5.750	توانایی پذیرش درد قبل و بعد از برگزاری دوره

در جدول ۴-۱۷ خروجی نهایی آزمون t نشان داده شده است. با توجه به سطح معنی داری به دست آمده که کوچک تر از ۰/۰۵ می‌باشد می‌توان گفت که تفاوت معنی داری بین میانگین نمرات توانایی پذیرش درد بیماران وجود دارد. به دلیل منفی بودن حد پایین و بالا می‌توان بیان کرد که تفاوت میانگین دو جامعه کمتر از صفر می‌باشد. این اختلاف بیان گر این است که درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر توانایی پذیرش درد تأثیر داشته است.

بحث و نتیجه گیری

درمان متمرکز بر ذهن آگاهی یک سیستم روان‌درمانی است که پل گیلبرت آن را ابداع و تدوین کرده است. این رویکرد از معروف ترین روان‌درمانی موسوم به موج سوم رفتاردرمانی است که تکنیک‌هایی را از رفتاردرمانی شناختی به همراه ایده‌هایی 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.

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 این آگاهی با باورهای وسواسی دانش آموزان، روانشناسی مدرسه: (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 Seigel, 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., Speca, 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), 564570.
- 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.