

The Comparison of Cognitive Fusion, Self-Compassion and Flourishing in Patients with Multiple Sclerosis and Normal Individuals

Adibi M¹, Taher M*¹, Nahayati MA²

1. Department of Psychology, School of Psychology, Islamic Azad University, Shahrood Branch, Shahrood, Iran

2. Department of Neurology, School of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

* *Corresponding author.* Tel: +989122316997, Email: mahboobe.taher@yahoo.com

Received: Apr 12, 2021

Accepted: May 31, 2021

ABSTRACT

Background & aim: Multiple sclerosis is one of the most common neurological diseases and affects various aspects of a person's life. The aim of this study was to compare the cognitive fusion, self-compassion and flourishing in patients with multiple sclerosis (MS) and normal individuals.

Methods: The research design was descriptive and comparative. The statistical population included all patients with MS under the supervision of the Mashhad MS Association in 2020, from which 40 people were selected by purposive sampling. For the normal group, 40 normal people matched to patient group were selected. The instruments used in this study were the cognitive fusion questionnaire of Gilanders et al, self-compassion questionnaire of Neff and Diener, Biswas-Diener Flourishing questionnaire. The collected data were analyzed with multivariate analysis of variance and logistic regression using SPSS-24.

Results: The results of the present study showed that the mean scores of cognitive fusions in patients with multiple sclerosis (40.87 ± 5.69) was higher than normal individuals (14.5 ± 5.22), the mean scores of self-compassions in patients with multiple sclerosis (39.72 ± 7.84) was less than normal people (76 ± 9.53) and the mean score of flourishing in patients with multiple sclerosis (25.7 ± 7.76) was less than normal people (47.42 ± 5.75) ($p < 0.05$). The results of logistic regression showed that cognitive fusion, self-compassion and flourishing predicted MS.

Conclusion: Based on the results of the present study patients with MS have higher cognitive fusion and lower self-compassion and flourishing than normal people. Given that psychological factors play an important role in the quality of life and improve performance of these people, it is necessary for counselors and therapists to consider the importance of psychological factors during the treatment of this disease.

Keywords: Cognitive Fusion, Self-Compassion, Flourishing, Multiple Sclerosis, Normal Individuals

مقایسه در آمیختگی شناختی، شفقت به خود و شکفتگی در بیماران مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلروزیس و افراد سالم

مریم ادیبی^۱، محبوبه طاهر^{۱*}، محمدعلی نهایتی^۲

۱. گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد شاهرود، شاهرود، ایران

۲. گروه مغز و اعصاب، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

* نویسنده مسئول. شماره تلفن: ۰۹۱۲۲۳۱۶۹۹۷ ایمیل: mahboobe.taher@yahoo.com

چکیده

زمینه و هدف: بیماری مولتیپل اسکلروزیس (MS) از شایع‌ترین بیماری‌های عصبی می‌باشد که روی جنبه‌های مختلف زندگی فرد تأثیر می‌گذارد. پژوهش حاضر با هدف مقایسه در آمیختگی شناختی، شفقت به خود و شکفتگی در بیماران مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلروزیس و افراد عادی انجام شد.

روش کار: پژوهش حاضر از نوع توصیفی مقایسه‌ای بود. جامعه آماری شامل تمام بیماران مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلروزیس تحت نظر انجمن MS شهر مشهد در سال ۱۳۹۹ بود که از بین آن‌ها به شیوه نمونه‌گیری هدفمند، تعداد ۴۰ نفر انتخاب شدند. در گروه عادی نیز تعداد ۴۰ نفر از افرادی که با گروه بیمار هم‌تا شده بودند، انتخاب گردیدند. جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های در آمیختگی شناختی گیلاندرز و همکاران، شفقت به خود نف و شکفتگی دینر و بیسواز-دینر استفاده شد. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS-24 و آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری و تحلیل رگرسیون لجستیک مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که میانگین نمرات در آمیختگی شناختی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس ($87/69 \pm 5/0$) بیشتر از افراد عادی ($85/22 \pm 5/14$) و میانگین نمره شفقت به خود در این بیماران ($72/7/84 \pm 39$) کمتر از افراد عادی ($76 \pm 9/53$) بود. همچنین میانگین نمره شکفتگی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس ($17/76 \pm 25/7$) کمتر از افراد عادی ($42/75 \pm 5/47$) مشاهده شد ($p < 0/05$). نتایج تحلیل رگرسیون لجستیک نشان داد متغیرهای در آمیختگی شناختی، شفقت به خود و شکفتگی از پیش‌بینی‌کننده‌های ابتلا به بیماری MS هستند.

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج پژوهش حاضر، بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس نسبت به افراد عادی در آمیختگی شناختی بالاتر و خودشفقت و رزی و شکفتگی پایین‌تری دارند. با توجه به اینکه مسائل روانشناختی نقش موثری بر کیفیت زندگی و بهبود عملکرد این افراد دارند، لذا ضروری است مشاوران و درمانگران در جریان درمان این بیماری به اهمیت عوامل روان‌شناختی توجه داشته باشند.

واژه‌های کلیدی: در آمیختگی شناختی، شفقت به خود، شکفتگی، مولتیپل اسکلروزیس

دریافت: ۱۴۰۰/۰۱/۲۳ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۳/۱۰

مقدمه

بیماری مولتیپل اسکلروزیس^۱ از شایع‌ترین بیماری‌های عصبی است که از مشخصه‌های اصلی

آن درگیر شدن مناطق متعدد سیستم اعصاب مرکزی می‌باشد. این بیماری در افراد گروه سنی ۲۰ تا ۴۰ سال شیوع بیشتری داشته (۱) و با علائمی نظیر احساس ضعف، خستگی، اختلال در تعادل و راه رفتن،

^۱ Multiple Sclerosis

اختلال در دید (دوبینی)، اختلال در عملکرد ممانه، گرفتگی عضلات، ناتوانی و اختلال در عملکرد جنسی، زوال خفیف تا متوسط عقلی مشخص می‌شود (۲). بیماری MS ماهیت پیش‌رونده داشته و بر جنبه‌های مختلف زندگی فرد تأثیر می‌گذارد، به طوری که با ابتلا به این بیماری، زندگی طبیعی و عادی فرد در بهترین شرایط زندگی که نیاز به فعالیت اجتماعی، اشتغال و تشکیل خانواده دارد، مختل می‌شود (۳). یکی از مناطق نسبتاً شایع بروز این بیماری، کشور ایران با آمار حدود ۱۵ تا ۳۰ نفر در هر ۱۰۰ هزار نفر می‌باشد. طبق اطلاعات انجمن MS ایران، ۵۰ هزار بیمار مبتلا به ام‌اس در ایران وجود دارد و میزان شیوع آن تقریباً ۹ در ۱۰۰ هزار می‌باشد (۴).

افراد که با بیماری مولتیپل اسکلروزیس زندگی می‌کنند به دلیل نشانه‌های گوناگون جسمی و روانی- اجتماعی نظیر مشکلات دفعی، اختلالات جنسی، شرم، عملکرد عاطفی پایین و انگ، کاهش کیفیت زندگی را تجربه می‌کنند (۵). یکی از عواملی که می‌تواند بر کیفیت زندگی و اختلالات روانشناختی همراه با این بیماری اثر گذار باشد، در آمیختگی شناختی^۱ است (۴). منظور از در آمیختگی، آن است که فرد طوری تحت تأثیر افکار خود قرار گیرد که گویی کاملاً واقعی هستند و موجب می‌شوند رفتار و تجربیات فرد بر دیگر منابع تنظیم رفتاری حاکم شوند و فرد نسبت به نتایج مستقیم، حساسیت کمتری پیدا کند (۶). بر اساس نتایج مطالعات، در آمیختگی شناختی با رفتارهای اجتنابی، استرس، اختلالات روانی و فیزیکی، پریشانی روانشناختی و سطوح پایین سلامت روان در ارتباط می‌باشد (۷). در آمیختگی شناختی زمانی رخ می‌دهد که افکار فرد روی رفتار اثر گذاشته و باعث می‌شوند، فرد به جای توجه به فرآیند فکر (زمینه) به تولیدات فکر (محتوا) توجه نماید. زمانی که این فرآیند بر تجربه فرد غلبه کند منجر به

² Gillanders

³ Self-Compassion

¹ Cognitive Fusion

فرد در شرایط تنش‌زا، قضاوت‌های سختگیرانه‌ای نسبت به خود داشته باشد (۱۴). سلیمی در پژوهشی نشان داد که بیماران مبتلا به ام‌اس با توجه به محدودیت‌های عملکردی و اجتماعی و اختلالات همراه، شفقت به خود پایینی دارند (۱۵). نریمانی و همکاران نیز در مطالعه خود نشان دادند که بیماران دارای درد مزمن، معمولاً از اضطراب و افسردگی بالا و خودشفقتی پایین برخوردار هستند (۱۶).

محدودیت‌های عملکردی و ماهیت غیرقابل پیش‌بینی بیماری ام‌اس، مبتلایان را با استرس روزانه، دشواری در برنامه‌ریزی و ایجاد وابستگی به دیگران برای فعالیت‌های روزمره مواجه کرده و میزان امیدواری، خوشبینی، شکفتگی^۱ و بهزیستی روانشناختی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۹). شکفتگی، سازه‌ای در روانشناسی است که به نوع زندگی کردن توأم با خوشبینی دائمی در عملکردهای انسان اشاره داشته و به صورت ضمنی به نیکی، زاینده‌گی، رشد و انعطاف‌پذیری دلالت می‌کند (۱۷). شکفتگی به نوعی مترادف شادکامی و بهزیستی روان‌شناختی است (۱۸). افراد با شکفتگی بالا از خود راضی هستند، به توانایی‌های خود آگاهند، تمایل زیادی به پیشرفت دارند و در جامعه به عنوان عضو سودمند در نظر گرفته می‌شوند. بر این اساس، شکفتگی شامل روابط اجتماعی و ویژگی‌های فردی مثبت است. بنابراین، این مولفه با احساس افسردگی، انزوا، خودسرزندی و همانندسازی افراطی با مشکلات، ارتباط منفی و معکوس دارد (۱۷). لذا، به نظر می‌رسد تقویت شکفتگی سبب افزایش بکارگیری راهبردهای مقابله‌ای سازگارانه، بهبود کیفیت زندگی و سلامت روانی و کاهش علائم افسردگی، اضطراب و تنش شود (۱۹). مطالعه میرزایی هم نشان داد که بیماری ام‌اس به دلیل کاهش توان و ظرفیت فیزیکی فرد منجر به کاهش شادکامی، امید و شکفتگی در این بیماران می‌گردد (۲۰).

با توجه به اینکه بیماری مولتیپل اسکلروزیس یکی از اپیدمی‌های شایع و روبه‌رشد در جهان کنونی بوده و همانند تمام بیماری‌های سیستم عصبی، سبب ناتوانی مزمن و طولانی و مشکلات روانشناختی در افراد می‌گردد و از آنجایی که عوامل روانشناختی و علائم جسمانی در این بیماری اغلب با یکدیگر در ارتباط بوده و بر پیشرفت و نتیجه آن تأثیرگذار می‌باشد، لذا توجه به مسائل روانشناختی در بیماری مولتیپل اسکلروزیس از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. علیرغم اینکه توجه به مشکلات روانشناختی در این بیماران همواره مورد توجه پژوهشگران بوده و مطالعات چندی را به خود اختصاص داده، اما مطالعه‌ای که به بررسی جامع عوامل روانشناختی موثر بر بیماران مولتیپل اسکلروزیس ایرانی بپردازد، کمتر مورد توجه بوده است. همچنین در مطالعات پیشین کمتر به بررسی شیوع عوامل روانشناختی موثر بر مولتیپل اسکلروزیس و مقایسه آن با جمعیت سالم پرداخته شده است. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف تعیین میزان درآمیختگی شناختی، شفقت به خود و شکفتگی در بیماران مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلروزیس و مقایسه آن‌ها با افراد سالم انجام شد.

روش کار

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی از نوع مقایسه‌ای بود. جامعه آماری آن را تمام بیماران مبتلا به ام‌اس تحت نظر انجمن ام‌اس شهر مشهد در سال ۱۳۹۹ تشکیل می‌دادند. نمونه‌ها به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. با توجه به مطالعه انجام شده توسط موساس (۲۱) با اطمینان ۹۵ درصد و توان ۸۰ درصد، حجم نمونه در هر گروه برابر ۴۲ نفر به دست آمد که برای اطمینان بیشتر، حجم نمونه در هر گروه ۴۵ نفر در نظر گرفته شد. با توجه به شیوع بیماری کرونا و عدم امکان تکمیل پرسشنامه به‌صورت حضوری، پرسشنامه‌ها به‌صورت آنلاین در اختیار

¹ Flourishing

ایران، نتایج پژوهش صدری دمیچی و همکاران، نشان داد پرسشنامه از روایی مطلوبی برخوردار بوده و ضریب پایایی پرسشنامه ۰/۸۱ گزارش شد (۲۲). در پژوهش حاضر نیز، پایایی پرسشنامه از طریق ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۸۵ گزارش شد.

دومین ابزار، مقیاس خود شغقت ورزی بود. این مقیاس که توسط نف^۱ در سال ۲۰۰۳ طراحی شد، دارای ۲۶ گویه می‌باشد و شامل شش عامل دو وجهی مهربانی با خود در مقابل قضاوت خود، احساس انسانی در مقابل انزوا و ذهن آگاهی در مقابل بیش‌هماندسازی است که پاسخ‌های آن در یک مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت ۱ (تقریباً هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه) قرار می‌گیرند. دامنه نمرات این ابزار بین ۲۶ تا ۱۳۰ است. ضریب اعتبار این مقیاس با روش آلفای کرونباخ، ۰/۷۹ و با روش دو نیمه‌کردن، ۰/۷۶ برآورد شده است (۱۳). در پژوهش خانجانی و همکاران در ایران، این پرسشنامه همبستگی منفی و معناداری با کمالگرایی (۰/۳۳-) و عاطفه منفی (۰/۳۸-) و شرم بیرونی (۰/۲۱-) داشت که نشان‌دهنده روایی همگرای این پرسشنامه است. همچنین ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه و عامل‌های «خودمهربانی- خود قضاوتی»، «تجربه مشترک بشری- انزوا» و «ذهن آگاهی- همانندسازی افراطی» به ترتیب ۰/۷۹، ۰/۶۸، ۰/۷۱ و ۰/۸۶ گزارش شده که نشان‌دهنده پایایی قابل قبول این پرسشنامه می‌باشد (۲۳). در پژوهش حاضر، پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۸۴ گزارش شد.

سومین ابزار مورد استفاده، مقیاس شگفتگی دینر و بیسواز- دینر^۲ بود که شامل ۹ گویه است و پاسخ‌دهی به آن براساس طیف لیکرت هفت گزینه‌ای از کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۷) انجام می‌شود. حداقل و حداکثر نمره مقیاس به ترتیب ۸ و ۵۶ است و نمره بالاتر، مبین میزان شگفتگی بالاتر است. در پژوهش

آزمودنی‌ها قرار گرفتند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارتند بودند از: حداقل سواد دیپلم و رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش. بی‌پاسخ بودن بیش از ۳۰ درصد سوالات و استفاده از الگوی پاسخ‌دهی مشخص (یکسان پاسخ دادن به سوالات زوج یا علامت‌زدن یک گزینه در سوالات متوالی که با بررسی تک تک پرسشنامه‌ها توسط محقق بررسی شد) از موارد خروج پرسشنامه‌ها از تحلیل آماری بود.

به منظور اجرای پژوهش، ابتدا مجوزهای لازم از دانشگاه آزاد اسلامی واحد شاهرود کسب گردید. سپس طی هماهنگی با انجمن اماس شهرستان مشهد، پرونده بیماران بررسی و تعداد ۴۵ نفر از آنها انتخاب و به صورت تلفنی با آنها صحبت شد. پس از توضیح اهداف پژوهش رضایت آن‌ها برای تکمیل پرسشنامه جلب شد. در نهایت به دلیل عدم تکمیل ۵ پرسشنامه، آنالیز آماری روی ۴۰ پرسشنامه انجام شد. برای انتخاب افراد گروه عادی از طریق پوستر و ارسال کلیپ تصویری و پیام صوتی به منظور تبلیغ در چند کانال تلگرامی و واتس‌آپی، در مورد اهداف پژوهش اطلاع‌رسانی شد و شماره تماس جهت ثبت نام و شرکت در پژوهش در پوستر قید شد. سپس با در نظر گرفتن معیارهای ورود به پژوهش، تعداد ۴۰ نفر که از نظر سن، تحصیلات و جنسیت با گروه بیمار مشابه بودند و سابقه بیماری مزمن و جدی نداشتند، انتخاب شدند.

اولین ابزار استفاده شده در پژوهش حاضر، پرسشنامه در آمیختگی شناختی بود. این پرسشنامه توسط گیلاندرز و همکاران در سال ۲۰۱۴ برای سنجش در آمیختگی شناختی افراد تهیه شده و دارای ۷ سوال در طیف لیکرت ۷ درجه‌ای (از همیشه درست تا هرگز درست نیست) می‌باشد. دامنه نمرات این ابزار بین ۷ تا ۴۹ است. گیلاندرز و همکاران، ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه را ۰/۹۳ و ضریب پایایی بازآزمایی را در فاصله ۴ هفته‌ای، ۰/۸۰ گزارش کردند (۶). در

¹ Neff

² Diener, Biswas-Diener

معنی‌دار در نظر گرفته شد. همچنین نرمالیتی توزیع داده‌ها، با استفاده از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف بررسی شد و نتایج نشان داد که متغیرهای پژوهش از توزیع نرمال تبعیت می‌کنند.

یافته‌ها

بر اساس اطلاعات جمعیت‌شناختی مربوط به دو گروه بیماران مبتلا به ام‌اس و افراد عادی که هر یک ۴۰ نفر شرکت‌کننده داشتند؛ از جهت جنسیت در هر گروه ۲۰ نفر مرد و ۲۰ نفر زن؛ از لحاظ تحصیلات نیز در هر گروه ۵ نفر دیپلم، ۱۲ نفر کاردانی، ۱۶ نفر کارشناسی، ۵ نفر کارشناسی ارشد و ۲ نفر دکتری و از لحاظ وضعیت تاهل ۲۴ نفر متاهل و ۱۶ نفر مجرد حضور داشتند. از لحاظ وضعیت مالی نیز در هر گروه ۸ نفر وضعیت مالی ضعیف، ۲۳ نفر وضعیت مالی متوسط و ۹ نفر وضعیت مالی خوب داشتند. میانگین و انحراف معیار سنی آزمودنی‌های گروه بیمار، $33/84/9 \pm 0.5$ و گروه عادی $32/57/8 \pm 48$ سال بود (جدول ۱).

دینر و همکاران، نتیجه تحلیل عاملی این مقیاس دلالت بر وجود یک عامل داشت و پایایی پرسشنامه بر اساس ضریب آلفای کرونباخ برابر با $0/87$ و بر اساس ضریب بازآزمایی یک ماهه، $0/71$ بدست آمد (۲۴). در ایران، مرادی و همکاران برای اولین بار این پرسشنامه را به فارسی ترجمه کردند و نتایج تحلیل عاملی آن‌ها دلالت بر وجود یک عامل داشت. همچنین، با استفاده از روش‌های همسانی درونی، ضریب آلفای کرونباخ $0/82$ را به دست آوردند (۲۵). علاوه بر این، به منظور بررسی روایی پرسشنامه شکفتگی، همبستگی گویه‌های پرسشنامه با نمره کل را بین $0/52$ تا $0/76$ گزارش کردند که نشان‌دهنده روایی مناسب این پرسشنامه می‌باشد (۲۵). در پژوهش حاضر نیز، پایایی پرسشنامه از طریق آلفای کرونباخ، $0/79$ به دست آمد. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها، از شاخص‌های آمار توصیفی (فراوانی، میانگین و انحراف معیار) و استنباطی (تحلیل واریانس چندمتغیری و تحلیل رگرسیون لجستیک) در نرم افزار SPSS-24 استفاده شد. مقادیر p کمتر از $0/05$.

جدول ۱. اطلاعات جمعیت‌شناختی آزمودنی‌های پژوهش

متغیر	گروه بیمار		گروه سالم	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
سن (سال)	۱۰	۲۵	۱۲	۳۰
	۱۶	۴۰	۱۸	۴۵
	۱۲	۳۰	۸	۲۰
	۲	۵	۲	۵
جنسیت	۲۰	۵۰	۲۰	۵۰
	۲۰	۵۰	۲۰	۵۰
وضعیت تاهل	۱۶	۴۰	۱۶	۴۰
	۲۴	۶۰	۲۴	۶۰
سطح تحصیلات	۵	۱۲/۵	۵	۱۲/۵
	۱۲	۳۰	۱۲	۳۰
	۱۶	۴۰	۱۶	۴۰
	۵	۱۲/۵	۵	۱۲/۵
وضعیت مالی	۲	۵	۲	۵
	۸	۲۰	۸	۲۰
	۲۳	۵۷/۵	۲۳	۵۷/۵
	۹	۲۲/۵	۹	۲۲/۵

جدول ۲. میانگین متغیرهای پژوهش

متغیر	گروه بیمار		گروه سالم	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
درآمیختگی شناختی	۴۰/۸۷	۵/۶۹	۱۴/۵۵	۵/۲۲
شفقت به خود	۳۹/۷۲	۷/۸۴	۷۶	۹/۵۳
شکفتگی	۲۵/۱۷	۷/۷۶	۴۷/۴۲	۵/۷۵

همانطور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود میانگین نمرات درآمیختگی شناختی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس و افراد عادی به ترتیب $40/87 \pm 5/69$ و $14/55 \pm 5/22$ ، شفقت به خود $39/72 \pm 7/84$ و $76 \pm 9/53$ و شکفتگی $25/17 \pm 7/76$ و $47/42 \pm 5/75$ بود. برای بررسی مفروضه همگنی واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شد. نتایج درآمیختگی شناختی، شفقت به خود و شکفتگی در دو گروه، تفاوت معنی‌داری داشتند ($p < 0/001$) (جدول ۳ و ۴).

همانطور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود میانگین نمرات درآمیختگی شناختی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس و افراد عادی به ترتیب $40/87 \pm 5/69$ و $14/55 \pm 5/22$ ، شفقت به خود $39/72 \pm 7/84$ و $76 \pm 9/53$ و شکفتگی $25/17 \pm 7/76$ و $47/42 \pm 5/75$ بود. برای بررسی مفروضه همگنی واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شد. نتایج درآمیختگی شناختی، شفقت به خود ($p = 0/81$ ؛ $Z = 0/06$)؛

جدول ۳. آزمون معناداری تحلیل واریانس چندمتغیری به منظور بررسی تفاوت دو گروه در متغیرهای درآمیختگی شناختی، شفقت به خود و شکفتگی

آزمون	ارزش	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	اندازه اثر	سطح معنی‌داری
اثر پیلا	۰/۹۲۸	۳۲۷/۹۳	۳	۷۶	۰/۹۲	< ۰/۰۰۱
لامبدای ویلکز	۰/۰۷۲	۳۲۷/۹۳	۳	۷۶	۰/۹۲	< ۰/۰۰۱
اثر هتلینگ	۱۲/۹۵	۳۲۷/۹۳	۳	۷۶	۰/۹۲	< ۰/۰۰۱
بزرگترین ریشه‌روی	۱۲/۹۵	۳۲۷/۹۳	۳	۷۶	۰/۹۲	< ۰/۰۰۱

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری به منظور بررسی تفاوت دو گروه در متغیرهای درآمیختگی شناختی، شفقت به خود و شکفتگی

منبع	مجموع مجزورات	درجه آزادی	مربع میانگین	F	سطح معناداری
درآمیختگی شناختی	۱۳۸۶۰/۱۱	۱	۱۳۸۶۰/۱۱	۴۶۳/۵۳	۰/۰۰۱
شفقت به خود	۲۶۳۱۷/۵۱	۱	۲۶۳۱۷/۵۱	۳۴۵/۴۷	۰/۰۰۱
شکفتگی	۹۹۰۱/۲۵	۱	۹۹۰۱/۲۵	۲۱۱/۹۶	۰/۰۰۱

خود و شکفتگی در مدل معنادار است. بنابراین متغیرهای درآمیختگی شناختی، شفقت به خود و شکفتگی، پیش‌بینی‌کننده ابتلا به ام‌اس هستند (جدول ۵).

برای بررسی اینکه آیا درآمیختگی شناختی، شفقت به خود و شکفتگی، احتمال ابتلا به ام‌اس را پیش‌بینی می‌کنند، مدل رگرسیون لجستیک استفاده شد و نتایج نشان داد که متغیرهای درآمیختگی شناختی، شفقت به

جدول ۵. نتیجه برازش مدل رگرسیون لجستیک برای پیش‌بینی ابتلا به ام‌اس

متغیر	بتا	آماره والد	نسبت شانس متغیر پیش‌بین	سطح معنی‌داری
درآمیختگی شناختی	-۰/۱۰۱	۸/۳۲	۱/۳۲	۰/۰۰۴
شفقت به خود	۰/۱۰۴	۴/۱۴	۱/۱۸	۰/۰۳
شکفتگی	۰/۱۶۵	۲۱/۲۰۶	۰/۹۳۱	۰/۰۰۱
ثابت	۶/۴۳	۲۱/۷۸	۵۴/۸۸	۰/۰۰۱

بحث

پژوهش حاضر با هدف مقایسه در آمیختگی شناختی، شفقت به خود و شکفتگی در بیماران مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلروزیس و افراد سالم انجام شد. نتایج نشان داد که میانگین نمره در آمیختگی شناختی در بیماران مبتلا به بیماری ام‌اس به طور معنی‌داری بیش از افراد سالم بود. والوانو^۱ و همکاران هم در پژوهشی اشاره به سطح بالای در آمیختگی شناختی در بیماران مبتلا به ام‌اس داشتند (۹). در مطالعه گیلاندرز و همکاران نیز بالا بودن میزان در آمیختگی شناختی در بیماران مبتلا به دردهای مزمن تأیید شد (۱۰). همچنین در مطالعات زهرائی و همکاران و رائو^۲ و همکاران، بین در آمیختگی شناختی با کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به ام‌اس، ارتباط معنی‌دار و معکوس دیده شد (۴،۲۶) که همه این نتایج با یافته پژوهش حاضر همسو می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت بیماری مولتیپل اسکلروزیس منجر به افزایش ارزیابی شناختی منفی در بیمار می‌شود و در این حالت، فرد عملکرد خود را کمتر از آنچه هست در نظر می‌گیرد و نسبت به احساسات و هیجان‌های ناخوشایند برخاسته از این افکار منفی آسیب‌پذیری بیش‌تر از خود نشان می‌دهد، بنابراین آمیختگی شناختی موجب می‌شود که فرد ارزیابی‌های منفی را به‌عنوان واقعیت‌های نهایی در نظر گرفته و به نوعی به آن بچسبد که این مساله موجب تداوم و تشدید تنش شده و افزایش علائم و مشکلات ناشی از بیماری مولتیپل اسکلروزیس را به دنبال خواهد داشت (۴). به عبارت دیگر، آمیختگی شناختی موجب می‌شود که فرد افکار منفی مرتبط با یک موقعیت استرس‌زا همچون علائم و نشانه‌های بیماری مولتیپل اسکلروزیس را به‌عنوان شرایط کاملاً واقعی در نظر بگیرد و این طرز تلقی انعطاف‌ناپذیر و خشک بر احساسات و رفتار فرد به‌صورت منفی اثر می‌گذارد. در نقطه مقابل، پذیرش

افکار و احساسات به همان صورتی که هستند و نه بیشتر یا کمتر، منجر به تضعیف در آمیختگی شناختی می‌شود و در کنار آن، پذیرش رویدادهای درونی، هنگامی که شخص در جدال با پریشانی‌ها و آشفتگی‌های خود نیست، به وی اجازه توسعه خزانه رفتاری را می‌دهد و می‌تواند از زمانی که بدین ترتیب به‌دست می‌آورد، برای انجام فعالیت‌های ارزشمند خود استفاده کرده و خود را به یک زندگی ارزشمند و هدفمند متعهد سازد و بدین ترتیب کیفیت زندگی نیز بهبود می‌یابد (۱۰).

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین افراد مبتلا به ام‌اس و افراد سالم از لحاظ شفقت به خود تفاوت معنی‌داری وجود داشت بطوری که میزان شفقت به خود در گروه بیمار در مقایسه با افراد سالم، کمتر بود. نریمانی و همکاران هم نشان دادند که بیماران دارای درد مزمن از خودشفقتی پایینی برخوردار هستند (۱۶). همچنین، روحانی و همکاران در پژوهش خود روی بیماران مبتلا به ام‌اس، نشان دادند که با توجه به اینکه افراد مبتلا به این بیماری حملات عصبی شدید و علائم بالینی وخیم را تجربه می‌کنند، معمولاً مشکلات جسمی و روحی شدیدی داشته و شفقت به خود پایینی دارند (۱۱). سلیمی و همکاران نیز در پژوهش خود به پایین بودن شفقت به خود در بیماران مبتلا به ام‌اس اشاره داشتند (۱۵). آناگنوستولی^۳ و همکاران نیز نشان دادند که بیماران مبتلا به ام‌اس به‌دلیل نشانه‌های گوناگون جسمی و روانی-اجتماعی، از شفقت به خود پایینی برخوردار هستند (۵). در تبیین این یافته می‌توان گفت افراد مبتلا به اختلالات مزمن همچون بیماری ام‌اس، پیشینه بر مملو از استرس داشته و این پیشینه بر رشد روانشناختی و جسمی تأثیر دارد (۱۱). درد مزمن به خاطر ایجاد محدودیت‌هایی که در حوزه شغلی، عملکردی و تحصیلی

³ Anagnostouli¹ Valvano² Rao

برای فرد ایجاد می‌کند؛ باعث می‌شود فرد دائم دنبال پیام‌های طردشونده باشد، به همین خاطر برخی مواقع این افراد از خود متنفر بوده و نمی‌توانند مهربانی دیگران را قبول کرده و معمولاً شفقت به خود پایینی دارند (۱۶). از طرف دیگر، بالا بودن مشکلات روانی (افسردگی، اضطراب، استرس و خستگی) در میان بیماران مبتلا به ام‌اس موجب می‌شود، اکثر بیماران قادر به کنار آمدن با بیماری خود نباشند و تمام توجه و تمرکز خود را روی مسائل و مشکلات آینده متمرکز کنند. به علاوه اختلال در روابط زناشویی، تغییر در عملکرد جنسی، تغییر در اعتماد به نفس، تغییرات خلقی گذرا، محدود شدن فعالیت‌های اجتماعی و مشکلات اقتصادی توأم با مشکلات شغلی از مواردی است که باعث کاهش میزان شفقت به خود در این بیماران می‌گردد (۵).

نتایج پژوهش حاضر میزان شکفتگی را در افراد مبتلا به ام‌اس، پایین‌تر از افراد سالم گزارش کرد. عابدینی و همکاران در پژوهشی به سطح پایین شکفتگی و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به ام‌اس اشاره داشتند (۲۷). در مطالعه عمو میرزا و همکاران نیز میزان بهزیستی روانی و شکفتگی در افراد مبتلا به ام‌اس در مقایسه با افراد سالم، کمتر دیده شد (۲۸). لائینگ^۱ و همکاران هم به بالابودن اختلالات خلقی همچون اضطراب و افسردگی و پایین بودن شکفتگی در بیماران مبتلا به ام‌اس اشاره داشتند (۲۹). به اعتقاد تیلور، سبب‌شناسی مبهم و پاسخ ضعیف به درمان، عدم پیش‌بینی‌پذیری بیماری، نیاز به بستری شدن‌های مکرر و قطعی نبودن درمان منجر به کاهش شکفتگی در بیماران مبتلا به ام‌اس می‌گردد (۱۹). در تبیین این یافته می‌توان گفت بیماری‌های مزمن و ناتوان‌کننده به دلیل تأثیری که بر توانایی و فعالیت‌های روزمره

زندگی دارند، قادرند تمامی ابعاد زندگی را متأثر نموده و باعث افت کیفیت زندگی شوند (۲۸). بار ناشی از مشکلات ام‌اس، سلامت جسمی و روانی بیمار را تحت تأثیر قرار می‌دهد. کاهش شکفتگی را می‌توان به طور مستقیم یا غیرمستقیم به علائم و نتایج بیماری نسبت داد. افراد مبتلا به ام‌اس، با عدم اطمینان در برخورد با آینده، علائم ناخوشایند و غیرقابل پیش‌بینی، رژیم‌های درمانی دشوار و عوارض جانبی داروها مواجه هستند (۲۷). بیماری ام‌اس می‌تواند عواقب عمیقی همچون اختلال در اهداف زندگی، اشتغال، درآمد، روابط اجتماعی، فعالیت‌های اوقات فراغت و فعالیت‌های روزمره داشته باشد. این افراد به خود نگرش مثبت نداشته و جنبه‌های مختلف خود، مانند ویژگی‌های خوب و بد و احساس مثبت درباره زندگی گذشته خود را احساس نمی‌کنند و بیشتر به جنبه‌های منفی و ویژگی‌های بد اکنون و نیز وضعیت نابسامان جسمی و روحی در زمان حال می‌نگرند. همچنین از آنجایی که بیماری ام‌اس برای اکثر مبتلایان در سنین جوانی به عنوان دوره‌ای که برای رشد حرفه‌ای و تشکیل خانواده بسیار مهم است، آغاز می‌شود بنابراین تعجب‌آور نیست که این بیماران مشکلات بسیاری را در زمینه شکفتگی تجربه کنند (۲۸).

پژوهش حاضر همانند سایر مطالعات، با محدودیت‌هایی مواجهه بود. از جمله اینکه نمونه مورد نظر فقط از افراد مبتلا به ام‌اس تحت نظر انجمن ام‌اس شهر مشهد انتخاب شد و این مسئله تعمیم نتایج را با احتیاط مواجهه می‌کند. از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به استفاده از ابزارهای خودگزارشی اشاره کرد که می‌تواند منجر به سوگیری شود.

نتیجه گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بیماران مبتلا به ام‌اس نسبت به افراد سالم، در آمیختگی شناختی بالاتر

¹ Laing

تشکر و قدردانی

پژوهش حاضر با کد اخلاق IR.IAU.SHAHROOD.REC.1400.019 در کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی شاهرود ثبت شده است. بدینوسیله از کلیه پرسنل محترم و بیماران عضو انجمن اماس شهر مشهد که در این پژوهش محققین را یاری کردند، کمال تشکر و قدردانی می‌گردد.

تضاد منافع

هیچگونه تعارض منافع توسط نویسندگان مقاله در اجرای این پژوهش بیان نشده است.

و شفقت به خود و شکفتگی پایین‌تری داشتند. توجه به ابعاد و مشخصه‌های روانشناختی در مبتلایان به اماس که به‌عنوان عوارض بیماری ظاهر می‌شوند، می‌تواند شناخت بهتری از این بیماری را برای همگان به ارمغان آورد و نکات مفیدی برای روانشناسان، مشاوران و سایر کادر درمان که با بیماران مبتلا به اماس سر و کار دارند، در بر داشته باشد. با توجه به اینکه توجه به مؤلفه‌های روانشناختی این بیماری و مداخله در این خصوص می‌تواند نقش مؤثری در سازگاری بیمار با شرایط جسمانی داشته باشد، پیشنهاد می‌شود که مداخلات روانشناختی در شروع تشخیص بیماری اماس مورد توجه ارائه‌دهندگان خدمات سلامت باشد.

References

- 1- Dobson R, Giovannoni G. Multiple sclerosis-a review. *European journal of neurology*. 2019;26(1):27-40.
- 2- Oh J, Vidal-Jordana A, Montalban X. Multiple sclerosis: clinical aspects. *Current opinion in neurology*. 2018;31(6):752-9.
- 3- Saadat S, Kalantari M, Kajbaf MB, Hosseini-zhad M. Comparison of psychological symptoms in multiple sclerosis patients and normal people. *Razi Journal of Medical Sciences*. 2019;26(6):73-83.
- 4- Zahraie S, Amini S, Saebi S. The Relationship between Illness Perception, Stigma and Cognitive Fusion with Quality of Life of the women with Multiple sclerosis. *Journal of Psychological Studies*. 2018;14(2):25-40. [Persian]
- 5- Anagnostouli M, Katsavos S, Artemiadis A, Zacharis M, Argyrou P, Theotoka I, et al. Determinants of stigma in a cohort of hellenic patients suffering from multiple sclerosis: a cross-sectional study. *BMC Neurol*. 2016;16:101-122.
- 6- Gillanders DT, Bolderston H, Bond FW, Dempster M, Flaxman PE, Campbell L, et al. The development and initial validation of the cognitive fusion questionnaire. *Behavior therapy*. 2014;45(1):83-101.
- 7- Fallahi V, Ahmadi S. The Role of Cognitive Fusion and Social Intelligence in the Prediction of General Health of Nurses in Hospitals of Parsabad City, 2017: A Short Report. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*. 2019; 17 (11) :1067-1076 . [Persian]
- 8- Bodenlos JS, Hawes ES, Burstein SM, Arroyo KM. Association of cognitive fusion with domains of health. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 2020;18:9-15.
- 9- Valvano A, Floyd RM, Penwell-Waines L, Stepleman L, Lewis K, House A. The relationship between cognitive fusion, stigma, and well-being in people with multiple sclerosis. *Journal of contextual behavioral science*. 2016;5(4):266-70.
- 10- Gillanders DT, Sinclair AK, MacLean M, Jardine K. Illness cognitions, cognitive fusion, avoidance and self-compassion as predictors of distress and quality of life in a heterogeneous sample of adults, after cancer. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 2015;4(4):300-11.
- 11- Rouhani A, Harouni Y. Investigate the effectiveness of group therapy based on compassion-focused therapy, on increasing self-compassion in male patients diagnosed with multiple sclerosis in Isfahan. *Journal of Analytical-Cognitive Psychology*. 2020;10(39): 51-62. [Persian]

- 12- Neff KD. Setting the record straight about the Self-Compassion Scale. *Mindfulness*. 2019;10(1):200-2.
- 13- Neff KD, Tóth-Király I, Knox MC, Kuchar A, Davidson O. The Development and Validation of the State Self-Compassion Scale (Long- and Short Form). *Mindfulness*. 2021;12(1):121-40.
- 14- Sheykhan R, Ghadampour E, Aghabozorgi R. the effect of self compassion training on body image and quality of life in women with breast cancer without metastasis under chemotherapy. *Clinical Psychology Studies*. 2019;9(35):131-45. [Persian]
- 15- Salimi A, Arsalandeh F, Zaharakar K, Davarniya R, Shakarami M. The effectiveness of compassion-focused therapy on mental health of women with multiple sclerosis. *The Horizon of Medical Sciences*. 2018;24(2):125-31. [Persian]
- 16- Narimani M, Ghasemkhanlo A, Sabri V. The Comparison of self-compassion, anxiety and depression inpatients with chronic pain and normal people. *Anesthesiology and Pain*. 2020;11(3):57-65. [Persian]
- 17- VanderWeele TJ, McNeely E, Koh HK. Reimagining health—flourishing. *Jama Health forum*. 2019;321(17):1667-8.
- 18- Chen Y, Kubzansky LD, VanderWeele TJ. Parental warmth and flourishing in mid-life. *Social Science & Medicine*. 2019;220:65-72.
- 19- Taylor M. *Flourishing with Chronic Pain*: Antioch University; 2021.
- 20- Mirzaei SH. The effect of Seligman Happiness Program on improving the quality of life, hope and psychological well-being of women with multiple sclerosis. *Congress of Iranian Psychological Association, Tehran*;2012. [Persian].
- 21- Moussas G, Tselebis A, Karkanias A, Stamouli D, Ilias I, Bratis D, et al. A comparative study of anxiety and depression in patients with bronchial asthma, chronic obstructive pulmonary disease and tuberculosis in a general hospital of chest diseases. *Annals of General Psychiatry*. 2008;7:7-18.
- 22- Sadri Damirchi E, Samadifard H. The Role of Cognitive Fusion, Perception of Social Interaction, and Cognitive Avoidance Components in the Prediction of Teachers' Job Burnout. *Social Cognition*. 2018;6(2):83-96. [Persian].
- 23- Khanjani S, Foroughi AA, Sadghi K, Bahrainian SA. Psychometric properties of Iranian version of self-compassion scale (short form). *Pajoohandeh Journal*. 2016;21(5):282-9. [Persian].
- 24- Diener E, Wirtz D, Tov W, Kim-Prieto C, Choi D-w, Oishi S, et al. New well-being measures: Short scales to assess flourishing and positive and negative feelings. *Social indicators research*. 2010;97(2):143-56.
- 25- Ghasemi N, Ghamarani A. Evaluating the validity and reliability of flourishing scale and determining the relation between flourishing and academic achievement in students of medicine school. *Iranian Journal of Medical Education*. 2015;15:330-7. [Persian].
- 26- Rao D, Choi SW, Victorson D, Bode R, Peterman A, Heinemann A, et al. Measuring stigma across neurological conditions: the development of the stigma scale for chronic illness (SSCI). *Quality of life research*. 2009;18(5):585-95.
- 27- Abedini M, Paksersht M, Rafiei A, Valadan R, Amjadi O, Khajavi R, et al. Demographic and clinical characteristics of multiple sclerosis. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2016;25(132):13-22. [Persian].
- 28- Amoo Mirza M, Maleki Rad AA, Salimi E. Comparison of emotional regulation strategies and psychological well-being of MS patients and non-patients people. *Journal of Shahrekord University of Medical Sciences*. 2017;19(4):78-90. [Persian].
- 29- Laing CM, Phillips LH, Cooper CL, Hosie JA, Summers F. Anger, quality of life and mood in multiple sclerosis. *Journal of Multiple Sclerosis*. 2015;127(1): 14-28.