

اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر علائم خستگی، شفقت خود و ذهن آگاهی

کارکنان دارای سندرم خستگی مزمن

Effectiveness of Mindfulness Based Cognitive Therapy on Fatigue Symptoms, Self-Compassion and Mindfulness on Staff with Chronic Fatigue Syndrome

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۵/۱۰/۱۹، تاریخ دریافت نسخه نهایی: ۱۳۹۶/۳/۲۰، تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۵/۱۷

S. Taheri., (M.A) & I.Sajjadian., (Ph.D)

سارا طاهری^۱ و ایلیناز سجادیان^۲

Abstract: The purpose of this research was to determine the effectiveness of mindfulness based cognitive therapy on fatigue symptoms (mental and physical), self-compassion and mindfulness among staff of Islamic Azad University Isfahan (Khorasgan) branch suffering from chronic fatigue syndrome. Research method was semi-experimental, pre and post-test design with a control group. Statistical Society were consisted all staff of Islamic Azad University in 2016. For this purpose, 200 staff were selected randomly and responded to questionnaire of Depaul Symptoms (DSQ), and quality of life, Then 28 persons were selected and replaced in two groups of experience and control randomly (14 persons in each group). Subjects in the two groups, before and after intervention, and one month later in follow-up answered to research instruments including fatigue scale, self-compassion and mindfulness. Mindfulness based cognitive therapy was executed for experience group in 8 sessions that each session took 90 minutes, but no intervention was carried out in control group. Findings of multivariate covariance indicated reduction in mean of fatigue symptoms (mental and physical) and increasing in mean self-compassion and mindfulness ($p < 0/05$). Based on findings of this research, mindfulness based cognitive therapy can be used for reduction of fatigue symptoms (mental and physical) and increasing self-compassion and mindfulness, in staff suffering from chronic fatigue syndrome.

Keywords: Fatigue symptoms - Self-compassion- Mindfulness- Mindfulness based

چکیده: هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر علائم خستگی (ذهنی و بدنی)، شفقت خود و ذهن آگاهی کارکنان دارای سندرم خستگی مزمن دانشگاه آزاد اصفهان (خوراسگان) انجام شد. روش پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری را کلیه کارکنان دانشگاه آزاد اصفهان (خوراسگان) در سال ۱۳۹۴ شامل است. بدین منظور ۲۰۰ نفر از کارکنان به شیوه تصادفی، انتخاب شدند و به پرسش‌نامه علائم دوپال و کیفیت زندگی پاسخ دادند. سپس ۲۸ نفر که تشخیص سندرم خستگی مزمن را دریافت نمودند به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند (هر گروه ۱۴ نفر). آزمودنی‌ها قبل و بعد از مداخله و یک ماه بعد، در مرحله پیگیری به ابزارهای پژوهش شامل پرسش‌نامه‌های خستگی، شفقت خود و ذهن آگاهی پاسخ دادند. آزمودنی‌های گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی قرار گرفتند اما بر گروه کنترل هیچ مداخله‌ای صورت نگرفت. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل کواریانس چندمتغیره استفاده شد. یافته‌ها حاکی از کاهش میانگین نمرات ابعاد خستگی (ذهنی و بدنی) و افزایش میانگین نمرات شفقت خود و ذهن آگاهی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل بود. بنابر یافته‌های پژوهش، برای کاهش علائم خستگی (ذهنی و بدنی) و افزایش شفقت خود و ذهن آگاهی در کارکنان مبتلا به سندرم خستگی مزمن می‌توان از شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی استفاده نمود.

کلید واژه‌ها: علائم خستگی - شفقت خود- ذهن آگاهی

۱. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران

۲. نویسنده مسئول: استادیار گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران

مقدمه

انسان موجودی زیستی- روانی و اجتماعی است (مهرداد، رحیمی و آتش پور، ۱۳۹۰) و قسمت عمده زندگی هر شخص به کار پرداخته می‌شود. لذا کار از نظر سلامت روانی، فعالیتی مهم محسوب می‌گردد (آقایی، جلالی، حسن‌زاده و اصلان، ۱۳۹۰) و موجب رشد عزت‌نفس و استقلال فرد می‌شود (دشتی، فردمال، سهیلی‌زاده، شهرآبادی، صالحی‌نیا، ۱۳۹۳). از طرفی مهم‌ترین منابع هر سازمانی، نیروی انسانی آن است. کیفیت زندگی کاری افراد تا حد زیادی تحت تأثیر خستگی قرار دارد (محمودی، اسدی مجره، درویشی، ۱۳۹۳). در سال‌های اخیر، خستگی در جمعیت کارکنان، موضوع جالب توجه بوده و یک شکایت عمومی در میان آن‌ها محسوب گردیده است. تبعات ناشی از خستگی شدید مانند کاهش عملکرد، غیبت در اثر بیماری و ناتوانی در انجام وظایف است. تحقیقات صورت گرفته نشان داده‌اند که بین علائم خستگی شدید و غیرقابل توضیح، فرسودگی شغلی و سندرم خستگی مزمن مشترکات زیادی وجود دارد و ۴۴ درصد از کارکنان با علائم خستگی شدید و غیرقابل توضیح، در نهایت به سندرم خستگی مزمن مبتلا می‌گردند (مارکویس، هوبرز، کانت، کنترنوس، سوان و کاسل^۱، ۲۰۰۴). هم‌چنین زمانی که خستگی کارکنان شدید و مقاوم می‌شود، آن‌ها ممکن است به مرخصی‌های استعلاجی طولانی مدت نیاز پیدا کنند (هوبرز، بورکن، پرینز^۲، کانت، بازلمن^۳ و همکاران، ۲۰۰۳). سندرم خستگی مزمن^۴، که به‌عنوان میالژیک آنسفالومیلیت^۵ هم شناخته می‌شود، یک اختلال پیچیده و ناتوان-کننده است که با خستگی که بیش از ۶ ماه به طول بینجامد و برای آن هیچ توضیح پزشکی از نظر بالینی نتوان یافت، توصیف می‌گردد (ریمس و وینگرو^۶، ۲۰۱۳، گیلسن، نوپ، کالکمن، هایبر، ورهاگن و همکاران^۷، ۲۰۰۷). افراد دارای این سندرم تنوع گسترده‌ای از علائم را تجربه می‌کنند، که معمولاً شامل دردهای عضلانی و مفاصل، مشکلات تمرکز و حافظه، سردرد، گلو درد، تورم گره‌های لنفاوی گردن و یا زیربغل و سرحال نبودن بعد از بیدار شدن از خواب است (شارپ و وسلی^۸، ۲۰۰۹). نصری (۱۳۸۳)، در پژوهشی مبنی بر همه‌گیرشناسی سندرم خستگی مزمن و ارتباط آن با مشکلات روانپزشکی در پرستاران شهر اهواز و تهران میزان شیوع این سندرم در نمونه مورد بررسی را ۷/۳ درصد و در پرستاران شهر اهواز ۳/۴ درصد و در پرستاران

1. Marcus, Huibers, Kant, Knottnerus, Swaen & Kasl
2. Beurskens, Prins
3. Bazelmans
4. Chronic Fatigue Syndrome
5. Myalgic Encephalomyelitis
6. Rimes & Wingrove
7. Gielissen, Knoop, Servaes, Kalkman, Huibers, Verhagen et al
8. Sharpe & Wessely

اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر علائم خستگی، شفقت خود و ذهن...

شهر تهران، ۷/۹ گزارش نمودند. مطالعات انجام شده در آمریکا، حاکی از آن است که یک پنجم از بیماران به علت خستگی به پزشک خانواده مراجعه می‌کنند، ۲۴ درصد از بزرگسالان در آمریکا و ۲۷ درصد از بزرگسالان انگلیسی (یک سوم زنان و یک پنجم مردان) ابتلاء به خستگی به مدت ۲ هفته یا بیشتر را ذکر می‌کنند که دو سوم این افراد قادر به شناسایی علت خستگی خود نیستند (روزنتال^۱، ۲۰۰۸، رانژیت^۲، ۲۰۰۵، کاپلان و سادوک^۳، ۲۰۱۵). تقریباً در تمام موارد گزارش شده، علائم ناشی از این سندرم به کاهش عملکرد شدید در فعالیت‌های شغلی، تحصیلی، اجتماعی و فردی منجر می‌شود (آفاری و بوچوال^۴، ۲۰۰۳). علاوه بر آن اثرات این سندرم بر کار، هزینه بر بوده و موجب کاهش تولید، کارایی، انگیزش و افزایش غیبت‌ها می‌گردد. خستگی به‌عنوان شایع‌ترین علامت این سندرم، عاملی برای کاهش ۵۰ درصد تمامی فعالیت‌های فرد مبتلا محسوب می‌شود (ذاکریان، حدادی، علیاری، پارسا یکتا، نسل سراجی و محمودی، ۱۳۹۳)، از این روی این سندرم توجه بی‌شماری از متخصصان را به خود جلب نموده است (جیسون، اسکندروویک و فارست^۵، ۲۰۱۲). در واقع این سندرم، شامل خستگی بدنی و ذهنی مزمن است که اغلب با انجام فعالیت تشدید می‌گردد (شارپ و وسلی^۶، ۲۰۰۹) و علائم آن از فردی به فرد دیگر متغیر است (وارد و وینت^۷، ۲۰۰۳). علایم ذهنی شامل کند شدن عکس‌العمل‌ها (سرعت عکس‌العمل فیزیکی و سرعت تفکر)، نقص در پاسخ به محرک‌ها، تغییرات در محیط و اطلاعات دریافتی، خدشه در استدلال و قضاوت و ناتوانی در تمرکز، افزایش خطاهای حافظه شامل فراموشی، کاهش هشیاری، کاهش انگیزش و تمایل به ریسک کردن است واقع خستگی ذهنی برخلاف خستگی بدنی است و خستگی که بیش از ۴ ماه به طول انجامد و یا به طور ثابت با استراحت برطرف نشود، دلیل بر وجود خستگی ذهنی است (ساندارام^۸، ۲۰۰۶). علائم بدنی نیز شامل احساس خسته شدن، خواب‌آلودگی، تحریک‌پذیری، افسردگی، سرگیجه، از دست دادن اشتها، مشکلات گوارشی، مستعد شدن برای بیماری است. خستگی بدنی با کاهش فعالیت و افزایش استراحت و خواب، تسکین می‌یابد. این افراد احتمالاً در صبح پرانرژی‌تر بوده اما کمترین سطح

-
1. Rosental
 2. Ranjith
 3. Kaplan&sadoc
 4. Afari & Buchwald
 5. Jason, Skendrovic & Furst
 6. Sharpe & Wessely
 7. Ward & vint
 8. Sundaram

فعالیت‌های معمول آن‌ها را خسته می‌کند (فریدمن و هارولد^۱، ۲۰۰۱). از سازه‌های مثبت و مهم که توجه اندیشمندان را به خود جلب نموده، شفقت خود است که به معنای تجربه‌پذیری و تحت تأثیر قرار گرفتن از رنج دیگران، صبور و مهربان بودن نسبت به دیگران و داشتن درک غیر قضاوت‌گرانه در رابطه با آن‌ها است. علاوه بر این، دانستن این امر که تجارب و مشکلات زندگی فرد، جزیی از مسائلی است که سایر افراد نیز آن را تجربه می‌کنند (نف، ۲۰۰۳). به اعتقاد نف سازه‌ی شفقت خود، نمایانگر گرمی و پذیرش جنبه‌هایی از خود و زندگی است که خوشایند بوده و شامل مراقبت و دلسوزی نسبت به خود در مواجهه با سختی‌ها و یا نارسایی‌های ادراک شده است (نف، پزیت کاگرن و یاپینگ^۲، ۲۰۰۸). شفقت خود با احساس دوست داشتن خود و نگرانی و مراقبت در مورد دیگران مرتبط است، اما به معنای خود محوری یا ترجیح نیازهای خود به دیگران نیست (نف، ۲۰۱۱). شواهد نشان می‌دهد افرادی که از شفقت خود بالاتری برخوردارند، افسردگی، اضطراب و نشخوار ذهنی کمتری را در موقعیت‌های اجتماعی چالش‌انگیز تجربه می‌کنند و از رضایتمندی بیشتری در زندگی خود برخوردارند (نف، ۲۰۰۳، لاری، تات، آدامز، آلن و هانکوک^۳، ۲۰۰۷). شفقت خود رفتارهای مرتبط با سلامت را از طریق تقویت منابع خود تنظیمی (عواطف مثبت و منفی و خودکارآمدی مرتبط با سلامتی)، افزایش می‌دهد (تری و لاری^۴، ۲۰۱۱). همچنین ریمس و وینگرو (۲۰۱۳) در مطالعه‌ای نشان دادند که تمرکز بر شفقت خود در افراد دارای سندرم خستگی مزمن مفید واقع می‌شود زیرا شفقت خود، همراه با توجه و آگاهی، بر منابع خودتنظیمی تأثیر می‌گذارد، این مساله رفتارهای مرتبط با سلامت را بالا می‌برد و سازگاری فرد را در رویارویی با عوامل استرس‌زا افزایش داده و فرد با شفقت خود بالا، در برخورد با بیماری‌ها و آسیب‌ها مقاوم‌تر می‌گردد. داشتن نگرش مشفقانه نسبت به خود که باعث متعادل شدن دیدگاه ذهنی فرد می‌گردد ذهن‌آگاهی^۵ خوانده می‌شود (بیرنی، اسپکا و کارلسون^۶، ۲۰۱۰) و کابات زین^۷ (۱۹۹۴)، آن را توجه کردن ویژه، هدفمند در زمان کنونی و خالی از پیش داوری و قضاوت کردن تعریف نمود. ذهن‌آگاهی باعث تعدیل احساسات به دور از قضاوت و افزایش آگاهی نسبت به احساسات ذهنی و بدنی می‌شود و به واضح دیدن و پذیرش هیجانات و پدیده‌های بدنی، همانگونه که اتفاق می‌افتد کمک می‌کند (نف، ۲۰۰۳). ذهن‌آگاهی

-
1. Friedman & Harold
 2. Neff, Pisisungkagarn, Hsieh Ya- Ping
 3. Leary, Tate, Adams, Allen & Hancock
 4. Terry & Leary
 5. mindfulness
 6. Birnie, Speca & Carlson
 7. Kabat zeen

اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر علائم خستگی، شفقت خود و ذهن...

رابطه معکوسی با عدم قضاوت و داوری نسبت به افکار مربوط به خستگی و علائم بیماری در افراد دارای سندرم خستگی مزمن دارد (ریمس و وینگرو، ۲۰۱۳). درمان های دارویی بسیاری برای این سندرم پیشنهاد گردیده است، اما اعتبار هیچ کدام از آنها به اثبات نرسیده است (ساروی^۱، ۱۹۹۵). با توجه به عوارض جانبی داروها و اینکه درمان دارویی قطعی برای این سندرم وجود ندارد، توجه به درمان های روانشناختی در این زمینه مورد توجه قرار گرفته است که پرکاربردترین آنها درمان شناختی - رفتاری^۲ می باشد. با وجود این که، این درمان یک درمان موثر برای این سندرم محسوب می شود و به کاهش خستگی و ناتوانی افراد مبتلا کمک می کند اما بسیاری از مراجعان به طور کامل بهبود پیدا نمی یابند (ساروی، ۱۹۹۵، ریمس و وینگرو، ۲۰۱۳). ریمس و وینگرو (۲۰۱۳)، در مطالعه ای نشان دادند که تنها سه درصد از افراد مبتلا به این سندرم، بعد از دریافت درمان شناختی- رفتاری به نمرات در محدوده نرمال برای خستگی و عملکرد جسمانی رسیدند، در نتیجه، یک درمان تکمیلی، بایستی مورد توجه واقع شود که می-توان به شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی^۳ برای درمان این سندرم اشاره نمود. در این شیوه درمانی، ذهن آگاهی مداخله ای است که در ترکیب با رفتار درمانی شناختی می تواند استفاده شود.. این درمان توسط سگال، ویلیامز و تیزدل^۴ (۲۰۰۲) تدوین شده و در هشت جلسه گروهی برگزار می گردد. این نوع شناخت درمانی شامل مدیتیشن های مختلف، آموزش مقدماتی درباره افسردگی، تمرین واری بدن و چند تمرین شناخت درمانی است که ارتباط بین خلق، افکار، احساس و حس های بدن را نشان می دهد (تیزدل، ۲۰۰۰). شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی برخلاف درمان شناختی- رفتاری، بر کشف شفقت خود و ذهن آگاهی تاکید دارد و این مولفه ها عامل مهمی در پیشرفت و تاثیر این نوع درمان در بهبودی افراد دارای سندرم خستگی مزمن می باشد (ریمس و وینگرو، ۲۰۱۳). کرین^۵ (۲۰۰۹)، این درمان را برای سندرم خستگی مزمن موثر دانسته است. این درمان باعث افزایش آگاهی از تفکر سودمند و الگوهای رفتاری می شود. به علاوه، این درمان دارای مزایای بالقوه ای نسبت به درمان های رایج قبلی می باشد اول این که این نوع درمان بر اساس همان مدل نظری درمان شناختی- رفتاری برای افراد دارای سندرم خستگی مزمن تدوین شده است و این یک امر مهم از نظر بالینی است. دوم این که تمرینات ذهن آگاهی به اندازه کافی متفاوت تر و جذاب تر از سایر درمان های روانشناختی می باشد به همین جهت

1. Saruwy
2. cognitive Behavioral Therapy (CBT)
3. Mindfulness based cognitive therapy (MBCT)
4. Segal ,Williams &Teasdel
5. Crane

برای افراد دارای سندرم خستگی مزمن مورد توجه قرار می‌گیرد. همچنین، این درمان افراد را به عدم قضاوت نسبت به احساسات و باورهای غلط تشویق می‌کند که به سبب تمرین‌های خاص ذهن آگاهی و چارچوب نگرشی خاص آن، این درمان برای افراد دارای سندرم خستگی مزمن موثر واقع می‌گردد (ریمس و وینگرو، ۲۰۱۳). مروری بر تحقیقات انجام شده نشان داد که استفاده از روش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش عود افسردگی حاد و عقاید خودکشی (بارنوفر کرین، هاگوس، اماراسینگه، وایندر و ویلیام^۱، ۲۰۰۹)، بر میزان استفاده از افکار خودآیند منفی در بیماران افسرده (قاسمی مطلق، منشی، عسگری و طالبی، ۱۳۹۲)، اختلال وحشتزدگی (سهرابی، جعفری فرد، زارعی، اسکندری، ۱۳۹۱)، کاهش علائم روانشناختی و جسمانی بیماران مبتلا به نشانگان روده تحریک‌پذیر (مقتدرانی، کافی، آریا پوران و دقاق زاده، ۱۳۹۱)، کاهش افکار خودکشی گرا در افراد افسرده (حناسب زاده، یکه یزدان دوست، غرابی، فرید نژاد، ۱۳۸۸) انجام گرفته است. در ایران تنها اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر کاهش میزان افسردگی و نشخوار فکری در زنان مبتلا به سندرم خستگی مزمن (قمری، دستانی و قدیمی، ۱۳۹۳) و ۶۷ استفاده شده است، با توجه به شیوع این سندرم و با در نظر گرفتن کمبود پژوهش با استفاده از درمان‌های روانشناختی برای آن و از آنجا که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی ترجیح درمانی برای این اختلال را دارد، همچنین به دلیل مشکلات و هزینه‌های وارد شده در بهروری و عملکرد شغلی کارکنان دانشگاه، استفاده از یک درمان مؤثر و موفق، برای این اختلال با روش‌هایی جدید و اثربخش جهت مداخله در این حوزه ضروری به نظر می‌رسد. لذا این پژوهش به دنبال بررسی فرضیه زیر است:

شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر علائم خستگی (ذهنی و بدنی)، شفقت خود و ذهن آگاهی در کارکنان مبتلا به سندرم خستگی مزمن دانشگاه آزاد اسلامی اصفهان (خوراسگان)، موثر است.

روش پژوهش

روش پژوهش، نیمه تجربی از نوع طرح آزمایشی پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه ی کارکنان دانشگاه آزاد واحد اصفهان (خوراسگان)، در سال ۱۳۹۴ بود، که تعداد کل کارکنان ۴۰۷ نفر بوده است. برای انتخاب نمونه در این پژوهش در ابتدا از بین کارکنان دانشگاه آزاد واحد اصفهان (خوراسگان)، تعداد ۲۰۰ نفر از کارکنان براساس جدول کوهن، مانیون و موریسون^۲ (۲۰۰۰)، که دارای معیارهای ورود و خروج به پژوهش بودند

1. Barnhofer, Crane, Hargus, Amarasinghe, Winder & William
2. Cohen, Manion & Morrison

اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر علائم خستگی، شفقت خود و ذهن...

به شیوه تصادفی، انتخاب و به پرسش نامه های علائم دوپال^۱ (جیسون، ایوانس و پورتر^۲، ۲۰۱۰) و کیفیت زندگی^۳ (وار و شربین، ۱۹۹۲) پاسخ دادند. از بین آنها افرادی که دارای معیارهای اول و دوم و همچنین^۴ مورد از معیار سوم پرسش نامه علائم دوپال (جیسون و همکاران، ۲۰۱۰) و نمره مشخص شده در دو زیرمقیاس از سه زیرمقیاس پرسش نامه ی کیفیت زندگی (وار و شربین، ۱۹۹۲) - محدودیت نقش به خاطر مشکلات جسمی (کمتر یا مساوی ۵۰)، نشاط (کمتر یا مساوی ۳۵) و کارکرد اجتماعی (کمتر یا مساوی ۶۲/۵) - را کسب کرده بودند، به عنوان افراد مبتلا به سندرم غربال شدند. در کل ۳۲ نفر از کارکنان تشخیص سندرم خستگی مزمن را دریافت نمودند. از بین آنها ۲۸ نفر از کسانی که سایر ملاک های ورود به مطالعه را دارا بودند، انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند (هر گروه ۱۴ نفر) ولی ۲ نفر از گروه آزمایش به دلیل عدم همکاری و ریزش از نمونه خارج گردیدند. ملاک های ورود شرکت کنندگان به گروه ها عبارتند از: تمایل به شرکت در جلسات، سن ۲۵ تا ۵۰ سال، تحصیلات دیپلم به بالا و ملاک های خروج: ابتلا به بیماری های کم خونی، ابتلا به اختلالات حاد روانپزشکی به طور همزمان (مثل افسردگی عمده، اختلالات دو قطبی، اختلالات اضطرابی)، ابتلا به اختلالات کم کاری و پر کاری تیروئید، ابتلا به بیماری مالتیپل اسکلروزیس^۴ (MS) و شاخص توده بدنی^۵ (BMI) ≤ 40 ، عدم انجام دقیق تکالیف و تمرین های منزل طی دو جلسه متوالی یا غیر متوالی، غیبت بیش از ۲ جلسه و عدم تمایل به ادامه جلسات. همچنین در روند اجرای پژوهش، کلیه افراد دارای سندرم خستگی مزمن با رضایت و رغبت شرکت کردند. در همه مراحل اولویت با درمان بیماران بود تا اجرای پژوهش. علاوه براین، پرسش نامه های پژوهش در محل مطمئن نگهداری می شد تا اسامی بیماران محفوظ بماند. در تمامی مراحل پژوهش به دلیل حساسیت و عدم رضایت افراد دارای سندرم خستگی مزمن عکس برداری و فیلم برداری صورت نپذیرفت. ضمناً تمامی جزوات و سی دی های آموزشی و ابزارهای لازم به صورت رایگان در اختیار آنها قرار گرفت. به افراد لیست انتظار پس از اتمام پژوهش، آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی ارائه گردید.

1. Depaul Symptom Questionnaire (DSQ)
2. Evans & Porter
3. short form health survey (SF-36)
4. multiple sclerosis (MS)
5. body mass index (BMI)

ابزار اندازه گیری

به منظور تشخیص سندرم خستگی مزمن از دو ابزار علائم دوپال (جیسون و همکاران، ۲۰۱۰) و کیفیت زندگی (وار و شرین^۱، ۱۹۹۲) استفاده گردید.

پرسش نامه علائم دوپال: این پرسش نامه جامع است و توسط جیسون و همکاران (۲۰۱۰) در دانشگاه دوپال شیکاگوی آمریکا تهیه شده است. فرم بلند این پرسش نامه شامل ۹۹ سؤال است و جهت ارزیابی معیارهای سندرم خستگی مزمن و با توجه به معیار های فوکودا می باشد، که شامل ۸ معیار بوده و با استفاده از روش خود اظهاری، سطح فعالیت را در گذشته و حال ارزیابی نموده و علائم خستگی و ناخوشی را بعد از فعالیت های معمول روزانه، به خوبی ارزیابی می کند. جیسون و همکاران (۲۰۱۰)، معیارهای لازم برای تشخیص سندرم خستگی مزمن در نمونه های غیر بالینی را شامل ۴۲ سؤال از ۹۹ سؤال پرسش نامه دوپال معرفی نموده اند. این ۴۲ سؤال سه معیار ۱- عدم وجود مشکل خستگی در همه عمر، ۲- حضور خستگی مزمن حداقل به مدت ۶ ماه، ۳- وجود ۴ علامت یا بیشتر از ۸ علامت زیر: مشکل در حافظه و تمرکز، عدم سرحالی پس از بیدار شدن، درد و تورم مفاصل، مشکلات غدد لنفاوی، درد عضلانی، ضعف پس از انجام هر فعالیتی، شروع سردرد هایی با محل و نوع جدید و گلو درد را در برمی گیرد. در صورت وجود دو معیار اول و ۴ مورد از معیار سوم فرد، تشخیص سندرم خستگی مزمن دریافت می کند. جیسون، ایوانس، برون^۲، هونل^۳، آندرسون^۴ و لرج^۵ (۲۰۱۱)، مطالعه ای را در جهت ارزیابی پایایی پرسش نامه سندرم خستگی مزمن برای تحقیقات اپیدمیولوژی بر روی ۴ گروه از مبتلایان به لوپوس، مولتیپل اسکلرزیس^۶، سندرم خستگی مزمن و گروه کنترل انجام دادند و پایایی پرسش نامه برابر ۷۸-۱۰۰ درصد و مطابقت آزمون بازآزمایی نیز برابر ۷۶-۹۲ درصد گزارش نمودند. ذاکریان و همکاران (۱۳۹۳)، روایی و پایایی فرم ۵۴ سوالی از پرسش نامه سندرم خستگی مزمن را بر روی ۳۰ پرستار مورد بررسی قرار دادند و اعتبار محتوایی آن با استفاد از روایی محتوا^۷ و شاخص روایی محتوا^۸ به ترتیب برابر (۰/۸۵، ۰/۷) و ضریب پایایی دو مرحله آزمون^۹ (۰/۹۵) به دست

-
1. Ware & Sherbourne
 2. Brown
 3. Hunnell
 4. Anderson
 5. Lerch
 6. Multiple Sclerosis (MS)
 7. Content Validity Ratio (CVR)
 8. Content Validity Index (CVI)
 9. Mixed and Confidence Interva

اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر علائم خستگی، شفقت خود و ذهن...

آوردند. پایایی این پرسش نامه با استفاده از آلفای کرونباخ در مطالعه حاضر ۰/۸۳ محاسبه شد که دارای پایایی بسیار خوبی می باشد.

۲) پرسش نامه کیفیت زندگی^۱: ۳۶ سؤالی (SF-36) توسط وار و شرین، (۱۹۹۲) ساخته شد. این پرسش نامه دارای ۳۶ سوال است و از ۸ زیر مقیاس تشکیل شده است و هر زیر مقیاس متشکل از ۲ الی ۱۰ ماده است. ۸ زیر مقیاس این پرسش نامه عبارتند از: عملکرد جسمی، محدودیت نقش به خاطر مشکلات جسمی، درد جسمانی، محدودیت نقش به خاطر مشکلات روانی، نشاط، بهزیستی هیجانی، عملکرد اجتماعی و ادراک سلامت کلی. همچنین از ادغام این مقیاسها دو زیر مقیاس کلی با نامهای سلامت جسمی و سلامت روانی به دست می-آید. در این پرسش نامه نمره پایین تر نشان دهنده کیفیت زندگی پایین تر است و بر عکس جیسون و همکاران (۲۰۱۰)، داشتن دو مورد از سه زیر مقیاس محدودیت نقش به خاطر مشکلات جسمی (نمرات کمتر یا مساوی ۵۰)، نشاط (نمرات کمتر یا مساوی ۳۵) و کارکرد اجتماعی (کمتر یا مساوی ۶۲/۵) را به منظور تشخیص سندرم خستگی مزمن استفاده نمودند. روایی و پایایی این پرسش نامه در گروههای مختلف بیماران مورد بررسی قرار گرفته است. مفاهیمی که توسط این پرسش نامه سنجیده می شوند، اختصاص به سن، گروه یا بیماری خاصی ندارند. پایایی نسخه فارسی پرسش نامه نیز در ایران تایید شده است (۰/۹). به منظور بررسی روایی ابزار از روش روایی همگرا و مقایسه گروههای شناخته شده استفاده گردیده است. دامنه همبستگی در روایی همگرا از ۰/۵۷ تا ۰/۹۵ متغیر بوده است و در مقایسه گروههای شناخته شده، نتایج مورد پیش بینی در تمایز کیفیت زندگی بین مردان و زنان به دست آمد (رستمی، مقدس تبریزی، درویش پور و منتظری، ۱۳۹۱). منتظری، گشتاسی و وحدانی نیا (۱۳۸۴)، نیز پایایی این پرسش نامه را با استفاده از همسانی درونی و روایی آن را با استفاده از روش مقایسه گروههای شناخته شده، مورد ارزیابی قرار دادند. ضرایب آلفای زیر مقیاسها از ۰/۶۶ تا ۰/۰۶ است.

۳) مقیاس خستگی چالدر^۲: این مقیاس یک ابزار کوتاه ۱۱ ماده ای است که توسط چالدر (۱۹۹۳) ساخته شد، که علامت های ذهنی و بدنی خستگی همبستگی بیش از مقدار توصیه شده ۰/۱ و دامنه تغییرات ضرایب ۰/۰۸ تا ۰/۰۳ بود، را می سنجد. نمره ۴ یا بالاتر نشان دهنده خستگی در فرد می باشد. این مقیاس در چندین بررسی مربوط به همه گیرشناسی و پیامد درمان در بیماران دارای سندرم خستگی مزمن به کار رفته است. روایی و پایایی این

1. short form health survey (SF-36)

2. Chalder

مقیاس توسط چالدر و همکاران (۱۹۹۳)، مورد بررسی قرار گرفته و با بهره گیری از فهرست علائم مصاحبه بالینی حساسیت آن ۷۵ درصد و ویژگی آن نیز ۷۴ درصد بدست آمده است، ضریب همسانی درونی برای گویه‌های خستگی بدنی ۰/۸۵ و برای گویه‌های خستگی ذهنی ۰/۸۲ بود. برای ارزیابی اعتبار این پرسش نامه، یک گروه از بیماران دارای علائم خستگی با یک گروه افراد سالم به کمک این مقیاس مقایسه شدند و نتایج بیانگر ارزشمند بودن این مقیاس برای اندازه گیری خستگی بود. در پژوهش نصری و همکاران (۱۳۸۳)، که این آزمون را بر روی پرستاران زن شاغل در بیمارستانهای آموزشی شهرهای تهران و اهواز اجرا نمودند، که ضریب آزمون- باز آزمون، همسانی درونی و تنصیف محاسبه شده در این بررسی به ترتیب ۰/۸۵ ، ۰/۹۱ ، ۰/۸۲ به دست آمد و نشان دهنده پایایی و روایی بالا بوده است. پایایی این پرسش نامه برای خستگی کلی با استفاده از آلفای کرونباخ در مطالعه حاضر ۰/۷۷ و برای خستگی ذهنی، ۰/۸۵ و خستگی بدنی، ۰/۷۵ حاصل گردید.

۴) پرسش نامه شفقت خود فرم بلند (SCS-LF)^۱: یک پرسش نامه ۲۶ ماده‌ای است که توسط نف (۲۰۰۳)، ساخته و به صورت مقیاس لیکرت ۵ درجه ای (از تقریباً هرگز تا تقریباً همیشه) پاسخ داده می‌شود. این مقیاس ۶ مؤلفه دارد که عبارت اند از مهربانی با خود (۵ گویه)، قضاوت در مورد خود (۵ گویه)، مشترکات انسانی (۴ گویه)، انزوا (۴ گویه)، ذهن آگاهی (۴ گویه) و فزون همانندسازی (۴ گویه). میانگین نمرات شش مؤلفه با هم جمع شده و یک نمره ی کلی شفقت خود حاصل می شود و خرده مقیاس های منفی یعنی قضاوت در مورد خود، انزوا و فزون همانندسازی برعکس نمره گذاری می شود. در تحقیق نف (۲۰۰۳)، تحلیل عامل تأییدی روی این مقیاس انجام شد و یک عامل منفرد سطح بالا یافت شد که همبستگی درونی این شش مؤلفه را تبیین می کند. تحقیقات گوناگون بیانگر این است که این ابزار از اعتبار همزمان، همگرا و تمییزی خوبی برخوردار است و دارای پایایی آزمون- باز آزمون عالی است (نف، ۲۰۰۷؛ نف، ۲۰۰۳). نف (۲۰۰۷) ضریب آلفای کرونباخ نسخه ی اولیه ی این آزمون را ۰/۹۲ گزارش کرده است. انجدانی، قربانی، فراهانی و حاتمی (۱۳۸۹) نیز آلفای کرونباخ این مقیاس را ۰/۹۰ گزارش کردند. در پژوهش رستمی، عبدی و حیدری (۱۳۹۳) ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۳ به دست آمد. همچنین در این پژوهش از نمره کل این مقیاس استفاده گردیده است. پایایی این پرسش نامه با استفاده از آلفای کرونباخ در مطالعه حاضر برای شفقت خود ۰/۷۹ می باشد.

۵) پرسش نامه پنج عاملی ذهن آگاهی (FFMQ)^۲: مقیاس خودسنجی ۳۹ آیتمی است که توسط بائر، اسمیت، هاکینز، کرایت مایر و تونی^۱ (۲۰۰۶) از طریق تلفیق گویه‌های از پرسش نامه

1. self-compassion scale-long
2. five factor mindfulness questionnaire

اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر علائم خستگی، شفقت خود و ذهن...

ذهن آگاهی فرایبرگ^۲ (FMI)، والش^۳ (۲۰۰۹)، شاپیرو^۴ (۲۰۰۵). مقیاس ذهن آگاهی کنتاکی^۵ (KIMS)، بائر و اسمیت و آلن^۶، (۲۰۰۴) و پرسش نامه ذهن آگاهی (بائر و همکاران، ۲۰۰۶) با استفاده از رویکرد تحلیل عاملی تدوین شده است. عامل‌های بدست آمده این چنین نامگذاری گردید: مشاهده، عمل توأم با هشیاری، غیر قضاوتی بودن به تجربه درونی، توصیف و غیر واکنشی بودن. بر اساس نتایج، همسانی درونی عامل‌ها مناسب بود و ضریب آلفا در گستره ای بین ۰/۷۵ (عامل غیر واکنشی بوده) تا ۰/۹۱ (در عامل توصیف) قرار داشت. همبستگی بین عامل‌ها متوسط و در همه موارد معنی‌دار بود و در طیفی بین ۰/۱۵ تا ۰/۳۴ قرار داشت (نوسر^۷، ۲۰۱۱). این ضریب در مطالعه بائر و همکاران (۲۰۰۶)، ۰/۹۳ بود. در این پژوهش از نمره کل این مقیاس استفاده شده است. سجادیان (۱۳۹۳)، ویژگی های روان سنجی پرسش نامه پنج بعدی ذهن آگاهی، شامل: همسانی درونی، پایایی، روایی همگرا و روایی واگرا (تشخیصی) بر روی نمونه ای با حجم ۵۰۰ نفر از مردم شهر اصفهان را مورد بررسی قرار داد، که پایایی ضرایب همسانی درونی به روش آلفای کرونباخ برای کل پرسش نامه (با مقدار ۰/۸۱)، ضرایب روایی همگرا و واگرایی پرسش نامه ذهن آگاهی با مقیاس های افسردگی، رضایت از زندگی و ویژگی های فراخلق به ترتیب (۰/۴۲۴، -، ۰/۲۵۷، ۰/۵۸۸) به دست آمد که معنی دار بود. پایایی این پرسش نامه با استفاده از آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر برای ذهن آگاهی ۰/۷۹ می‌باشد.

روش اجرا

در ابتدا پژوهشگر با مراجعه به دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان) و انجام مصاحبه جهت توجیه دلایل پژوهش و بررسی شرایط ورود افراد به پژوهش، پرسش نامه علائم دوپال را به کارکنان دانشگاه ارائه شد و نحوه‌ی ارتباط و تماس با آن‌ها در صورت داشتن شرایط حضور در پژوهش مشخص گردید. بعد از مشخص شدن نمونه و قرار گرفتن افراد در گروه‌های آزمایش و کنترل به صورت تصادفی، آزمون‌های مورد استفاده در پژوهش در سه مرحله پیش

1. Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer & Toney

2. Freiburg mindfulness scale

3. Walsh

4. Shapire

5. Kentucky inventory of mindfulness

6. Allen

7. Neuser

آزمون- پس آزمون و یک ماه بعد در مرحله پیگیری، بر روی افراد دارای سندرم خستگی مزمن اجرا گردید. مدت زمان اجرای پژوهش سه ماه بود که از ابتدای آبان ماه ۱۳۹۴ تا اواخر آذرماه به طول انجامید. تعداد جلسات آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی برای گروه آزمایش ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بود که توسط پژوهشگر و یک کارشناس ارشد روانشناسی بالینی بر اساس بسته درمانی کرین (۲۰۰۹)؛ ریمس و وینگرو (۲۰۱۳)؛ ساروی (۱۹۹۵) و نف (۲۰۱۰) ارائه شد و روایی محتوایی آن به تایید ۵ نفر متخصص روانشناسی بالینی رسید، که متناسب با هدف پژوهش (برای افراد دارای سندرم خستگی مزمن) تدوین گردید.

جدول ۱. چارچوب جلسات آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی

جلسات	شرح جلسات
جلسه اول	آشنایی، توضیح درباره اصول گروه، توضیح هدایت خودکار، مراقبه و واریسی بدن، توزیع لوح فشرده مدیتیشن و جزوات مربوطه
جلسه دوم	انجام مراقبه واریسی بدنی، ده دقیقه تنفس با ذهن آگاهی و مراقبه ذهن، تمرین خوردن کشمش با ذهن آگاهی، کشف تجربه های خوشایند با استفاده از فرم ثبت وقایع خوشایند و بازنگری تکالیف جلسه قبل
جلسه سوم	تنفس با ذهن آگاهی، گسترده نگه داشتن افکار و ذهن از طریق پیگیری تمرین های مراقبه‌ای و تمرکز بر تنفس آگاهانه و اعضای بدن، سه دقیقه تنفس، کشف تجارب ناخوشایند روزانه با استفاده از فرم ثبت وقایع ناخوشایند، بازنگری تکالیف جلسه قبل
جلسه چهارم	۵ دقیقه تمرین دیدن و شنیدن با ذهن آگاهی، سه دقیقه تنفس، انجام تمرین واریسی بدن، توضیح رابطه ذهن و بدن، کشف و تعریف مسأله سندرم خستگی مزمن (بیان علائم خستگی با کمک افراد و کامل کردن آن)، استفاده از سیستم حل مسأله برای رفع خستگی، کمک به افراد در تهیه لیستی از فعالیت هایی که به آن ها احساس مفید بودن و لذت می دهد و انجام آن ها در مواقعی که افکار و یا احساسات مربوط به خستگی به سراغ آن ها می آید. کمک به افراد در برنامه ریزی منظم فعالیت ها و افزایش تدریجی آن ها
جلسه پنجم	تمرین مجوز حضور که افکار مربوط به خستگی به سراغ آن ها می آید. مروری بر مشکلات مرتبط با خستگی و عوارض آن ها و تکنیک حل مساله و... بیان تمثیل رومی (مولانا) و دیگر تمثیلات و کشف محتوای متناسب با اهداف آنها در گروه.
جلسه ششم	آموزش تفکرات منشأ واقعی ندارند، آگاهی نسبت به تنفس بدن- مطرح کردن مشکلات افراد طی تمرین و کشف اثرات آن بر بدن و ذهن، سه دقیقه تنفس، مروری بر تکنیک حل مسأله در مواجهه با افکار و حالات خستگی، آموزش تکنیک توجه برگردانی در مواقع خستگی، کمک به آن ها در تشخیص افکار کمال گرایانه مرتبط با خستگی، صحبت اعضا در مورد تجارب کسب شده در طی جلسات
جلسه هفتم	چگونه به بهترین نحو از خود مراقبت کنیم، آگاهی از تنفس، اعضای بدن، اصوات، افکار و هیجانات، انجام تمرین واریسی بدنی، مرور بر مباحث مربوط به خستگی، گرفتن بازخورد از افراد، بررسی راه های افزایش فعالیت مفید
جلسه هشتم	مراقبه و ارسی بدن، جمع بندی استفاده از این برنامه، پایان درمان

اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر علائم خستگی، شفقت خود و ذهن...

به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی در روند اجرای پژوهش، کلیه افراد دارای سندرم خستگی مزمن با رضایت و رغبت شرکت کردند. در همه مراحل اولویت با درمان بیماران بود تا اجرای پژوهش. علاوه بر این، به آزمودنی ها اطمینان داده شد که نتایج پرسشنامه ها به صورت فردی تفسیر نگردد و در صورت تمایل نتایج به اطلاع آزمودنی ها برسد، همچنین در تمامی مراحل پژوهش به دلیل عدم رضایت افراد دارای سندرم خستگی مزمن عکس برداری و فیلم برداری صورت نپذیرفت. ضمناً تمامی جزوات و سی دی های آموزشی و ابزارهای لازم به صورت رایگان در اختیار آنها قرار گرفت.

یافته های پژوهش

تجزیه تحلیل یافته های پژوهش به وسیله ی بسته آماری علوم اجتماعی^۱ نسخه ۲۲، در دو سطح توصیفی و استنباطی تحلیل شد. یافته ها در دو سطح توصیفی (فراوانی، درصد فراوانی، میانگین و انحراف استاندارد) و استنباطی (تحلیل کوواریانس و واریانس چند متغیره) انجام گردید. یافته ها در سطح توصیفی نشان داد که مردان ۴۶ درصد از حجم نمونه گیری های آزمایش و کنترل و زنان ۵۳ درصد بودند. که از این افراد ۸۹ درصد متأهل و ۱۱ درصد مجرد بودند. ۸۰ درصد افراد تحصیلات کارشناسی و بالاتر و ۲۰ درصد دارای تحصیلات کاردانی و دیپلم بودند. ۸ درصد نمونه در دامنه سنی ۲۵-۳۰ سال، ۱۹ درصد در دامنه سنی ۳۱-۳۵ سال، ۳۴ درصد در دامنه سنی ۳۶-۴۰ سال، ۳۱ درصد در دامنه سنی ۴۱-۴۵ سال و ۸ درصد در دامنه سنی ۴۶-۵۰ سال قرار داشتند. با توجه یافته های به دست آمده، از بین متغیرهای جمعیت شناختی سن و تحصیلات هیچ یک رابطه معنی داری با متغیرهای پژوهش نشان نداده است و همه سطوح معنی داری از ۰/۰۵ بیشتر است. بدین ترتیب در بررسی فرضیه ها نیازی به کنترل این متغیرهای جمعیت شناختی نیست. همچنین یافته های توصیفی علائم خستگی، شفقت خود و ذهن آگاهی، در جدول شماره ۲ ارائه گردیده است.

1 Statistical package for social science (SPSS)

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد نمرات خستگی (ذهنی و بدنی)، شفقت خود و ذهن آگاهی در مراحل پژوهش

پیگیری یک ماهه		پس آزمون		پیش آزمون		گروه	متغیر
انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین		
۰/۰۹۷	۱/۰۴	۰/۱۱	۱/۰۶	۰/۵۸	۱/۴۷	آزمایش	خستگی
۰/۳۱	۱/۴۱	۰/۳۱	۱/۳۲	۰/۵۴	۱/۵۲	کنترل	ذهنی
۰/۱۵	۱/۲۹	۰/۱۶	۱/۲۵	۰/۱۷	۱/۸۱	آزمایش	خستگی
۰/۲۷	۱/۸۲	۰/۲۵	۱/۸۸	۰/۳۱	۱/۷۷	کنترل	بدنی
۰/۱۷	۲/۴۳	۰/۲۲	۳/۳۹	۰/۲۴	۲/۳۳	آزمایش	شفقت
۰/۱۵	۳/۴۱	۰/۱۳	۳/۴۳	۰/۱۹	۳/۴	کنترل	خود
۵/۶۹	۱۳۲/۵	۶/۱۱	۱۳۷/۸۳	۴/۸۸	۹۶/۹۲	آزمایش	ذهن
۷/۳	۱۰۲/۶۴	۶/۸۴	۱۰۱/۷۸	۷/۴۲	۱۰۱/۳۵	کنترل	آگاهی

در جدول ۲ میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری ۱ ماهه خستگی ذهنی و بدنی، شفقت خود و ذهن آگاهی در گروه های آزمایش و کنترل نشان داده شده است. طبق جدول مزبور مشاهده می شود که در هر دو بعد خستگی، یعنی خستگی ذهنی و بدنی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در مراحل پس آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش آزمون کاهش و ذهن آگاهی و شفقت خود نیز در مراحل پس آزمون و پیگیری افزایش یافته است. نتایج آزمون شاپیروویلک حاکی از آن بود که توزیع نمرات در متغیرهای خستگی ذهنی (گروه آزمایش=۰/۰۶، گروه کنترل=۰/۲۴)، خستگی بدنی (گروه آزمایش=۰/۳۹، گروه کنترل=۰/۸۳)، شفقت خود (گروه آزمایش=۰/۳۲، گروه کنترل=۰/۸۸) و ذهن آگاهی (گروه آزمایش=۰/۷۹، گروه کنترل=۰/۱۶) همسان با جامعه بوده و کجی و کشیدگی حاصل اتفافی است ($p > 0.05$). جهت بررسی برابری پیش فرض تساوی کوواریانس ها از آزمون باکس استفاده شد. نتایج آزمون باکس برای خستگی ذهنی ($f = 6/163, p = 0/001$)، باکس M)، خستگی بدنی ($f = 1/296, p = 0/274$)، باکس M)، شفقت خود ($f = 5/062, p = 0/002$)، و ذهن آگاهی ($f = 0/256, p = 0/857$)، باکس M)، بدست آمد. با توجه به دیدگاه تابانچیک و فیدل (۲۰۰۱) زمانی که تبدیل خطی متغیرها همچون تبدیل به لگاریتم یا جذر توانست پیش شرطها را برقرار کند، در شاخص چندمتغیری، اثر پیلای به جای لامبدای ویلکز به عنوان شاخص معرفی می گردد. با توجه به اینکه سطح معناداری اثر پیلای برای متغیر خستگی ذهنی ($P = 0/002$) و شفقت خود ($P = 0/002$) بدست آمد در نتیجه، پیش فرض تساوی

اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر علائم خستگی، شفقت خود و ذهن...

کوواریانس ها تأیید شده است. همچنین جهت بررسی پیش فرض برابری واریانس ها، از آزمون لوین استفاده شده است و سطح معنی داری برای متغیرهای خستگی ذهنی ($F=1/679$)، خستگی بدنی ($P=0/207$)، خستگی ذهن آگاهی ($P=0/1857$ $F=0/1006$) بدست آمد که نشان می دهد پیش فرض لوین مبنی بر برابری واریانس ها در گروه ها در مرحله پیش آزمون در جامعه رد نشده و باقی مانده است، لذا این پیش فرض تأیید می گردد. به منظور بررسی پیش فرض همگنی شیب رگرسیون، تعامل بین متغیرهای وابسته و همپراش بررسی شد.

که نتایج این تحلیل نشان داد که در متغیر خستگی ذهنی ($F=0/384$ ، $P=0/616$)، خستگی بدنی ($F=0/459$ ، $P=0/442$)، متغیر ذهن آگاهی ($F=3/246$ ، $P=0/059$)، متغیر شفقت خود ($F=0/67$ و $P=0/522$) این تعامل ها در همه متغیرهای پژوهش معنی دار نبود و دلالت بر برقراری مفروضه همگنی شیب رگرسیون داشت.

نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره جهت مقایسه دو گروه در کلیه متغیرهای پژوهش در جدول ۳ ارائه شده است. لازم به یادآوری است که برای متغیرهایی که ضریب ام باکس در آن ها تأیید نشده است کلیه ضرایب شامل اثر پیلایی، لامبدای ویلکز، اثر هتلینگ و بزرگترین ریشه روی ارائه شده است.

جدول ۳. نتایج مقایسه دو گروه در نمرات خستگی ذهنی و خستگی بدنی ،
شفقت خود و ذهن آگاهی در دو مرحله پس آزمون و پیگیری

منبع	متغیر		ضریب	F	درجه آزادی فرض	درجه آزادی خطا	معنی داری	اندازه اثر	توان آماری
خستگی ذهنی	پیش آزمون	اثر پیلابی	۰/۳۲۸	۵/۳۷	۲	۲۲	۰/۰۱۳	۰/۳۲۸	۰/۷۸۷
		لامبدای ویلکز	۰/۶۷۲						
		اثر هتلینگ	۰/۴۸۸						
		بزرگترین ریشه روی	۰/۴۸۸						
گروه	پیش آزمون	اثر پیلابی	۰/۴۶۵	۵/۵۴۴	۲	۲۲	۰/۰۰۱	۰/۴۶۵	۰/۹۶۳
		لامبدای ویلکز	۰/۵۳۵						
		اثر هتلینگ	۰/۸۶۸						
		بزرگترین ریشه روی	۰/۸۶۸						
خستگی بدنی	پیش آزمون	لامبدای ویلکز	۰/۶۴۴	۶/۰۸۲	۲	۲۲	۰/۰۰۸	۰/۳۵۶	۰/۸۳۸
		گروه	۰/۲۰۶						
ذهن آگاهی	پیش آزمون	لامبدای ویلکز	۰/۶۱۸	۶/۸۰۲	۲	۲۲	۰/۰۰۵	۰/۳۸۲	۰/۸۷۸
		گروه	۰/۰۷۲						
شفقت خود	پیش آزمون	اثر پیلابی	۰/۰۳۶	۰/۴۱۵	۲	۲۲	۰/۰۶۶۵	۰/۰۳۶	۰/۱۰۹
		لامبدای ویلکز	۰/۹۶۴						
		اثر هتلینگ	۰/۰۳۸						
		بزرگترین ریشه روی	۰/۰۳۸						
گروه	پیش آزمون	اثر پیلابی	۰/۹۱۳	۱۱۵/۳۱۳	۲	۲۲	۰/۰۰۱	۰/۹۱۳	۱/۰۰۰
		لامبدای ویلکز	۰/۰۸۷						
		اثر هتلینگ	۱۰/۴۸۳						
		بزرگترین ریشه روی	۱۰/۴۸۳						

اثر بخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر علائم خستگی، شفقت خود و ذهن...

یافته ها در سطح استنباطی مبنی بر اثر بخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر خستگی ذهنی و بدنی، شفقت خود و ذهن آگاهی در دو مرحله پس آزمون و پیگیری کارکنان دارای سندرم خستگی مزمن نشان داد که رابطه بین پیش آزمون با پس آزمون و پیگیری در نمرات خستگی ذهنی و بدنی معنی دار شده است ($P < 0/05$)، با کنترل این رابطه، میانگین نمرات خستگی ذهنی و بدنی در مرحله پس آزمون و پیگیری در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی داری دارد ($P = 0/001$). لذا نتایج نشان داده است که به ترتیب $46/5$ و $79/4$ درصد از تفاوت های فردی در کاهش علائم ذهنی و بدنی در دو مرحله پژوهش به تفاوت بین دو گروه مربوط است. به عبارت دیگر درمان مبتنی بر ذهن آگاهی، باعث کاهش خستگی بدنی و ذهنی در گروه آزمایش شده است. نتایج دیگر در جدول فوق نشان می دهد که رابطه پیش آزمون با پس آزمون و پیگیری در نمرات ذهن آگاهی معنی دار است ($P < 0/05$)، با کنترل این رابطه، میانگین نمرات ذهن آگاهی در مرحله پس آزمون و پیگیری در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی داری دارد. نتایج نشان می دهد که $92/8$ درصد از تفاوت های فردی در بهبود ذهن آگاهی به تفاوت بین دو گروه مربوط است. در نتیجه درمان مبتنی بر ذهن آگاهی باعث بهبود ذهن آگاهی در گروه آزمایش شده است. هم چنین نتایج نشان داده است که رابطه پیش آزمون با پس آزمون و پیگیری در نمرات شفقت خود معنی دار نیست. میانگین نمرات شفقت خود در مرحله پس آزمون و پیگیری در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی داری دارد ($P = 0/001$). یعنی نزدیک به $91/3$ درصد از تفاوت های فردی در افزایش شفقت خود در دو مرحله پژوهش به تفاوت بین دو گروه مربوط است. به عبارت دیگر درمان مبتنی بر ذهن آگاهی، باعث افزایش شفقت خود در گروه آزمایش شده است.

جدول ۴. نتایج تحلیل تک متغیری خستگی ذهنی، خستگی بدنی،

شفقت خود و ذهن آگاهی

متغیر	منبع	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	F	معنی داری	حجم اثر	توان آماری
خستگی ذهنی	پس آزمون	۰/۴۰۲	۱	۰/۴۰۲	۹/۱۸۴	۰/۰۰۶	۰/۲۸۵	۰/۹۵۵
	پیگیری	۰/۸۴۲	۱	۰/۸۴۲	۱۹/۵۲۴	۰/۰۰۱	۰/۴۵۹	۰/۹۸۸
خستگی بدنی	پس آزمون	۲/۷۵۲	۱	۲/۷۵۲	۸۴/۰۶۳	۰/۰۰۱	۰/۷۸۵	۱/۰۰۰
	پیگیری	۱/۹۰۹	۱	۱/۹۰۹	۴۸/۲۳۴	۰/۰۰۱	۰/۶۷۷	۱/۰۰۰
شفقت خود	پس آزمون	۷/۷۱۷	۱	۷/۷۱۷	۲۱۲/۸۲	۰/۰۰۱	۰/۹۰۲	۱/۰۰۰
	پیگیری	۶/۱۸۱	۱	۶/۱۸۱	۲۳۰/۶۲۵	۰/۰۰۱	۰/۹۰۹	۱/۰۰۰
ذهن آگاهی	پس آزمون	۸۳۰۲/۳۸۹	۱	۸۳۰۲/۳۸۹	۲۳۵/۸	۰/۰۰۱	۰/۹۱۱	۱/۰۰۰
	پیگیری	۶۱۰۵/۶۱۹	۱	۶۱۰۵/۶۱۹	۲۱۴/۳۵۵	۰/۰۰۱	۰/۹۰۳	۱/۰۰۰

بر اساس نتایج به دست آمده در جدول ۴، تفاوت میانگین نمرات در همه متغیرهای پژوهش در دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس آزمون و پیگیری معنی دار شده است. نتایج نشان می دهد، تفاوت میانگین نمرات خستگی ذهنی ($P=0/001$) و خستگی بدنی ($P=0/001$) در مرحله پس آزمون و پیگیری معنی دار است. به عبارت دیگر می توان گفت درمان مبتنی بر ذهن آگاهی نمرات خرده مقیاس های خستگی در گروه آزمایش در مرحله پس آزمون و پیگیری را کاهش داده است. میزان تأثیر این مداخلات بر کاهش خستگی ذهنی در پس آزمون و پیگیری به ترتیب برابر با ۲۸/۵ و ۴۵/۹ درصد و در کاهش خستگی بدنی در این دو مرحله از پژوهش به ترتیب شامل ۷۸/۵ و ۶۷/۶ است. رابطه بین پیش آزمون با پس آزمون و پیگیری نمرات شفقت خود معنی دار به دست نیامده است. با کنترل این رابطه، میانگین نمرات شفقت خود در مرحله پس آزمون و پیگیری در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی داری دارد ($P=0/001$). لذا می توان گفت درمان مبتنی بر ذهن آگاهی نمرات شفقت خود در گروه آزمایش در مرحله پس آزمون و پیگیری را بهبود داده است. میزان تأثیر این مداخلات بر بهبود شفقت خود در مرحله پس آزمون برابر با ۹۰/۲ درصد و در مرحله پیگیری ۹۰/۹ درصد است. همچنین رابطه بین پیش آزمون با پس آزمون و پیگیری نمرات ذهن آگاهی معنی دار شده است ($P=0/001$) با کنترل این رابطه، میانگین نمرات ذهن آگاهی در مرحله پس آزمون و پیگیری در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی داری دارد ($P=0/001$). به عبارت دیگر می توان گفت درمان مبتنی بر ذهن آگاهی نمرات ذهن آگاهی در گروه آزمایش در مرحله پس آزمون و پیگیری را بهبود داده است. میزان

اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر علائم خستگی، شفقت خود و ذهن...

تأثیر این مداخلات بر بهبود ذهن آگاهی در مرحله پس از مزمون برابر با ۹۱/۱ درصد و در مرحله پیگیری ۹۰/۳ درصد است.

بحث و نتیجه گیری

این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر علائم خستگی، شفقت خود و ذهن آگاهی کارکنان مبتلا به سندرم خستگی مزمن انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش میانگین نمرات خستگی ذهنی و بدنی کارکنان دارای سندرم خستگی مزمن دانشگاه آزاد اسلامی اصفهان (خوراسگان) موثر بوده است. در پژوهش حاضر در تبیین اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش خستگی کارکنان دارای سندرم خستگی مزمن می توان بیان نمود که یک سبک پردازش تفکر خاص برای افراد دارای سندرم خستگی مزمن مهم می باشد، مانند نگرانی و نشخوار فکری در مورد علائم خستگی فرد که ممکن است باعث افزایش علائم خستگی بدنی و ذهنی می شود. شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی باعث افزایش پذیرش علائم خستگی می شود و در نتیجه علائم خستگی را در این افراد کاهش می دهد. در این درمان در زمان انجام تمرینات مربوط به ذهن آگاهی و تمرین واریسی بدن به طور مستقیم بر روی خستگی بدنی و ذهنی کار می شود و با هر تمرین آن ها احساس سبکی و رهایی را در خود تجربه می کنند. دلیل دیگر اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر علائم خستگی ذهنی در این مطالعات این است که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، منجر به تغییر شناختی در طرز تفکر و اعمال بیمار می شود و از اصول تقویت شرطی سود می برد. بدین ترتیب که فرد مبتلا، برای رفتن به گام بعدی تلاش می کند تا خود را در گامی بالاتر ببیند. این تمایل به طور مستمر باعث بهبود خستگی ذهنی به صورت تدریجی و مرحله به مرحله در بیمار می شود تا در عین آرامش و آگاهی، به درمان فردی خود ادامه می دهد و نواقص و اشکالات خود را در جلسات حضوری حل می نماید (روت و روپین^۱، ۲۰۰۴). نتایج این پژوهش با یافته های پژوهش ریمس و وینگرو (۲۰۱۳) همسویی دارد. یافته های پژوهش این محققین نشان داد که این درمان تا حد زیادی علائم خستگی این افراد را کاهش می دهد.

همچنین نتایج نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر شفقت خود کارکنان دارای سندرم خستگی مزمن اثربخش است. تحقیقات رو به رشد در حیطه سلامت نشان می دهند که یکی از عوامل افزایش دهنده رفتارهای مرتبط با سلامت از طریق تقویت منابع خود

تنظیمی، شفقت خود می باشد. شفقت خود به عنوان عامل افزایش دهنده فرآیند های کلیدی خود تنظیمی (شامل توجه و ارزیابی رفتارهای در حال انجام و تنظیم هیجانات) که خود شامل مولفه های مهربانی با خود، ذهن آگاهی، انسانیت می باشد است (تری و لاری^۱، ۲۰۱۱). از منظر رویکرد خود تنظیمی، اگر فرآیند آزاد کردن منابع خود تنظیمی صورت نگیرد، به صورت نشخوار افکار منفی درباره رویدادهای گذشته و آینده مصرف می گردد (سیرویز^۲، ۲۰۱۵). شواهد نشان می دهد افرادی که از شفقت خود بالاتری برخوردارند، افسردگی، اضطراب و نشخوار ذهنی کمتری را در موقعیت های اجتماعی چالش انگیز تجربه می کنند و از رضایتمندی بیشتری در زندگی خود برخوردارند. از آنجا که هرچه شفقت خود افزایش یابد افسردگی، اضطراب و نشخوار ذهنی در موقعیت های اجتماعی چالش برانگیز کاهش می یابد (نف، ۲۰۰۳، لاری و همکاران، ۲۰۰۷) که وجود این عوامل خود در ایجاد خستگی مزمن موثر است و شفقت خود (و مولفه های آن که عبارتند از مهربانی با خود، ذهن آگاهی و انسانیت) به همراه توجه و آگاهی، بر منابع خود تنظیمی اثر گذار است، این مساله باعث افزایش رفتار های مرتبط با سلامت و افزایش سازگاری فرد در رویارویی با عوامل استرس زا می گردد. در نتیجه فرد دارای شفقت خود بالا در رویارویی با بیماری ها و آسیب ها مقاوم تر می شود. لذا می تواند خستگی مزمن را نیز کاهش دهد. همچنین این نوع درمان، افراد را در افزایش آگاهی فراسناختی نسبت به افکار و احساسات بدنی خود، عدم قضاوت نسبت به آن ها و ایجاد نگرش مشفقانه نسبت به خود و رها شدن از قید افکار غیر سودمند که باعث خلق و ماندگاری علائم سندرم خستگی مزمن موثر است و ایجاد و کشف راههایی جدید برای پاسخگویی به آن ها یاری می کند (ریمس و وینگرو، ۲۰۱۳). در تبیین این یافته می توان دو نکته اساسی را اضافه نمود اول اینکه برای شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی احتیاج به فضا سازی وجود دارد. این فضا را هیچ چیزی نمی تواند پر کند به جز شفقت و مهربانی. خود افراد آموزش دهنده نیز خود باید انسان های شفیقی باشند زیرا تا وقتی که این ویژگی در آن ها وجود نداشته باشد درمانگر نمی تواند آن را به دیگران منتقل کند. طبق تحقیقات آسکویت، تئودور^۳ (۲۰۱۱)، تعریف ذهن آگاهی با مولفه ذهن آگاهی در شفقت خود همپوشانی دارد. همچنین در تمرین های ذهن آگاهی، فرد به شکلی عینی و ملموس شفقت و مهربانی با خود و دیگر اجزای آن را از طریق کاربرد اشعار (مولانا) و استعاره های مختلف (از قبیل استعاره مهمان ناخوانده که در آن فرد می آموزد چگونه نگرشی همراه با شفقت و مهربانی و بدون قضاوت نسبت به افکار و احساسات خود داشته باشد) و ساختارهای خاص شناخت درمانی

-
1. Terry & Leary
 2. Siros
 3. Askwith & Theodore

اثر بخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر علائم خستگی، شفقت خود و ذهن...

مبتنی بر ذهن آگاهی را در برخورد با مشکلات و بحران‌ها و تلاش برای کشف تجارب مبتنی بر دوستی و مودت به جای دشمنی فرا می‌گیرد. همچنین اهمیت داشتن شفقت و مهربانی، ملایمت و آگاهی دوستانه و باز بودن آگاهانه که از طریق ذهن آگاهی ایجاد می‌گردد باعث افزایش شفقت خود می‌باشد. و مسأله دوم نیز بیان این نکته می‌باشد که یکی از مؤلفه‌های ضروری شفقت خود، ذهن آگاهی می‌باشد زیرا شناسایی درد و رنجی که متحمل می‌شوند، امری ضروری است. برای اینکه بتوان بعد از آن به خود، شفقت و مهربانی ارائه کرد. در حالی که درد و رنج، قطعی و مسلم است، بسیاری از مردم نمی‌دانند میزان این درد و رنج چقدر است، خصوصاً موقعی که آن درد ریشه خود انتقادی درونی آن‌ها است پس در ابتدا برای شناسایی این درد و رنج باید ذهن آگاه بود. نتایج این پژوهش در بافتی کلی‌تر با یافته‌های شاپیرو و همکاران (۲۰۰۷ و ۲۰۰۵) مبنی بر اینکه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی شفقت خود را افزایش می‌دهد همسویی دارد. همچنین نتایج این پژوهش با یافته‌های ریمس و وینگرو (۲۰۱۳) مبنی بر تأثیر این درمان بر شفقت خود افراد مبتلا به سندرم خستگی مزمن همسویی دارد تنها بایستی به تفاوت نمونه همسویی دارد. یافته‌های پژوهش این محققین نشان داد که این درمان تا حد زیادی شفقت خود این افراد را افزایش می‌دهد.

به علاوه نتایج حاکی از اثر بخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر ذهن آگاهی در کارکنان مبتلا به سندرم خستگی مزمن دانشگاه آزاد اسلامی اصفهان (خوراسگان) بود. در تمرینات حضور ذهن فرد می‌آموزد که در هر لحظه از حالت ذهنی، خود آگاهی داشته باشد (کابات زین، ۲۰۰۰). یافته‌های پژوهش محققین نشان داد که این درمان تا حد زیادی باعث افزایش ذهن آگاهی این افراد می‌شود. در تبیین این یافته می‌توان بیان نمود که یکی از اجزای اصلی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، قسمت ذهن آگاهی آن می‌باشد. جزء به جزء تمرینات این درمان، ذهن آگاهی را در هر لحظه از درمان متبادر و پیرنگ تر می‌کند. از اولین تمرین عملی که تمرین خوردن کشمش می‌باشد به افراد آموزش داده می‌شود که ذهن آگاهی را می‌توان از همین شیء ساده شروع کرد و اینکه ذهن آگاهی مسئله‌ای غیر عادی و مرموز و دور از دسترس نمی‌باشد. همچنین در تمرین دیدن و شنیدن نیز از افراد خواسته می‌شود که هوشیارانه به محیط اطراف و صدهای موجود توجه داشته باشند. در این درمان تمرینهایی جهت افزایش آگاهی که نسبت به خود، افکار خود، حس‌ها و حالت‌های بدنی و محیط اطراف صورت می‌گیرد بنابراین یک از اهداف این درمان حرکت بر طیف ذهن آگاهی می‌باشد (حرکت از ناهشیاری و یا هشیاری کم به سمت هشیاری و افزایش آن) و در واقع افراد آموزش می‌بینند که از حالت اتو

پایلت^۱ (هدایت خودکار) خارج شوند. از رابطه بین ذهن و بدن و تأثیر آن بر زندگی فرد صحبت شده و آموزش این مسئله که چگونه با ذهن آگاهی بتوان این رابطه را تقویت نمود و مهمترین قسمت عملی این درمان تمرین مراقبه و آرسی بدن می‌باشد که از طریق آن آگاهی به جزء جزء هریک از اندام‌های بدن برده می‌شود و آگاهی همراه با تنفس هر لحظه بر بدن معطوف می‌گردد، که این تمرین خود باعث افزایش تمرکز، آرامش، انعطاف پذیری، توجه و حضور ذهن می‌گردد. آگاهی بیشتر از بدن، به فرد در کنترل هیجانات کمک می‌کند. هیجاناتی که می‌تواند به صورت افکار بروز کند و همچنین بر بدن تأثیر بگذارد. بیان این نکته هم خالی از لطف نیست که حتی زمانی هم که قسمت‌های شناختی رفتاری آموزش داده می‌شود هدف نهایی افزایش هشیاری و ذهن آگاهی نسبت به وقایع می‌باشد به طور مثال زمانی که ثبت وقایع خوشایند و ناخوشایند به افراد آموزش داده می‌شود، در واقع آنها نسبت به رخدادهای اطرافشان حساس‌تر می‌گردند و با دقت بیشتری و با دید متفاوت‌تری به آن وقایع نگاه می‌کنند این که آن رخداد خوشایند یا ناخوشایند چه فکری را تولید می‌کند، چه احساسی و چه حس بدنی و همچنین چه خلقی را در فرد ایجاد می‌نماید. این درمان می‌تواند باعث افزایش آگاهی از تفکر سودمند و الگوهای رفتاری شده همان گونه که واقعاً اتفاق می‌افتند و باعث افزایش آگاهی فرانشاختی می‌گردد. در واقع افراد می‌آموزند به جای تلاش برای تغییر افکار با آن‌ها ارتباط برقرار کنند. یافته‌های پژوهش محققین نشان داد که این درمان تا حد زیادی باعث افزایش ذهن آگاهی این افراد می‌شود. نتایج این فرضیه با یافته‌های پژوهش ریمس و وینگرو (۲۰۱۳)، که به منظور اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در افراد دارای سندرم خستگی مزمن انجام شد همسویی دارد. انجام این پژوهش با محدودیت‌هایی همراه بود که از آن جمله می‌توان به موارد زیر اشاره نمود: این پژوهش صرفاً بر روی کارکنان دانشگاه آزاد اسلامی اصفهان (خوراسگان)، انجام گرفته است، از این رو برای تعمیم نتایج به سایر جوامع باید جانب احتیاط رعایت گردد علاوه بر آن دوره پیگیری به دلیل محدودیت زمانی بعد از یک ماه انجام گرفت و اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی با هیچ درمان دیگری به صورت همزمان مورد مقایسه قرار نگرفت، همچنین برای سنجش متغیرهای پژوهش صرفاً از پرسشنامه استفاده شده است که به نظر می‌رسد این موضوع به صورت خود گزارش‌دهی محدودیت‌هایی به همراه دارد. در پایان پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی با توجه به اینکه مزیت شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در مقایسه با روان‌درمانی‌های گذشته، پیشگیری از برگشت نشانه‌ها می‌باشد دوره بلند مدت‌تر (حداقل دو الی شش ماه) برای پایداری اثر درمان نتایج صورت بگیرد، از دیگر درمان‌های روانشناختی علاوه بر

1. Auto Pilote

اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر علائم خستگی، شفقت خود و ذهن...

درمان مذکور بر روی افراد دارای سندروم خستگی مزمن استفاده گردد و این پژوهش بر روی جوامع دیگر نیز صورت گیرد.

منابع

آقایی، اصغر، جلالی، داریوش، حسن زاده، ریحانه، و اصلان، زهرا. (۱۳۹۰). پیش بینی ابهام نقش، تعارض نقش، فرسودگی شغلی و ابعاد چهارگانه سرریز شدگی استرس مشاوران مراکز مشاوره شهر اصفهان بر اساس ویژگی های جمعیت شناختی آنان. یافته های نو در روانشناسی، ۶ (۲۰)، ۷-۱۹.

انجدانی، انسیه، قربانی، نیما، فراهانی، حسین، حاتمی، جلال. (۱۳۸۹). نقش تعدیل کنندگی شفقت بر خود، خودشناسی انسجامی، حرمت خود و به هوشیاری در تنظیم هیجانات منفی ناشی از تجربه وقایع ناخوشایند. پایان نامه کارشناسی ارشد. رشته روانشناسی عمومی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران.

بیرامی، منصور، موحدی، یزدان، و علیزاده گورادل، جابر. (۱۳۹۴). اثربخشی درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت در کاهش اضطراب اجتماعی و نگرشهای ناکارآمد نوجوانان. فصلنامه علمی پژوهشی شناخت اجتماعی، ۴ (۷)، ۴۱-۵۲.

حناسب زاده اصفهانی، مریم، یکه یزدان دوست، رخساره، غرابی، بنفشه، و فرید نژاد، علی اصغر. (۱۳۸۸). بررسی مقدماتی کارایی راهنمای شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن برای بیماران افسرده با افکار خودکشی: گزارش موردی. مجله روانشناسی بالینی، ۱ (۱)، ۳۵-۴۵.

دشتی، سعید، فردمال، جواد، سهیلی زاده، مختار، شهر آبادی، رضا، و صالحی نیا، حمید. (۱۳۹۳). بررسی عوامل مرتبط با فرسودگی شغلی کارکنان مراکز بهداشتی- درمانی شهرستان همدان در سال ۱۳۹۱، مجله علمی پژوهان، ۱۳ (۱)، ۹-۱.

ذاکریان، ابوالفضل، حدادی، محسن، علیاری، ابوالفضل، پارسا یکتا، زهره، نسل سراجی، جبرائیل، و محمودی، محمود. (۱۳۹۳). اعتبار و پایایی پرسش نامه سندرم خستگی مزمن. مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، ۱۲ (۱)، ۷۵-۸۴.

رستمی، رضا، عبدی، منصور، و حیدری، حسن. (۱۳۹۳). رابطه انواع بدرفتاری در دوران کودکی با شفقت بر خود و سلامت روانی در افراد متاهل. مجله اصول بهداشت روانی، ۱۶ (۶۱)، ۶۱-۷۳.

رستمی، رضا، مقدس تبریزی، یوسف، درویش پور کاخکی، علی، و منتظری، علی. (۱۳۹۱).

تاثیر تمرینات ورزشی بر کیفیت بیماران زندگی وابسته به مواد مخدر تحت درمان نگهدارنده با متادون. فصلنامه ی پژوهش های کاربردی روان شناختی، ۱ (۳)، ۱-۱۱.

سهرابی، فرامرز، جعفری فرد، سلیمان، زارعی، سلمان، و اسکندری، حسین. (۱۳۹۱). اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر اختلال وحشتزدگی: مطالعه موردی. مجله روان شناسی بالینی، ۳ (۴)، ۳۱-۴۰.

- سجادیان، ایلناز. (۱۳۹۳). ویژگی های روانسنجی پرسش نامه پنج بعدی ذهن آگاهی در بین مردم. پژوهش های علوم شناختی و رفتاری، ۵ (۲)، ۴۰-۲۳.
- عسگری، پرویز، و موسوی، آزاده. (۱۳۸۹). مقایسه کارکرد خانواده، کیفیت زندگی، خستگی روانی و نگرانی در میان همسران کارکنان مرد اقماری و روز کار شرکت نفت. مجله یافته های نو در روانشناسی، ۵ (۱۷)، ۹۷-۱۰۹.
- قمری، حسین، دستانی، ثمین، و قدیمی، سمیه. (۱۳۹۳). اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر کاهش میزان افسردگی و نشخوار فکری در زنان مبتلا به سندرم خستگی مزمن. مجله پژوهش ای مشاوره، ۱۳ (۵۰)، ۱۰۱-۱۱۵.
- قاسمی مطلق، مهدی، منشی، غلامرضا، عسگری، کریم، و طالبی، هوشنگ. (۱۳۹۲). اثر بخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر میزان استفاده از افکار خودآیند منفی در بیماران افسرده. پژوهشنامه تربیتی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بجنورد، ۸ (۳۵)، ۱۳۴-۱۲۱.
- کاوایی، حسین، جواهری، فروزان، و بهیرایی، هادی. (۱۳۸۴). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر کاهش افکار خود آیند منفی، نگرش ناکارآمد، افسردگی و (MBCT) بر ذهن آگاهی اضطراب پیگیری: ۶۰ روزه. فصلنامه تازه های علوم شناختی، ۷ (۱)، ۵۹-۴۹.
- مقتدرانی، کمال، کافی، موسی، آریا پوران، سعید، و دقاق زاده، حمید. (۱۳۹۱). اثربخشی آموزش ذهن آگاهی گروهی بر علائم جسمی بیماران زن مبتلا به به نشانگان روده تحریک پذیر. مجله علوم رفتاری اصفهان، ۷ (۱۰)، ۶۵-۵۳.
- مهداد، علی، رحیمی، روشنک، و آتش پور، سید حمید. (۱۳۹۰). مقایسه استرس شغلی و فراوانی در کارکنان اقماری و غیر اقماری. یافته های نو در روانشناسی، ۶ (۱۹)، ۶۳-۵۳.
- منتظری، علی، گشتاسبی، آریتا، و وحدانی نیا مریم. (۱۳۸۴). ترجمه، تعیین پایایی و روایی گونه فارسی ابزار استاندارد SF-۳۶. فصلنامه پایش، ۵ (۱)، ۵۶-۴۹.
- محمودی، قهرمان، اسدی مجره، آمنه، و درویشی خضری، هادی. (۱۳۹۳). رابطه ابعاد شخصیتی و خستگی با کیفیت زندگی کاری کارکنان مراکز بهداشتی درمانی. فصلنامه نسیم تندرستی، ۲ (۴)، ۳۰-۲۵.
- نصری، صادق، نجاریان، بهمن، مهربانی زاده هنرمند، مهناز، و شکر شکن، حسین. (۱۳۸۱). مقایسه اثربخشی دو روش روانشناختی در کاهش علائم نشانگان خستگی مزمن در پرستاران زن شهر تهران. مجله علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز، ۲ (۱)، ۸۸-۵۳.
- نصری، صادق. (۱۳۸۳). همه گیر شناسی نشانگان خستگی مزمن و ارتباط آن با مشکلات روانپزشکی در پرستاران. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران. دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۲ (۴)، ۴۶-۳۳.

- Afari, N., & Buchwald, D. (2003). Chronic Fatigue Syndrome: A Review. *Am J Psychiatry*, 160, 221-236.
- Askwith, I., & Theodore, R. (2011). Effect of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Self-Compassion, Satisfaction with Life, and Mindfulness. Retrieved from: <http://commons.pacificu.edu/spp/228>.
- Baer, R. A., Smith, G.T., & Allen, K. B. (2004). Assessment of mindfulness by self-report the Kentucky inventory of mindfulness skills. *Assess*, 3, 191-206.
- Baer, R. A., Smith, G.T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney T. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13, 27-45.
- Barnhofer, T., Crane, C., Hargus, E., Amarasinghe, M., Winder, R., & Williams, M. (2009). Mindfulness-based cognitive therapy as a treatment for chronic depression: A preliminary study. *Behavior research and therapy*, 47, 366-373.
- Birnie, K., Speca, M., & Carlson, L.E. (2010). Exploring self-compassion and empathy in the context of mindfulnessbased Stress Reduction (MBSR). *Stress and Health*, 1, 1-11.
- Chalder, T., Berelowitz, G., & Hirsch, S. (1993). Development of a fatigue scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 37, 147-153.
- Crane, R. (2009). *Mindfulness Based Cognitive Therapy*. New York. Routledge Press, page 18-19, 152.
- Friedman, H., & Harold, A. (2001). *Diagnosis medical Problem*. Wilkins & Williams, page 3-4.
- Gielissen, M. F., Knoop, H., Servaes, P., Kalkman, J. S., Huibers, M. J., & Verhagen, S. (2007). Differences in the experience of fatigue in patients and healthy controls: patients' descriptions. *Health Qual Life Outcomes*, 5, 36-48.
- Jason, L. A., Skendrovic, B., & Furst, J. (2012). Data mining: Comparing the empiric CFS to the future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 144-156.
- Kabat – zinn, J. (1994). *Full catastrophe living: using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness*. New York: Dell Publishing.
- Kabat-Zinn, J. (2000). Mindfulness-based interventions in context: Past, present and Future. *Health Care* 10 (2), 144-156.
- Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (2015). *Synopsis of psychiatry: Behavioral sciences, clinical psychiatry* 11th edition, page 340, 504-507.
- Leary, M. R., Tate, E. B., Adams, C. E., Allen, A. B., & Hancock, J. (2007). Self-Compassion and Reactions to Unpleasant Self-Relevant Events: The Implications of Treating Oneself Kindly. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92(5), 887-904.
- Marcus, J., Huibers, H., Jmert Kant, I., Knottnerus, J., Swaen, H., & Kasl, V. (2004). Development of the chronic fatigue syndrome in severely fatigued employees: predictors of outcome in the Maastricht cohort study *J Epidemiol Community Health*, 58, 877-882.
- Huibers, M. J., Beurskens, A., Prins, J. B., Kant, J., Bazelmans, E., Knottnerus, J. A., & Bleijenberg, G. (2003). Fatigue, burnout, and chronic fatigue syndrome among employees on sick leave: do attributions make the Difference? *Occup Environ Med*, 60 (1), 26-31.

- Neff, K. D. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2, 223–250.
- Neff, K. (2011). Self-compassion, Self-esteem and wellbeing. *Social and Personality Psychology Compass*, 5, 1-11.
- Neff, K., Pisitsungkagarn, K., & Hsieh, Y. P. (2008). Self-Compassion and Self-Constraint in the United States, Thailand, and Taiwa. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 39, 267-285.
- Neff, k. (2010). *Self-Compassion and ACT*. Weill-Cornell Medical College, American Institute for Cognitive Therapy, University of Texas at Austin.
- Neuser, N. J. (2011). Examining the factors of mindfulness: A confirmatory factor analysis of the five facet mindfulness questionnaire.
- Ranjith, G. (2005). Epidemiology of chronic fatigue syndrome. *Occupational medicine Journal*, 55, 13-19.
- Rimes, K. A., & Wingrove, J. (2013). Mindfulness-Based Cognitive Therapy for People with Chronic Fatigue Syndrome Still Experiencing Excessive Fatigue after Cognitive Behavior Therapy: A Pilot Randomized Study. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 20, 107–117.
- Rosental, T. C. (2008). Fatigue: an overview. *American physician*, 78, 1173-1179.
- Roth, B., & Robbins, D. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health related quality of life. *Psychosomatic medicine*, 66, 113-123.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J.D. (2002). *Mindfulness-based Cognitive Therapy for Depression: A new approach to preventing relapse*: Guilford Publication.
- Shapiro, S. L., Astin, J. A., Bishop, S. R., & Cordova, M. (2005). Mindfulness-Based Stress Reduction for health care professionals: Results from a randomized trial. *International Journal of Stress Management*, 12, 164-176.
- Shapiro, S. L., Biegel, G. M., & Brown, K. W. (2007). Teaching self-care to caregivers: Stress reduction on the mental health of therapists in training. *Training and Education in Professional Psychology*, 2, 105-115.
- Sharpe, M., & Wessely, S. (2009). Chronic Fatigue Syndrome in Gelder, M. et al (Eds.) *The New Oxford Textbook of Psychiatry*, Oxford University Press: Oxford.
- Sirois, F. A. (2015). A self-regulation resource model of self-compassion and health behavior intentions in emerging adults. *Preventive Medicine Reports*, 2, 218–222.
- Sundaram, R. (2006). *Hand book of sign & symptom*. Lippincott Williams Swilkins, page 267.
- Surawy, C., Hackmann, A., Hawton, K., & Sharpe, M. (1995). Chronic fatigue syndrome: A cognitive approach. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 535–544.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2001). *Using Multivariate Statistics* (4th ed.). Boston: Allyn & Bacon.
- Teasdale, J. D., Williams, J. M., Segal, Z. V., & Soulsby, J. (2000). Mindfulness – based cognitive therapy reduces over general autobiographical memory in formerly depressed patients. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 150-155.
- Terry, M. L., & Leary, M. R. (2011). Self-compassion, self-regulation, and health. *Self-Identity* 3, 352–362.

اثر بخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر علائم خستگی، شفقت خود و ذهن...

- 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.
- Ward, N., & Winters, S. (2003). Results of a fatigue management program in multiple sclerosis. *British Journal of Nursing*, 18, 1075-1080.
- Ware, J. E., & Sherburne, C.D. (1992). The MOS 36-item Short-Form Health Survey (SF-36): Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30, 473-483.