



اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر خودآگاهی هیجانی، همدلی و شفقت به خود در کارآموزان زن روان-درمانگری

دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران
استادیار گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران
استادیار گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران
استادیار گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران
استادیار گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران

سلما امینی فر ^{id}

مریم بهرامی هیدجی ^{id*}

آدیس کراسکیان موجمباری ^{id}

محسن منصوبی فر ^{id}

پریسا پیوندی ^{id}

ایمیل نویسنده مسئول: febram315@yahoo.com

پذیرش: ۱۴۰۱/۰۹/۲۱

دریافت: ۱۴۰۱/۰۲/۰۳

فصلنامه علمی پژوهشی خانواده درمانی کاربردی

شاپا (الکترونیکی) ۲۴۳۰-۲۷۱۷
<http://Aftj.ir>

دوره ۳ | شماره ۵ پیاپی ۱۴ | ۲۵۱-۲۲۸
زمستان ۱۴۰۱

(مجموعه مقالات حوزه زنان)

نوع مقاله: پژوهشی

به این مقاله به شکل زیر استناد کنید:
درون متن:

(امینی فر، بهرامی هیدجی، کراسکیان
موجمباری، منصوبی فر و پیوندی، ۱۴۰۱)

در فهرست منابع:

امینی فر، سلما، بهرامی هیدجی، مریم،
کراسکیان موجمباری، آدیس، منصوبی فر،
محسن، و پیوندی، پریسا. (۱۴۰۱). اثربخشی
درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر
خودآگاهی هیجانی، همدلی و شفقت به خود در
کارآموزان زن روان-درمانگری. فصلنامه خانواده
درمانی کاربردی، ۳(۵ پیاپی ۱۴): ۲۲۸-۲۵۱.

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر خودآگاهی هیجانی، همدلی و شفقت به خود در کارآموزان روان‌درمانگری انجام شد. **روش پژوهش:** پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با دو گروه آزمایش و گواه و پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری پژوهش متشکل از کلیه کارآموزان زن روان‌درمانگری شهر تهران در سال ۱۴۰۰ بود که با روش نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۳۰ نفر انتخاب و به شیوه تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری جایگزین شدند. گردآوری اطلاعات با پرسشنامه خودآگاهی هیجانی ریفی و همکاران (۲۰۰۸)، پرسشنامه همدلی مهرابیان و اپستین (۱۹۷۲) و پرسشنامه شفقت به خود نف (۲۰۰۳) انجام شد. برای هر یک از گروه‌های آزمایش برنامه مداخلاتی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی باون و مارلات (۲۰۱۱) به صورت جلسات هفتگی برگزار شد. تحلیل داده‌ها علاوه بر روش‌های آمار توصیفی با تحلیل واریانس آمیخته و آزمون تعقیبی بنفرونی انجام شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد در دوره پس‌آزمون بین میانگین نمرات همدلی ($P < 0/001$)، ذهن‌آگاهی هیجانی ($P < 0/001$)، و شفقت به خود ($P < 0/001$) گروه شرکت کننده در جلسات مداخله نسبت به گروه گواه از نظر آماری تفاوت معنادار می‌باشد. اثربخشی دو شیوه مداخلاتی در طول زمان در آزمودنی‌های گروه‌های آزمایش پایدار بود. نتیجه‌گیری: براساس نتایج پژوهش انجام مداخلات روان‌شناختی جهت آماده‌سازی کارآموزان روان‌درمانگری اهمیت بالایی دارد و می‌تواند پایه‌ای برای آگاهی‌افزایی و به‌کارگیری صحیح این مداخلات در کارآموزان روان‌درمانگری باشد.

کلیدواژه‌ها: ذهن‌آگاهی، خودآگاهی هیجانی، همدلی، شفقت به خود.

مقدمه

روند صحیح درمان، بیش از هر چیز به تسلط و توانایی درمانگر وابسته است. این مساله حاکی از اهمیت ویژگی‌های شخصیتی درمانگر و توانمندی‌های هیجانی او در موقعیت‌های درمانی است. ویژگی‌های و توانمندی‌هایی که براساس تجارب گذشته درمانگر، بستر فرهنگی و قومیتی که در آن رشد یافته و چارچوب ارزشی او و خانواده‌اش، تحول یافته‌اند. هر فردی که به درمان وارد می‌شود، دارای یک پیشینه شخصی است. پس برای واکاوی دقیق‌تر این پدیده باید به عوامل شخصیتی درمانگران نگاه ویژه داشت (گران‌مایه پور، آزادفلاح و احمدی، ۱۳۹۶). در آموزش‌های دوران کارآموزی به کارآموزان بر ضرورت رعایت اصول اخلاقی و رازداری، احترام به حقوق و شخصیت مراجعان، ارتباط مناسب و به موقع با مراجع و حفظ روابط صمیمانه و همدلی با مراجع به منظور خودافشایی بهتر در مراجعان تأکید می‌شود (ماتا، ریان و هارتمان، ۲۰۲۲). برآندهای پژوهشی نشان داده‌اند برخورداری از برخی ویژگی‌های رفتاری و هیجانی و همچنین ویژگی‌های شخصیتی درمانگران در اتاق درمان می‌تواند بر چگونگی فرایند درمان و به نتیجه رسیدن جلسات درمانی نقش بسزایی دارد. برخورداری از مهارت همدلی، توانایی برقراری ارتباط، شناخت و مدیریت هیجانات خود و مراجع، توانایی تصمیم‌گیری و بلوغ عاطفی و آگاهی نسبت به نقش درمانگری از ویژگی‌هایی است که نقش بسیار مؤثری در فرایند مشاوره موفق و کارآمد دارند (باکس، نرانتزیس و لی، ۲۰۲۲).

براساس پژوهش ناپ، گاتلیب و هاندلسمن (۲۰۱۷) یکی از مؤلفه‌های روانی که در کارآموزان روان‌درمانگری دیده می‌شود، کاستی در خودآگاهی هیجانی است. این مساله سبب عدم توانایی آن‌ها در کنترل هیجانات و تکانه‌های هیجانی می‌شود، که این امر ممکن است سبب ضعف آن‌ها در ارائه درمان شود (فوگل، ۲۰۲۰). خودآگاهی هیجانی^۱، توانایی افراد در درک احساسات خود و تأثیرات آن بر عملکردشان است. به عبارتی، افراد دارای این مهارت می‌توانند تغییرات حتی کوچک را در احساسات خود تشخیص دهند و از نحوه تأثیر این احساسات بر رفتار، عملکرد و تصمیمات خودآگاه هستند (هاگینز، دونان، کامرون و ویلیامز، ۲۰۲۰). گلن (۱۹۹۵) خودآگاهی هیجانی را بنیان و اساس سایر مؤلفه‌های هوش هیجانی می‌داند و معتقد است افرادی که خودآگاهی بالاتری دارند به دلیل شناخت توانایی‌ها و ضعف‌های خود از اعتماد به نفس بالایی برخوردارند. اما کسانی که در این مهارت نقص دارند، مکرراً تصمیمات نادرست و اعمال نامناسبی را که این در پی این تصمیمات انجام می‌دهند به گردن شانس بد یا خنگی و حماقت می‌اندازند (زرقانی، ۱۳۹۷). بنابراین، آگاهی هیجانی ضروری است زیرا به فرد اجازه می‌دهد به اطلاعات مهم و ذاتی هیجانات از جمله ارزش‌ها، اهداف و نیازهای خود دسترسی پیدا کند؛ دسترسی به این دانش به نوبه خود به پردازش و تنظیم احساسات موثرتر منجر می‌شود (الباجالی، ۲۰۱۹). جایی که خودآگاهی هیجانی به عنوان عنصری عمیق‌تر از هیجان در نظر گرفته شود، می‌توان گفت که خودآگاهی نقطه شروع اصلی در توسعه هوش هیجانی است، زیرا در شناسایی و درک احساسات در فرد نقش دارد و همچنین مهارت‌هایی را ایجاد می‌کند که به تنظیم هیجانات و همدلی با دیگران کمک می‌کند (گرسکی و رانف، ۲۰۱۹). علاوه بر این، رشد خودآگاهی، مهارت‌های همدلی و مدیریت استرس را ممکن ساخته و نتایج سودمندی را برای درمانگران دارد (گرانمایه-پور، آزادفلاح، احمدی و قربانی، ۱۳۹۹).

1. emotional self-awareness

پژوهش بایبویو، دیونی، ریرا و لبلانک (۲۰۲۰) این واقعیت را تأیید می‌کند که همدلی جزء اساسی اتحاد درمانی در نظریه‌ها بوده و امری ضروری در فرایند روان‌درمانی یا مشاوره به شمار می‌رود. همدلی^۱، توانایی شناخت، درک و اشتراک افکار و احساسات شخص دیگر است (بوو، ۲۰۱۹). همدلی بر پایه خودآگاهی بنا می‌شود؛ هر قدر افراد نسبت به احساسات خود گشاده‌تر باشد، در دریافتن احساسات دیگران ماهرتر خواهد بود. در تمام ارتباط‌ها، منشأ اهمیت دادن به دیگران، هماهنگی عاطفی و توانایی همدلی کردن با آنان است (کالوزویکیوت، ۲۰۲۰). همدلی توانایی مهمی است که فرد را با احساسات افکار دیگران هماهنگ می‌کند، او را به دنیای اجتماعی پیوند می‌زند، کمک به دیگران را برای وی تسهیل می‌کند و از آسیب به دیگران جلوگیری می‌کند. این ویژگی، رفتارهای اجتماعی را بر می‌انگیزد و انسجام درمانی را در پی دارد (اوزونی، ۲۰۱۲). همچنین، ایجاد همدلی برای برقراری روابط و رفتار دلسوزانه بسیار مهم است و سبب می‌شود تا افراد در مقابل مورد آزار قرار گرفتن هم‌نوعان خود واکنش نشان‌دهنده، روابط دوستانه برقرار کنند و تصمیمات اخلاقی بگیرند. انسان‌ها از کودکی علائم همدلی را نشان می‌دهند و این ویژگی در مسیر رشد از کودکی و نوجوانی به بزرگسالی به‌طور پیوسته رشد می‌کند (الیوت، بوهارت، واتسون و مورفی، ۲۰۱۸). افراد معمولاً وقتی قادرند عواطف و احساسات خود را درک و کنترل کنند و با احساسات دیگران همدردی کنند، می‌توانند در اداره روابط خود مؤثر باشند (واتسون، استیکلی و مک‌مولن، ۲۰۱۳)، این ویژگی در روان‌درمانگران نیز بسیار حائز اهمیت است چرا که سبب می‌شود به راحتی بتوانند افراد را متقاعد کنند و این تجلی آمیخته‌ای از خودآگاهی، خودنظم‌دهی و همدلی است. روان‌درمانگرانی که در همدلی نقص دارند، ممکن است به خوبی نتوانند فرایند هیجانی مراجع را درک کرده و فرایند درمان عملاً بی‌فایده خواهد بود (اولیس، ۲۰۱۴).

در یک مطالعه سیستماتیک در مورد بهبود ارتباط بین درمانگر و بیمار گزارش شده با تغییراتی مانند تشویق بیماران به سؤال کردن در مورد مسائلی که برای او نگران کننده است و افزایش فهم درمانگران از انتظارات و نگرانی‌های بیماران، تقویت توجه به احساسات بیماران و همدلی با آن‌ها در بیش از ۵۰ درد موارد بهبودی مراجعان را افزایش داده است. به علاوه کیفیت داده‌هایی که طی شرح حال و معاینات توسط درمانگر از بیمار کسب می‌شود با افزایش همدلی بهبود یافته و از آنجایی که ۶۰ تا ۸۰ درصد تشخیص و تصمیم‌های درمانی بر مبنای نتایج حاصل از شرح حال‌گیری انجام می‌شود به پروسه تشخیص نیز کمک می‌کند (یقینی، ۱۳۹۴). علاوه بر موارد گفته شده بر اساس پژوهش کوترا، ملکسول-جونز، ادواردز و نیوتون (۲۰۲۱) یکی دیگر از عواملی که بررسی آن در روان‌درمانگران حائز اهمیت است، شفقت به خود می‌باشد. پژوهش همچنین در این راستا نشان داده است که یکی از عوامل مهم در روابط بین فردی و تعاملات انسانی، بررسی احساس شفقت ورزی است که می‌تواند از طریق همدلی خود را نشان دهد (تران، ها، چائو، دانگ و نگو، ۲۰۲۲) و برآیندهای پژوهشی از رابطه مثبت و معنادار بین همدلی با میزان بالای شفقت ورزی حمایت می‌کنند (کریسان، کاناچه، بوکسا و نچیتا، ۲۰۲۲). اگرچه روان‌شناسان زمان زیادی را در کارهای تجربی خود صرف بررسی همدلی و شفقت نسبت به دیگران کرده‌اند، اما شفقت به خود اخیراً مورد بررسی قرار گرفته است. از سال ۲۰۰۳ که نف این سازه را تعریف کرد و ابزارهایی برای سنجش آن ارائه داد تا سال ۲۰۱۷، ۱۸۴۰

1. empathy

پژوهش در این زمینه صورت گرفته بود (گرمر و نف، ۲۰۱۹). شفقت به خود^۱، به معنای در ارتباط بودن با رنج و درد خود بجای خودداری و یا قطع رابطه با آن، به وجود آوردن رغبت به برطرف کردن درد و مهربانی نمودن با خود می‌باشد. همچنین در بر گیرنده‌ی قضاوت‌های بی‌مورد در مورد بی‌کفایتی، درد و شکست‌ها می‌باشد، زیرا تجربه فردی جزئی از تجارب بزرگتر شخص می‌باشد (بوتز و استالبرگ، ۲۰۲۰). افزون بر این، شفقت به خود توانایی تبدیل درک، پذیرش و عشق به شکل درونی است. بسیاری از روان‌درمانگران می‌توانند نسبت به دیگران شفقت نشان دهند، اما برای گسترش همان شفقت نسبت به خودشان دچار مشکل می‌شوند (لاندر، ۲۰۱۹). در حالی که شفقت لازمه توجه به خود با همان مهربانی، نگرانی و حمایتی است که نسبت به یک دوست خوب نشان می‌دهیم. این ویژگی در افراد موجب مهربانی کردن با خود در صورت بروز تفکرات منفی می‌گردد. همچنین روند درگیر شدن با چالش‌ها و توسعه مهارت‌ها را برای مقابله با مشکلات آسان می‌سازد. هنگام مواجهه با کشمکش‌های زندگی و یا مقابله با اشتباهات و نقص‌ها خودشفقتی بجای قضاوت نابجا با خودمهربانی به این عوامل پاسخ می‌دهد، به رسمیت شناختن این ناتکاملی بخشی از تجربه مشترک انسانی است (گیلبرت، مک‌ایوان، متیوس و رایویس، ۲۰۱۴) و از این رو می‌تواند عملکرد درمانگران را حتی در شرایط چالش برانگیز در وضعیت تعادل نگه دارد (وانگ، چن، پون، تنگ و جین، ۲۰۱۶).

یکی از درمان‌های موج سوم شناختی رفتاری که می‌تواند به درمانگران در جنبه‌های کلیدی فرایند درمان کمک کند و اهمیت زیادی برای عواطف مثبت در فرآیند درمانی قائل است، درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی است (مک‌بث و گاملی، ۲۰۱۲). درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی^۲، یک پروتکل استاندارد از درمان‌های ذهنی-بدنی که شامل مراقبه ذهن آگاهی، آموزش به افراد و پشتیبانی گروهی است که توسط کابات زین (۱۹۷۹) بنیانگذار و مدیر سابق کلینیک کاهش استرس در مرکز پزشکی دانشگاه ماساچوست مطرح شد (اکونومایدز، مارتمن، بل و ساندرسون، ۲۰۱۸) و به صورت یک برنامه هشت هفته‌ای مبتنی بر شواهد است که برای کمک به افراد برای کاهش استرس، اضطراب، افسردگی و درد به کار برده می‌شود (کریاکوس، الیوت، لامرز و اون، ۲۰۲۱). به طور کلی، ترس‌ها و ناامنی‌ها در مورد گذشته و آینده می‌تواند درک کامل از حال را برای افراد دشوار کند. نکته اصلی یادگیری نحوه توجه است. ذهن آگاهی می‌تواند از طریق تمرینات مراقبه در طول روز اتفاق بیفتد. برای پرورش یک حالت ذهن آگاهانه، می‌توان با نشستن و نفس کشیدن عمیق شروع کرد سپس روی هر نفس و احساسات لحظه‌ای مانند صداها، بوها، درجه حرارت و احساس ورود هوا به داخل بدن و خروج آن تمرکز کرد (میسن، ۲۰۱۶). این درمان از تمایل فرد به اجتناب از افکار و احساسات دردناک جلوگیری می‌کند و به افراد اجازه می‌دهد تا آن‌ها را حتی اگر ناخوشایند هستند متحول کنند. همچنین افراد با استفاده از مهارت‌های مدیریت ذهن و آگاهی، تفکرات منفی را به راحتی می‌پذیرند و به دنبال واکنش‌های مفیدتری برای آن‌ها می‌گردند. به عبارتی این بینش می‌تواند به افراد کمک کند تا با یادگیری افکار مثبت به جای افکار منفی آن‌ها را خنثی کنند (تیکل و همکاران، ۲۰۱۹).

درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تسکین پریشانی روان‌شناختی از طریق تغییر نوع رابطه فرد با مشکلاتش و داشتن نگرش غیرقضاوتی و همراه با شفقت درمانگران نسبت به بیماران است که فرآیند درمان را ارتقاء می‌دهند (مک‌بث و گاملی، ۲۰۱۲). با وجود اینکه نتایج مطالعات پیشین نشان می‌دهند که شناخت

1. self-compassion

2. mindfulness based cognitive therapy

درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی منجر به افزایش چشمگیر همدلی (سنتینو، ۲۰۲۰)، افزایش خودآگاهی بدنی (دی‌جونگ و همکاران، ۲۰۱۶) و شفقت به خود در روان‌درمانگران می‌شود (خیمنز، یلا، کرگو، ملرو و گومز، ۲۰۲۲)، و انجام چنین مطالعه‌ای موجب می‌گردد تا مؤثرترین درمان‌ها مشخص گردند و در مراکز خدمات مشاوره و روان‌درمانی مورد استفاده کارورزان و درمانگران قرار گیرد. در صورتی که درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی یک درمان بسیار منعطف، ساده، قابل اجرا در همه شرایط و با کمترین میزان فشار روانی است. بر این اساس و با توجه به خلا پژوهشی ذکر شده در زمینه مقایسه میزان تأثیر درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر متغیرهای خودآگاهی هیجانی، همدلی و شفقت به خود، این پژوهش در پی یافتن پاسخ این پرسش است که آیا درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر خودآگاهی هیجانی، همدلی و شفقت به خود در کارآموزان روان‌درمانگری تأثیر دارد؟

روش پژوهش

پژوهش از نظر هدف کاربردی و شیوه اجرای آن نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون-پیگیری و گروه گواه می‌باشد. برای آزمودنی‌های گروه آزمایش جلسات مداخله به صورت گروهی با توجه به پروتکل‌های مشخص درمانی، اجرا گردید. اما آزمودنی‌های گروه گواه هیچ برنامه مداخلاتی را دریافت نمی‌کنند و در لیست انتظار درمان قرار می‌گیرند. جامعه آماری این پژوهش متشکل از کلیه کارآموزان زن روان‌درمانگری شهر تهران در سه ماهه چهارم سال ۱۴۰۰ بود که منظور از کارآموزان افراد هستند که حداقل دارای مدرک تحصیلی کارشناسی ارشد در یکی از رشته‌های روان‌شناسی و مشاوره و گرایش‌های مربوطه بوده و در یکی از مراکز دولتی و خصوصی دارای مجوز از مراجع ذیصلاح به صورت تمام وقت و یا پاره وقت مشغول به فعالیت کارآموزی باشند. از آنجایی که کارآموزان روان‌درمانگری به‌عنوان جامعه مورد تحقیق در مناطق مختلف تهران مشغول به کار بودند و این گستردگی و پراکندگی دسترسی به تمامی کارورزان روان‌درمانگری امکان‌پذیر نبود؛ بنابراین از روش نمونه‌گیری در دسترس برای انتخاب نمونه مورد نظر استفاده شد. برای انتخاب نمونه، از بین مراکز روان‌درمانی شهر تهران ۳۰ مرکز شامل ۵ مرکز دولتی و ۲۵ مرکز خصوصی مایل به همکاری در اجرای پژوهش بودند. سپس از بین این مراکز ۳۰ نفر انتخاب و به‌صورت تصادفی ۱۵ نفر در گروه آزمایش، و ۱۵ نفر در گروه گواه جایگذاری شد. با توجه به مطالعات پیشین، طرح پژوهش (دلاور، ۱۳۹۹) و بدلیل مداخله به‌صورت گروهی (ترال و پرینستین، ۲۰۱۳، ترجمه فیروزبخت، ۱۳۹۹) که حجم نمونه مکفی برای هر گروه را در کارهای نیمه‌آزمایشی ۱۵ نفر پیشنهاد کرده‌اند، در این مطالعه نیز برای هر گروه ۱۵ نفر در نظر گرفته شد.

ملاک‌های ورود: داشتن حداقل تحصیلات کارشناسی ارشد در رشته‌های روان‌شناسی و مشاوره و گرایش‌های مربوطه، دامنه سنی (۲۷ تا ۴۵ سال)، شرکت در یکی از برنامه‌های روان‌درمانگری به‌عنوان کارآموز، حداقل ۳ ماه مداوم از ورود کارآموزان روان‌درمانگری به کارآموزی گذشته باشد، تمایل و رضایت آگاهانه به شرکت در تحقیق و جلسات درمان در نظر گرفته شده است، شرکت در سه دوره مداخله در پژوهش (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری). ملاک‌های خروج: سابقه مصرف مواد مخدر، الکل و یا ابتلا به اختلال روانی تشخیص داده شده، اعلام نارضایتی از شرکت در دوره‌های مداخله، پاسخدهی ناقص به پرسشنامه‌ها در مراحل سنجش، غیبت بیش از ۱ جلسه در جلسات مداخله و نقص در پرسشنامه‌های پس‌آزمون.

گردآوری داده‌ها به دو روش کتابخانه‌ای و میدانی صورت می‌گیرد. در روش کتابخانه‌ای جهت گردآوری داده‌های پژوهش، بخشی از کار به صورت نظریه انجام می‌شود که در این بخش از کتاب‌ها، مقالات، رساله‌ها و پژوهش‌ها و جستجوی کامپیوتری جهت دستیابی به مقالات و رساله‌های خارج از کشور استفاده می‌گردد. در روش میدانی نیز با توجه به اهداف پژوهش و ماهیت آن، مناسب‌ترین روش برای گردآوری اطلاعات مورد نیاز، استفاده از تکمیل پرسشنامه و شرکت در جلسات مداخله می‌باشد. علت انتخاب این روش به عنوان یک روش جمع‌آوری اطلاعات، اقتضای هدف پژوهش و لزوم کسب اطلاعات معتبر است. بدین منظور پس از انتخاب افراد نمونه و کسب مجوز جهت انجام کارهای اجرایی پژوهش و توجه به اصول اخلاقی پژوهش، محقق اقدام به توزیع پرسشنامه‌های خودگزارشی در بین افراد شرکت کننده در پژوهش نمود (مرحله پیش‌آزمون). سپس جلسات درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی طی ۸ جلسه به صورت هفتگی و گروهی بر روی آزمودنی‌های گروه آزمایش اجرا گردید. در نهایت پس از اتمام جلسات مداخله مجدداً پرسشنامه‌های خودگزارشی به افراد هر دو گروه داده شد که پاسخ دهند (مرحله پس‌آزمون). همچنین بعد از گذشت ۲ ماه از مرحله پس‌آزمون افراد هر سه گروه به سئوالات پرسشنامه‌های خودگزارشی به عنوان مرحله پیگیری پاسخ دادند. بعد از جمع‌آوری داده‌ها اطلاعات گردآوری شده با آزمون‌های آماری مناسب مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

ابزار پژوهش

۱. پرسشنامه خودآگاهی هیجانی: نسخه تجدیدنظر شده پرسشنامه خودآگاهی هیجانی توسط ریفی، مروم، تروگت، پتریدز، کووان^۱ و همکاران (۲۰۰۸) برای توصیف ۶ جنبه از کارکرد هیجانی یعنی تمایز هیجان‌ها، مشارکت کلامی هیجان‌ها، آشکارسازی هیجان‌ها، آگاهی بدنی، توجه به هیجان‌های دیگران و تحلیل هیجان‌ها طراحی شده است. پرسشنامه دارای ۳۰ گویه است و در یک طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای (از خیلی موافقم نمره ۵ نمره تا خیلی مخالفم ۱ نمره) تکمیل می‌شود. ریفی و همکاران (۲۰۰۸) در یک نمونه ۶۶۵ نفری از دانش‌آموزان، همسانی درونی گویه‌های پرسشنامه را در نسخه اصلی برای ۶ جنبه هیجانی به ترتیب ۰/۷۴، ۰/۷۷، ۰/۷۶، ۰/۷۴، ۰/۷۷ و ۰/۷۷ به دست آورده‌اند. همچنین در تحلیل عاملی انجام شده بر روی نسخه اصلی پرسشنامه خودآگاهی هیجانی که نشانگر ساختار عاملی مناسب پرسشنامه است، سازندگان (ریفی و همکاران، ۲۰۰۸) ۶ عامل را شناسایی کرده‌اند که مجموعاً ۴۹٪ درصد واریانس را تبیین می‌کنند. ویژگی‌های روانسنجی این پرسشنامه در ایران توسط یوسفی و طغیانی (۱۳۹۸) مورد بررسی قرار گرفت. در پژوهش ذکر شده نتایج تحلیل عاملی اکتشافی به روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی نشانگر این بود که مجموع مؤلفه‌ها ۵۲/۱۳ از واریانس کل را تبیین می‌کند. تحلیل عاملی تأییدی نیز نشانگر برازش مطلوب مدل استخراج شده بود. ضریب اعتبار پرسشنامه به روش بازآزمایی برای کل پرسشنامه ۰/۸۲ و برای مؤلفه‌ها بین ۰/۶۶ تا ۰/۷۹ محاسبه شد. همچنین محاسبه ضرایب همبستگی بین مؤلفه‌های هیجان آگاهی و مقیاس نارسایی هیجانی و هوش هیجانی نشان داد که پرسشنامه فوق از روایی ملاکی بالا و خوبی برخوردار است؛ بنابراین پرسشنامه هیجان آگاهی دارای ویژگی‌های روانسنجی لازم برای نمونه ایرانی می‌باشد. در پژوهش

۱. Rieffe, Meerum, Terwogt, Petrides & Cowan

حاضر پایایی پرسشنامه خودآگاهی هیجانی کل با ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۱ و زیرمقیاس‌های آن در دامنه بین ۰/۵۴ الی ۰/۹۵ محاسبه شد.

۲. پرسشنامه همدلی: این ابزار که مهرابیان و اپستین (۱۹۷۲) آن را طراحی نمودند یک مقیاس ۳۳ گویه‌ای است که پاسخ‌های عاطفی فرد به واکنش‌های عاطفی دیگران را مورد سنجش قرار می‌دهد و در یک طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای (از خیلی موافقم ۵ نمره تا خیلی مخالفم ۱ نمره) تکمیل می‌شود. حداقل و حداکثر نمره آزمودنی در مقیاس همدلی به ترتیب ۳۳ و ۲۹۷ می‌باشد. مهرابیان و اپستین (۱۹۷۲) برای تعیین روایی^۱ این ابزار از تحلیل عاملی استفاده و اعتبار آن را بر اساس ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ گزارش کرده‌اند. در ایران ویژگی‌های روانسنجی این مقیاس توسط بشارت، خدابخش، فراهانی و رضازاده (۱۳۹۰) در نمونه‌ای متشکل از ۹۲۴ نفر بررسی شد و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱ به دست آمد که نشانه همسانی درونی خوب آن است. به منظور بررسی روایی سازه این مقیاس، از تحلیل عاملی اکتشافی با روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی استفاده شد که توانست ۰/۶۷ از واریانس کل را تبیین کند. روایی همگرا و افتراقی آن از طریق اجرای همزمان سیاهه سلامت روانی و فهرست عواطف مثبت و منفی محاسبه شد. نتایج ضرایب همبستگی پیرسون نشان داد که نمره آزمودنی‌ها در مقیاس همدلی عاطفی با بهزیستی روان‌شناختی و عواطف مثبت همبستگی مثبت و با درماندگی روان‌شناختی و عواطف منفی همبستگی منفی دارد. این نتایج روایی همگرا و افتراقی مقیاس همدلی عاطفی را تأیید می‌نماید. در پژوهش حاضر پایایی پرسشنامه همدلی با ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۵ محاسبه شد.

۳. پرسشنامه شفقت به خود: در این پژوهش نمره‌ای که آزمودنی در پرسشنامه شفقت به خود نف (۲۰۰۳) کسب کرده است، به عنوان میزان برخورداری آزمودنی از شفقت به خود در نظر گرفته شد. این مقیاس دارای ۲۶ سؤال است که به صورت مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای (از تقریباً هرگز ۱ نمره تا تقریباً همیشه ۵ نمره) پاسخ داده می‌شود. در این مطالعه نمره کل حاصل از این پرسشنامه به عنوان نمره کل شفقت‌ورزی به خود در نظر گرفته شد. سؤالات ۱، ۲، ۴، ۶، ۸، ۱۱، ۱۳، ۱۶، ۱۸، ۲۰، ۲۱، ۲۴ و ۲۵ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. ابعاد منفی به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. نف ضرایب پایایی شش خرده مقیاس را از ۰/۷۲ تا ۰/۸۵ گزارش کرده است و ضریب پایایی کل آزمون از طریق باز آزمایی ۰/۹۳ گزارش شده است (نف، ۲۰۰۳). پژوهشگران ایرانی در پژوهشی تحت عنوان ویژگی‌های مقیاس خوددلسوزی در بین دانشجویان، ضرایب پایایی شش خرده مقیاس را ۰/۸۳ تا ۰/۸۹ گزارش کرده‌اند و تحلیل عاملی این ابزار با استفاده از روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی و چرخش واریماکس در مجموع ۷۵/۱۱ درصد واریانس کل مقیاس را تبیین می‌کند (کرد و باباخانی، ۱۳۹۵). همسانی درونی این پرسشنامه در پژوهش دیگر داخل کشور برای مؤلفه‌های مهربانی با خود، قضاوت نسبت به خود، اشتراکات انسانی، انزوا، ذهن‌آگاهی و همانندسازی افراطی به ترتیب ۰/۷۶، ۰/۸۸، ۰/۸۹، ۰/۹۱، ۰/۸۴ و ۰/۸۳ گزارش شد (رضایپور، ذاکری، امینی و اسلامی‌فرد،

1. validity

۱۴۰۰). در پژوهش حاضر پایایی پرسشنامه شفقت به خود کل ۰/۸۹ و زیرمقیاس‌های آن در دامنه بین ۰/۵۱ الی ۰/۹۵ محاسبه شد.

۴. پروتکل اجرای درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی

جدول ۱. پروتکل ۸ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای مداخله درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی (باون و مارلات،

(۲۰۱۱)

جلسات	شرح
اول	معرفی شرکت‌کنندگان و شرح مختصری از ۸ جلسه تکنیک خوردن کشمش و سپس به مدت ۳۰ دقیقه مدیتیشن اسکن بدن. تکلیف خانگی: حضور در لحظه و بسط دادن تکنیک خوردن کشمش به سایر فعالیت‌ها. انجام مدیتیشن اسکن بدن و بحث در مورد آن. بررسی تکالیف خانگی،
دوم	تفاوت بین افکار و احساسات. انجام مدیتیشن. تکلیف: ذهن آگاهی یک رویداد خوشایند، انجام مدیتیشن نشسته و اسکن بدن تمرین دیدن و شنیدن، مدیتیشن نشسته،
سوم	بحث در مورد تکالیف خانگی، انجام یکی از تمرین‌های حرکات ذهن آگاه. تکالیف: مدیتیشن نشسته، اسکن بدن، تمرین ۳ دقیقه‌ای فضای تنفسی مدیتیشن نشسته همراه با توجه به تنفس، بحث در مورد پاسخ‌های استرس و واکنش یک فرد به موقعیت‌های دشوار.
چهارم	تمرین قدم زدندهن آگاه. تکالیف: مدیتیشن نشسته، اسکن بدن یا یکی از حرکات بدنی ذهن آگاه و تمرین فضای تنفسی ۳ دقیقه‌ای (در یک رویداد ناخوشایند). انجام مدیتیشن نشسته.
پنجم	ارائه و اجرای حرکات ذهن آگاه بدن. تکالیف: مدیتیشن نشسته، فضای تنفسی سه دقیقه‌ای در یک رویداد ناخوشایند و ذهن آگاهی یک فعالیت جدید روزمره. تمرین فضای تنفسی سه دقیقه‌ای.
ششم	بحث در مورد تکالیف خانگی. ارائه تمرینی با عنوان خلق، فکر، دیدگاه‌هایی جداگانه. پذیرش احساسات به عنوان احساس.
هفتم	تکالیف: انتخاب ترکیبی از مدیتیشن‌ها که ترجیح شخصی باشد به علاوه انجام فضای تنفسی سه دقیقه‌ای در یک رویداد ناخوشایند و ذهن آگاهی یک فعالیت جدید روزمره. مدیتیشن چهار بعدی.

تمرین جلسه: بهترین راه مراقبت از خودم چیست.

آموزش پذیرش بدون قضاوت و داوری.

تکالیف: مدیتیشن، تمرین تنفسی سه دقیقه‌ای در یک رویداد ناخوشایند، ذهن‌آگاهی یک فعالیت روزمره‌ی

جدید.

اسکن بدن.

تمرین فضای تنفسی سه دقیقه‌ای.

هشتم

بحث در مورد روش‌های کنار آمدن با موانع انجام مدیتیشن.

مطرح شدن سؤالاتی در مورد کل جلسات

روش اجرا

در این پژوهش به منظور جانبداری از حقوق آزمودنی‌ها و حفظ حریم خصوصی و انسانی آن‌ها، ملاحظات زیر رعایت شد: فرایند کار و مدت زمان لازم برای آن، به طور کامل برای آزمودنی‌ها توضیح داده شد. از آزمودنی‌ها برای حضور در پژوهش به صورت کتبی رضایت گرفته شد. به منظور رعایت حریم خصوصی افراد، در پرسشنامه‌ها و گزارش‌ها از ذکر نام آزمودنی‌ها اجتناب شد. به شرکت‌کنندگان ابلاغ شد که نتایج در صورت تمایل برای آن‌ها تفسیر شده و اینکه به افراد اطلاع داده شد که مشارکت در تحقیق موجب هیچ‌گونه بار مالی برای شرکت‌کنندگان نمی‌گردد.

برای تحلیل داده‌ها از دو روش آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد. در بخش آمار توصیفی از میانگین و انحراف معیار و در بخش آمار استنباطی به منظور سنجش فرضیه‌های پژوهش از تحلیل واریانس دو عاملی با اندازه‌گیری‌های مکرر روی یک عامل (تحلیل واریانس آمیخته)، آزمون تعقیبی بنفرونی و آزمون میانگین دو گروه وابسته (با استفاده از تفاوت زوج نمره‌ها) استفاده شده است. جهت آزمون فرضیه‌های پژوهش چهار نکته شامل ضرایب اعتبار پرسش‌نامه‌های مورد استفاده در پژوهش حاضر (با استفاده از روش بازآزمایی)، بررسی بهنجار بودن توزیع داده‌های پژوهش (آزمون آماری کولموگروف-اسمیرنوف)، همگن بودن دو گروه پژوهشی در نمره‌های پیش‌آزمون (تحلیل واریانس یک راهه) و همگن بودن دو گروه پژوهشی در متغیرهای جمعیت شناختی سن و میزان تحصیلات (تحلیل واریانس یک راهه و مجذور خی دو) مورد بررسی قرار گرفته است. همچنین نرم‌افزار آماری مورد استفاده در این پژوهش SPSS نسخه ۲۶ بود.

یافته‌ها

میانگین (انحراف معیار) سن شرکت‌کنندگان گروه آزمایش ۳۸/۸ (۱۰/۱) و گروه گواه ۳۹/۹ (۱۰/۵) بود. همچنین کمینه و بیشینه سن در گروه آزمایش ۲۹ و ۴۳ سال و در گروه گواه، ۲۷ و ۴۲ سال بود.

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد داده‌های پژوهش

متغیر	مؤلفه	نوبت اجرا	درمان شناختی مبتنی بر	گواه
			ذهن‌آگاهی	
			میانگین	میانگین
			انحراف استاندارد	انحراف استاندارد
تمایز هیجان	پیش‌آزمون	۱۳/۰۰	۰/۷۶	۱۲/۹۳
				۰/۸۰

۰/۷۶	۱۳/۰۰	۰/۸۳	۱۵/۴۷	پس آزمون	ها	خودآگاهی
۰/۸۰	۱۳/۰۷	۰/۸۲	۱۵/۳۳	پیگیری		هیجانی
۰/۷۰	۴/۲۷	۰/۷۲	۴/۳۳	پیش آزمون	مشارکت	
۰/۹۲	۴/۵۳	۰/۶۸	۶/۲۰	پس آزمون	کلامی	
۰/۹۹	۴/۶۰	۰/۷۴	۶/۱۳	پیگیری		
۰/۸۲	۱۰/۶۷	۰/۷۸	۱۰/۸۰	پیش آزمون	آشکار سازی	خودآگاهی
۰/۹۹	۱۰/۸۷	۰/۶۴	۱۲/۴۷	پس آزمون	هیجان ها	هیجانی
۱/۱۰	۱۰/۹۳	۰/۷۴	۱۲/۴۰	پیگیری		
۰/۸۳	۱۱/۱۳	۰/۹۲	۱۱/۴۷	پیش آزمون	آگاهی بدنی	
۰/۸۶	۱۱/۲۰	۰/۹۱	۱۳/۱۳	پس آزمون		
۰/۸۸	۱۱/۲۷	۰/۹۶	۱۳/۰۷	پیگیری		
۰/۶۳	۱۲/۴۷	۰/۶۳	۱۲/۴۰	پیش آزمون	توجه به	
۰/۶۴	۱۲/۵۳	۱/۳۶	۱۵/۰۰	پس آزمون	هیجان	
۰/۶۲	۱۲/۶۰	۱/۲۸	۱۴/۹۳	پیگیری		
۰/۸۰	۱۲/۷۳	۰/۷۰	۱۲/۹۳	پیش آزمون	تحلیل هیجان	
۰/۸۳	۱۲/۸۷	۱/۳۰	۱۴/۵۳	پس آزمون		
۰/۹۴	۱۲/۸۰	۱/۰۵	۱۴/۳۳	پیگیری		
۴/۰۶	۱۱۸/۳۳	۴/۰۰	۱۱۸/۱۳	پیش آزمون		همدلی
۴/۴۵	۱۱۸/۸۷	۱۰/۰۷	۱۴۴/۹۳	پس آزمون		
۴/۶۲	۱۱۸/۸۰	۱۰/۱۳	۱۴۴/۸۷	پیگیری		
۰/۹۲	۱۴/۵۳	۰/۹۰	۱۴/۳۳	پیش آزمون	مهربانی با خود	شفقت به
۰/۹۶	۱۴/۷۳	۱/۷۱	۱۹/۶۷	پس آزمون		خود
۰/۹۸	۱۴/۶۷	۱/۷۲	۱۹/۶۰	پیگیری		
۱/۰۶	۱۳/۸۷	۱/۱۰	۱۴/۰۷	پیش آزمون	قضاوت نسبت	
۱/۱۳	۱۴/۰۰	۱/۸۱	۱۸/۴۷	پس آزمون	به خود	
۱/۲۲	۱۴/۰۷	۱/۷۶	۱۸/۴۰	پیگیری		
۰/۶۲	۷/۶۷	۰/۵۲	۷/۵۳	پیش آزمون	اشتراکات	شفقت به
۰/۶۸	۷/۸۰	۱/۴۶	۱۲/۵۳	پس آزمون	انسانی	خود
۰/۸۳	۷/۸۷	۱/۶۰	۱۲/۴۷	پیگیری		
۰/۵۱	۴/۵۳	۰/۵۲	۴/۵۳	پیش آزمون	انزوا	
۰/۸۶	۴/۸۰	۱/۴۵	۱۲/۳۳	پس آزمون		
۰/۸۸	۴/۹۳	۱/۵۷	۱۲/۲۰	پیگیری		
۰/۵۱	۴/۶۰	۰/۵۲	۴/۵۳	پیش آزمون	ذهن آگاهی	
۰/۶۲	۴/۶۷	۱/۳۳	۹/۷۳	پس آزمون		
۰/۶۸	۴/۸۰	۱/۳۴	۹/۶۷	پیگیری		
۰/۸۰	۶/۹۳	۰/۸۴	۷/۰۰	پیش آزمون	هماندسازی	
۰/۹۶	۷/۰۷	۱/۴۴	۱۱/۷۳	پس آزمون	افراطی	
۱/۰۱	۷/۲۰	۱/۳۴	۱۱/۶۷	پیگیری		

طبق نتایج جدول ۲، میانگین ابعاد تمام متغیرها که بار معنایی مثبت دارند، در مرحله پس آزمون و پیگیری گروه آزمایش با افزایش میانگین همراه بوده است، در صورتی که در گروه گواه این تغییر مشاهده نشد.

جدول ۳. نتایج آزمون توزیع طبیعی نمره‌ها و آزمون همگنی واریانس‌ها

متغیر	گروه	کولموگروف-اسمیرنف		آزمون لوین		موخلی	
		درجه آزادی	آماره	درجه آزادی	آماره	موخلی	معناداری
تمایز هیجان‌ها	آزمایش	۱۵	۰/۵۳۲	۲۸	۱/۵۰	۰/۸۴	۰/۱۶
	گواه	۱۵	۰/۷۴۸	۲۸	۰/۲۴۵	۳/۱۵	۰/۱۶
مشارکت کلامی	آزمایش	۱۵	۰/۸۲۲	۲۸	۲/۳۳	۰/۹۱	۰/۲۷
	گواه	۱۵	۰/۷۸	۲۸	۰/۱۸	۲/۶۹	۰/۲۷
آشکار سازی هیجان‌ها	آزمایش	۱۵	۰/۸۲۲	۲۸	۲/۳۹۱	۰/۸۴	۰/۴۷
	گواه	۱۵	۰/۹۳۳	۲۸	۰/۱۳۳	۳/۱۶	۰/۴۷
آگاهی بدنی	آزمایش	۱۵	۰/۵۳۲	۲۸	۱/۷۵۴	۰/۷۷	۰/۳۵
	گواه	۱۵	۰/۷۴۸	۲۸	۰/۱۹۶	۲/۵۵	۰/۳۵
توجه به هیجان	آزمایش	۱۵	۱/۰۷	۲۸	۰/۸۴۲	۰/۹۳	۰/۳۰
	گواه	۱۵	۰/۷۴۵	۲۸	۰/۳۶۷	۲/۶۷	۰/۳۰
تحلیل هیجان	آزمایش	۱۵	۱/۰۱۱	۲۸	۱/۲۴۶	۰/۹۵	۰/۴۶
	گواه	۱۵	۰/۶۲۷	۲۸	۰/۲۷۴	۲/۹۹	۰/۴۶
همدلی	آزمایش	۱۵	۰/۹۱۲	۲۸	۰/۱۵۷	۰/۸۰	۰/۳۳
	گواه	۱۵	۰/۷۳۱	۲۸	۰/۶۹۵	۳/۱۸	۰/۳۳
مهربانی با خود	آزمایش	۱۵	۰/۶۲۰	۲۸	۱/۰۷۰	۰/۸۹	۰/۳۶
	گواه	۱۵	۰/۹۷۳	۲۸	۰/۲۲۱	۲/۱۸	۰/۳۶
قضاوت نسبت به خود	آزمایش	۱۵	۰/۴۳۷	۲۸	۲/۷۰۲	۰/۸۵	۰/۲۴
	گواه	۱۵	۰/۵۴۵	۲۸	۰/۱۱۲	۲/۴۴	۰/۲۴
اشتراکات انسانی	آزمایش	۱۵	۱/۴۱	۲۸	۰/۸۴۲	۰/۹۳	۰/۳۰
	گواه	۱۵	۰/۷۸	۲۸	۰/۳۶۷	۲/۶۷	۰/۳۰
انزوا	آزمایش	۱۵	۰/۸۱	۲۸	۲/۳۹۱	۰/۸۴	۰/۴۷
	گواه	۱۵	۰/۹۷	۲۸	۰/۱۳۳	۳/۱۶	۰/۴۷
ذهن آگاهی	آزمایش	۱۵	۰/۸۱	۲۸	۰/۱۵۷	۰/۸۰	۰/۳۳
	گواه	۱۵	۰/۹۳۳	۲۸	۰/۶۹۵	۳/۱۸	۰/۳۳
هماندسازی افراطی	آزمایش	۱۵	۱/۰۷	۲۸	۱/۷۵۴	۰/۷۷	۰/۳۵
	گواه	۱۵	۰/۶۲۷	۲۸	۰/۱۹۶	۲/۵۵	۰/۳۵

نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر چند متغیری در بین گروه‌های مورد مطالعه در متغیرهای پژوهش نشان داد اثر بین آزمودنی (گروه) معنادار می‌باشد و این اثر بدین معنی است که حداقل یکی از گروه‌ها با یکدیگر در حداقل یکی از متغیرهای پژوهش و تفاوت دارند. اثر درون آزمودنی (زمان) برای متغیرهای

پژوهش نیز معنادار بود که بدین معنی است که در طی زمان از پیش آزمون تا پیگیری حداقل در یکی از متغیرهای میانگین با تغییر همراه بوده است.

جدول ۴. تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای مقایسه پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در

گروه‌های آزمایش و گواه

مقیاس	منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	مجذورات انا
تمایز هیجان ها	زمان*گروه	۳۲/۲۸۹	۲	۶۶/۱۴۴	۲۰/۴۹۲	۰/۰۰۱	۰/۵۲۹
	گروه	۵۴/۱۵۰	۱	۵۴/۱۵۰	۱۰/۸۰۴	۰/۰۰۳	۰/۲۷۸
مشارکت کلامی	زمان*گروه	۱۷۰/۵۵۶	۲	۸۵/۲۷۸	۲۵/۶۳۲	۰/۰۰۱	۰/۴۲۳
	گروه	۸۱/۶۶۷	۱	۸۱/۶۶۷	۱۹/۶۵۶	۰/۰۰۱	۰/۴۱۲
آشکار سازی هیجان ها	زمان*گروه	۱۰۸۶/۴۶۷	۲	۵۴۳/۲۳۳	۶۳/۹۶۴	۰/۰۰۱	۰/۶۹۶
	گروه	۴۶۴/۸۱۷	۱	۴۶۴/۸۱۷	۶۰/۳۴۷	۰/۰۰۱	۰/۶۸۳
آگاهی بدنی	زمان*گروه	۱۷۹/۲۸۹	۲	۸۹/۶۴۴	۳۱/۴۱۹	۰/۰۰۱	۰/۵۱۵
	گروه	۴۸/۶۰۰	۱	۴۸/۶۰۰	۱۲/۸۶۲	۰/۰۰۱	۰/۳۱۵
توجه به هیجان	زمان*گروه	۲۶۱/۶۲۲	۲	۱۳۰/۸۱۱	۴۶/۵۷۳	۰/۰۰۱	۰/۴۷۸
	گروه	۸۱/۶۶۷	۱	۸۱/۶۶۷	۲۱/۲۳۵	۰/۰۰۱	۰/۴۳۳
تحلیل هیجان	زمان*گروه	۸۶۱/۸۰۰	۲	۴۳۰/۹۰۰	۸۸/۵۷۰	۰/۰۰۱	۰/۷۶۰
	گروه	۵۵۲/۱۵۰	۱	۵۵۲/۱۵۰	۷۸/۳۵۰	۰/۰۰۱	۰/۷۳۷
همدلی	زمان*گروه	۱۰۶/۴۶۷	۲	۵۳/۲۳۳	۱۵/۷۹۰	۰/۰۰۱	۰/۳۶۱
	گروه	۸۸/۸۱۷	۱	۸۸/۸۱۷	۱۶/۹۵۶	۰/۰۰۱	۰/۳۷۷
مهربانی با خود	زمان*گروه	۷۱۷/۸۰۰	۲	۳۵۸/۹۰۰	۴۱/۲۰۴	۰/۰۰۱	۰/۵۹۵
	گروه	۴۴۰/۳۵۶	۱	۴۴۰/۳۵۶	۳۴/۸۹۹	۰/۰۰۱	۰/۵۵۵
قضاوت نسبت به خود	زمان*گروه	۱۰۸۶/۴۶۷	۲	۲۸۷/۲۳۳	۲۹/۷۰۴	۰/۰۰۱	۰/۵۱۵
	گروه	۹۲۸/۲۶۷	۱	۹۲۸/۲۶۷	۷۹/۶۱۴	۰/۰۰۱	۰/۷۴۰
اشتراکات انسانی	زمان*گروه	۱۴۶/۹۴	۱	۱۴۶/۹۴	۴۱/۱۶	۰/۰۰۰۱	۰/۵۹
	گروه	۱۳۷/۴۰	۱	۱۳۷/۴۰	۵۵/۵۱	۰/۰۰۱	۰/۷۲
انزوا	زمان*گروه	۴۱۸/۱۷	۱	۴۱۸/۱۷	۳۸/۸۶	۰/۰۰۱	۰/۳۹
	گروه	۲۸۴/۵۷	۲	۱۴۲/۲۸	۱۶۲	۰/۰۰۱	۰/۸۸

ذهن آگاهی	زمان*گروه	۲۶۰/۱۰	۱	۲۶۰/۱۰	۴/۹۳	۰/۰۳۵	۰/۱۵
	گروه	۱۰۴۹۴/۷۶	۲	۵۲۴۷/۳۸	۹۴/۷۲	۰/۰۰۱	۰/۸۱
هماندسازی	زمان*گروه	۲۱۱/۶۰	۱	۲۱۱/۶۰	۱۳/۵۳	۰/۰۰۱	۰/۲۱
افراطی	گروه	۶۱/۳۵	۲	۳۰/۶۷	۶۷/۵۰	۰/۰۰۱	۰/۷۶

نتایج از جدول ۴ نشان داد نسبت F به دست آمده در عامل گروه‌ها در ابعاد خودآگاهی هیجانی ($p < 0/01$)، همدلی ($p < 0/01$) و شفقت به خود ($p < 0/01$) معنادار است. این یافته بیانگر این است که درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی موجب بهبود خودآگاهی هیجانی، همدلی و شفقت به خود شد. در این خصوص، یک تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای گروه آزمایش در سه مرحله مداخله درمانی صورت گرفت که نسبت F مشاهده شده در بهبود خودآگاهی هیجانی ($p < 0/01$)، همدلی ($p < 0/01$) و شفقت به خود ($p < 0/01$) بود.

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی درون گروهی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در ابعاد خودآگاهی هیجانی، همدلی و شفقت به خود در گروه آزمایش

متغیر	زمان	اختلاف میانگین	خطای معیار	Sig
تمایز هیجان‌ها	پیش	۲/۴۷- پس	۱/۲۵	۰/۰۰۲
	پیگیری	۲/۳۳- پیگیری	۱/۲۵	۰/۰۰۳
مشارکت کلامی	پس	۰/۱۴ پیگیری	۱/۲۲	۰/۲۵۶
	پیش	۲/۲۰- پس	۱/۲۵	۰/۰۰۲
آشکار سازی هیجان‌ها	پس	۲/۱۰- پیگیری	۱/۳۱	۰/۰۰۴
	پیش	۰/۰۷ پیگیری	۱/۲۹	۰/۳۶۱
آگاهی بدنی	پس	۲/۴۲- پس	۱/۲۵	۰/۰۰۵
	پیش	۲/۷۶ پیگیری	۱/۳۱	۰/۰۰۳
توجه به هیجان	پس	۰/۱۷ پیگیری	۱/۳۳	۰/۲۷۸
	پیش	۲/۸۳- پس	۱/۱۵	۰/۰۰۴
تحلیل هیجان	پس	۲/۵۶- پیگیری	۱/۱۵	۰/۰۰۵
	پیش	۰/۰۶ پیگیری	۱/۱۲	۰/۳۹۵
همدلی	پیش	۳/۴۰- پس	۱/۱۵	۰/۰۰۱
	پس	۲/۵۱- پیگیری	۱/۲۱	۰/۰۰۲
	پس	۰/۰۷ پیگیری	۱/۱۹	۰/۲۸۷
	پیش	۲/۳۰- پس	۱/۱۵	۰/۰۰۵
	پس	۲/۵۷ پیگیری	۱/۲۱	۰/۰۰۳
	پس	۰/۵۷ پیگیری	۱/۲۲	۰/۱۷۹
	پیش	۲/۸۳- پس	۰/۳۴	۰/۰۰۲
	پس	۲/۴۸ پیگیری	۰/۳۴	۰/۰۱۷
	پس	۰/۶۱ پیگیری	۰/۳۳	۰/۱۴۷

۰/۰۰۲	۰/۳۴	۳/۸۳	پس	پیش	مهربانی با خود
۰/۰۳۴	۰/۳۶	۳/۳۵	پیگیری		
۰/۱۰۳	۰/۳۵	-۰/۷۷	پیگیری	پس	قضاوت نسبت به خود
۰/۰۰۷	۰/۳۴	۳/۴۸	پس	پیش	
۰/۰۳۴	۰/۳۶	-۳/۳۵	پیگیری		اشتراکات انسانی
۰/۱۴۲	۰/۳۷	-۰/۱۳	پیگیری	پس	
۰/۰۰۱	۱/۱۵	۲/۸۰	پس	پیش	انزوا
۰/۰۰۳	۱/۲۱	۲/۵۷	پیگیری		
۰/۱۶۳	۱/۲۲	۰/۲۰	پیگیری	پس	ذهن آگاهی
۰/۰۰۲	۰/۳۴	-۵/۷۰	پس	پیش	
۰/۰۱۷	۰/۳۴	-۵/۴۸	پیگیری		هماندسازی افراطی
۰/۱۲۰	۰/۳۳	-۰/۰۷	پیگیری	پس	
۰/۰۰۲	۰/۳۴	۲/۵۵	پس	پیش	
۰/۰۰۸	۰/۳۶	۲/۳۵	پیگیری		
۰/۱۸۷	۱/۱۵	۰/۰۶	پیگیری	پس	
۰/۰۰۱	۱/۲۱	۳/۵۷	پس	پیش	
۰/۰۰۱	۱/۲۲	۳/۲۱	پیگیری		
۰/۱۹۷	۰/۳۴	-۰/۱۹	پیگیری	پس	

تغییرات گروه آزمایش در طی زمان در جدول ۵ نشان داد ابعاد خودآگاهی هیجانی، همدلی و شفقت به خود در گروه آموزش در پس آزمون نسبت به پیش آزمون معنی دار بود ($P < 0/001$). همچنین در مرحله پیگیری نسبت به پیش آزمون اختلاف معنی داری مشاهده شد ($P < 0/001$). ولی در پیگیری نسبت به پس آزمون تفاوت معنی دار مشاهده نشد ($p < 0/01$).

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر خودآگاهی هیجانی، همدلی و شفقت به خود در کارآموزان روان درمانگری انجام شد. نتایج نشان داد مداخله درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افزایش خودآگاهی هیجانی اثربخشی معنادار دارد. اگرچه پژوهشی وجود ندارد که نتیجه به دست آمده از این پژوهش را نشان داده باشد اما این این نتیجه بدست آمده می تواند با نتایج دی جونگ و همکاران (۲۰۱۶) و بریتون و همکاران (۲۰۱۲) همسویی داشته باشد که اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی را نشان داده اند. همچنین یافته غیرهمسو برای نتیجه به دست آمده از این فرضیه پژوهش یافت نشد.

در تبیین اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر خودآگاهی هیجانی می توان گفت که، برخی افراد با شناخت کمی که نسبت به هیجانات خود دارند قادر به توصیف و تنظیم هیجان هایشان نبوده و نسبت به نشانه های هیجانی واکنش منفی و شدیدی نشان می دهند و در پذیرش خلق منفی دچار مشکل هستند در همین راستا منین و همکاران (۲۰۰۲؛ به نقل از شعبان و همکاران، ۱۳۹۹) بر این باورند که فقدان شناخت کافی از هیجانات و عدم پذیرش آن ها را منجر به نقص در هدف گذاری در جهت دهی رفتارها به هنگام

اضطراب گردیده و عدم امکان دسترسی به راهبردهای منظم در مواجهه با اضطراب، طرح‌های مرتبط با نگرانی شدید و ناتوانی در تسلط بر این نگرانی‌ها را فعال می‌کند. ولز (۱۹۹۰)؛ به نقل از شعبان و همکاران، (۱۳۹۹) نیز معتقد است که برخی افراد از نگرانی به عنوان یک پاسخ اجتنابی نسبت به هیجان‌های منفی استفاده می‌کنند که به عنوان مانعی برای پردازش هیجانی و مقابله کارآمد عمل می‌کند، این افراد سعی می‌کنند از این طریق اضطرابشان را کاهش دهند اما نگرانی به صورت متناقض باعث افزایش نشانه‌های اضطراب در آنان می‌شود. لذا شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی با هدف ایجاد تغییر به دنبال آن است که فرد را از محتوای شناختی و هیجانی خود آگاه کند و فرد را به خودآگاهی هیجانی برساند. لذا منطقی است گفته شود که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر خودآگاهی هیجانی مؤثر است.

در تبیین اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر همدلی می‌توان گفت که، ذهن‌آگاهی به عنوان احساس فارغ از ارزیابی فرد و بدون قضاوت توصیف شده است (کارین کروس و میلر، ۲۰۲۰)؛ کارمانس و همکاران، (۲۰۲۰). به عبارتی ذهن‌آگاهی را به عنوان آگاهی غیرقضاوتی و لحظه به لحظه از تجربه حال حاضر تعریف کرده‌اند (چن و همکاران، ۲۰۲۰). همچنین ذهن‌آگاهی فرایند آگاهی، نگرش به گشودگی و انعطاف‌پذیری ذهن را در بردارد. ذهن آگاهی نوعی آرام‌سازی همراه با کنترل توجه است که از طریق تأثیر بر گستره توجه، عقاید، انتظارات، خلق‌وخو و تنظیم هیجانی بر فرآیندهای حسی تأثیر می‌گذارد (امرسون و همکاران، ۲۰۲۰). ذهن آگاهی به بیان دیگر شامل یک آگاهی پذیرا و عاری از قضاوت وقایع جاری است (کرسول و همکاران، ۲۰۱۹). همچنین تمرین ذهن‌آگاهی به افراد کمک می‌کند که زندگی را آسان‌تر گرفته و شادکامی بیشتری را تجربه کنند و با دوستان خود ارتباط بیشتری داشته باشند و افکار و احساسات خودشان را ببینند که می‌آیند و می‌روند، بدون آنکه مانند قبل بر آن‌ها متمرکز شوند. لذا ذهن-آگاهی روشی برای زندگی بهتر، تسکین دردها و غنابخشی و معنادار ساختن زندگی است. بنابراین وقتی افراد مشکلات کمتری در زندگی شخصی خود داشته باشند فرآیند همدلی آن‌ها با دیگران بیشتر هم می‌شود. لذا منطقی است گفته شود که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر همدلی مؤثر است.

در تبیین اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر شفقت خود می‌توان گفت که، ذهن‌آگاهی به عنوان فرایندی که دربردارنده توجه کردن به زمان حال به شیوه خاص، هدفمند و خالی از قضاوت است می‌تواند نقش مؤثری در بهبود شفقت خود داشته باشد. ذهن‌آگاهی فنی برای فهمیدن گذشته یا تصحیح راه‌های غلط تفکر درگذشته نبوده، بلکه با توجه نسبت به محرک‌های زیربنایی شناخت‌ها و هیجان‌ها و رفتارها به آگاهی نسبت به مضامین نهفته زندگی کمک می‌کند. به این ترتیب در فرایند ذهن‌آگاهی فرد با نگرشی به دور از قضاوت یا سرزنش به این موضوع پی می‌برد که هیجان‌ات مرکب از افکار، حس‌های بدنی، احساسات خام و تکانه هستند. در مرتبه دوم، فرد یاد می‌گیرد که هیجان‌اتی مانند خشم، اغلب نشانه‌های عمیق و وسیعی از ناکارآمدی نحوه برقراری ارتباط ما با خودمان، دیگران و دنیا هستند و اینکه هیجان‌ات 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 در ذهن‌آگاهی با آموزش نگرش بدون قضاوت به هیجان‌ات و مشاهده ابعاد مختلف جسمی، ذهنی و تکانه‌ای آن‌ها، افراد یاد می‌گیرند که به شکل عادت وار درگیر هیجان‌اتی مانند نامهربانی با خود نشوند و به گونه‌ای دیگر به آن توجه کرده و واکنش نشان دهند. در

واقع، ذهن آگاهی روشی برای تربیت ذهن است و شبیه میکروسکوپی عمل می‌کند که عمیق‌ترین الگوهای ذهن را نشان می‌دهد و وقتی ذهن در عمل مورد مشاهده قرار می‌گیرد افکار و هیجانات خود به خود ناپدید می‌شوند و فرد شفقت بیشتری نسبت به خود پیدا می‌کند. لذا منطقی است گفته شود که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر شفقت خود مؤثر است.

در هر پژوهشی محقق ناگزیر برای گردآوری داده‌ها نیاز به انتخاب ابزار یا شیوه‌ای خاص می‌باشد. در مطالعه حاضر بدلیل اینکه سه متغیر وابسته وجود داشت و تحقیق از نوع کمی بود، لذا پژوهشگر از ابزارهای خودگزارشی در این زمینه استفاده کرد. با توجه به اینکه پرسشنامه می‌تواند به دلایل مختلف از جمله خستگی و یا سوگیری شخصی دقیق بودن پاسخ ارائه شده را تحت تأثیر قرار دهد، لذا در این مطالعه نیز محدود فوق وجود دارد. به دلیل محدودیت زمانی، امکان پیگیری بلندمدت و بررسی بیشتر تداوم مداخلات فراهم نشد. محدود بودن پژوهش به مکان خاص (شهر تهران به دلیل محل سکونت و اشتغال پژوهشگر) و محدودیت زمانی، تعمیم نتایج را با محدودیت مواجه می‌کند. محدودیت در نوع و روش نمونه‌گیری: نمونه‌گیری در دسترس و داوطلبانه از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر بود که تعمیم نتایج را با محدودیت مواجه می‌سازد. همزمانی انجام پژوهش با همه‌گیری ویروس کرونا (کووید-۱۹) از محدودیت‌های پژوهش حاضر بوده است و دشواری در جمع‌آوری اطلاعات ایجاد نمود. عدم دستیابی به پیشینه داخلی و خارجی در مورد اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر همدلی امکان مقایسه اثربخشی این درمان را با محدودیت مواجه می‌کند.

با توجه به محدودیت ناشی از ابزارهای جمع‌آوری اطلاعات، پیشنهاد می‌شود این پژوهش در نمونه‌های دیگر تکرار شود و برخی از سئوالات برخاسته از این مطالعه و پیشینه پژوهش را مورد بررسی علمی قرار دهند و به این سؤال با قطعیت بیشتری پاسخ داده شود که آیا این روش‌های درمانی، روش قدرتمند و مؤثری نسبت به مداخلات درمانی رایج در راستای کاهش مشکلات ناشی از خودآگاهی هیجانی، همدلی و شفقت خود پایین افراد است یا خیر. با توجه به محدودیت زمانی و عدم امکان پیگیری بلندمدت و بررسی بیشتر تداوم مداخلات، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعد با لحاظ کردن مرحله پیگیری بلندمدت‌تر و طولانی‌تر (بیش از شش ماه یا حتی یک سال) به بررسی تداوم درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر روی کارآموزان روان درمانگری پرداخته شود. از آنجایی که در این پژوهش تعداد هر گروه ۱۵ نفر بود پیشنهاد می‌شود، پژوهشگران در آینده از حجم نمونه گسترده‌تری استفاده کنند. با این روند می‌توان قدرت تعمیم‌پذیری نتایج درمانی را افزایش داد. با توجه به محدود بودن پژوهش به مکان خاص (شهر تهران به دلیل محل سکونت و اشتغال پژوهشگر) و محدودیت زمانی به دلیل قرار داشتن پژوهش تحت عنوان رساله دکتری، پیشنهاد می‌شود این پژوهش بر روی افراد دیگر نیز انجام شود تا با اطمینان بیشتر در مورد نتایج سخن گفت و نتایج را بهتر بتوان تعمیم داد. با توجه به عدم دستیابی به پیشینه داخلی و خارجی در زمینه تمامی متغیرهای پژوهش، پیشنهاد می‌گردد در مطالعات آتی اقدام به پژوهش‌های کاربردی با موضوعاتی مشابه در زمینه اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش سایر مشکلات کارآموزان روان درمانگری مانند استرس، اضطراب و امید به زندگی و غیره صورت گیرد. انجام پژوهش‌های در مورد مقایسه اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی با سایر روش‌های درمانی مانند درمان مبتنی بر پذیرش/تعهد؛ درمان

شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر هیجانات می‌تواند نتایج اثربخشی را بر بهبود مشکلات کارآموزان روان‌درمانگری در پی داشته باشد.

موازین اخلاقی

در این پژوهش موازین اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد. با توجه به شرایط و زمان تکمیل پرسشنامه‌ها ضمن تأکید به تکمیل تمامی سؤال‌ها، شرکت‌کنندگان در مورد خروج از پژوهش مختار بودند. پس از اتمام پژوهش گروه گواه نیز تحت مداخله قرار گرفتند.

سپاسگزاری

نویسندگان پژوهش حاضر بر خود لازم دانستند که از کلیه افرادی که در پژوهش شرکت نمودند، کمال تشکر و سپاس خود را ابراز نماید.

مشارکت نویسندگان

نویسنده این پژوهش در طراحی، مفهوم‌سازی، روش‌شناسی، گردآوری داده‌ها، تحلیل آماری داده‌ها، پیش‌نویس، ویراستاری و نهایی‌سازی نقش داشت.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

منابع

- شعبان، ناهید، دهقانی، مهسا، رفعتی، الهه، قربانی، سحر، و امانی، امید. (۱۳۹۹). تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر خودآگاهی هیجانی و باورهای فراشناختی نوجوانان دارای اختلال اضطراب فراگیر. نشریه روان‌پرستاری، ۸(۵): ۵۵-۶۶.
- زرقانی، سیداحمد. (۱۳۹۷). اثربخشی گروه درمانی یکپارچه توحیدی بر خودآگاهی هیجانی، جرأت‌ورزی و معناداری زندگی زندانیان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد بالینی، دانشگاه فردوسی مشهد.
- گرانمایه پور، شیوا، آزادفلاح، پرویز، احمدی، فضل‌اله، و قربانی، نیما. (۱۳۹۹). رابطه فرآیندهای خود‌نظم بخشی با انتقال متقابل در روان‌درمانگران ایرانی. فصلنامه مطالعات روانشناسی بالینی، ۱۰(۳۹): ۱-۱۷.
- یقینی، سمیه. (۱۳۹۴). مقایسه مکانیسم‌های دفاعی، همدلی و مهارت‌های ارتباطی در پرستاران و کمک‌بهباران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد واحد شاهرود.

References

- Bax, O. K., Nerantzis, G., & Lee, T. (2022). Transference-focused psychotherapy as an aid to learning psychodynamic psychotherapy: qualitative analysis of UK psychiatry trainees' views. *BJPsych bulletin*, 46(1), 57-63.
- Bibeau, M., Dionne, F., Riera, A., & Leblanc, J. (2020). The Influence of Compassion Meditation on the Psychotherapist's Empathy and Clinical Practice: A Phenomenological Analysis. *Journal of Humanistic Psychology*, 3 (10), 11-17.
- Bove, L. (2019). Empathy for service: benefits, unintended consequences, and future research agenda. *Journal of Services Marketing*, 8 (33), 10-56.
- Centeno, R. (2020). Effect of Mindfulness on Empathy and Self-Compassion: An Adapted MBCT Program on Filipino College Students. *Behavioral sciences (Basel, Switzerland)*, 10 (3), 61.
- Chen, Z., Allen, T. D., & Hou, L. (2020). Mindfulness, empathetic concern, and work-family outcomes: A dyadic analysis. *Journal of Vocational Behavior*, 119(2), 5-12.

- Creswell, J. D., Lindsay, E. K., Villalba, D. K., & Chin, B. (2019). Mindfulness training and physical health: mechanisms and outcomes. *Psychosomatic medicine*, 81(3), 224-232.
- Crisan, S., Canache, M., Buksa, D., & Nechita, D. (2022). A Comparison Between Self-compassion and Unconditional Self-acceptance: Interventions on Self-blame, Empathy, Shame-, Guilt-Proneness, and Performance. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 1-17.
- Economides, M., Martman, J., Bell, M. J., & Sanderson, B. (2018). Improvements in Stress, Affect, and Irritability Following Brief Use of a Mindfulness-based Smartphone App: A Randomized Controlled Trial. *Mindfulness*, 9 (5), 1584–1593.
- Elliott, R., Bohart, A.C., Watson, J.C., & Murphy, D. (2018). Therapist Empathy and Client Outcome: An Updated Meta-analysis. *Psychotherapy*, 3 (55), 399-410
- Emerson, L. M., De Diaz, N. N., Sherwood, A., Waters, A., & Farrell, L. (2020). Mindfulness interventions in schools: Integrity and feasibility of implementation. *International Journal of Behavioral Development*, 44(1), 62-75.
- Fogel, A. (2020). Three States of Embodied Self-Awareness. *The Therapeutic Vitality of Restorative ESA*.
- Germer, C.K., & Neff, K.D. (2013). Self-compassion in clinical practice. *J Clin Psychol*, 69 (8), 856-67.
- Gilbert, P., McEwan, K., Matos, M., & Rivis, A. (2016). Fears of compassion: Development of three self-report measures. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 2 (84), 239–255
- Huggins, C.F., Donnan, G., Cameron, I.M., & Williams, J.H.G. (2020). A systematic review of how emotional self-awareness is defined and measured when comparing autistic and non-autistic groups. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 9 (77), 10-16.
- Jiménez-Gómez, L., Yela, J. R., Crego, A., Melero-Ventola, A. R., & Gómez-Martínez, M. Á. (2022). Effectiveness of the Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) vs. the Mindful Self-Compassion (MSC) Programs in Clinical and Health Psychologist Trainees. *Mindfulness*, 13(3), 584-599.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10 (2), 144–156.
- Karremans, J. C., van Schie, H. T., van Dongen, I., Kappen, G., Mori, G., ... & van der Wal, C. (2020). mindfulness associated with interpersonal forgiveness?. *Emotion*, 20(2), 296-302.
- Knapp, S., Gottlieb, M., & Handelsman, M. (2017). Self-Awareness Questions for Effective Psychotherapists: Helping Good Psychotherapists Become Even Better. *Practice Innovations*, 7 (10) 10-37.
- Kotera, Y., Maxwell-Jones, R., Edwards, A.-M., & Knutton, N. (2021). Burnout in Professional Psychotherapists: Relationships with Self-Compassion, Work–Life Balance, and Telepressure. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 5 (18), 8-53.
- Kriakous, S. A., Elliott, K. A., Lamers, C., & Owen, R. (2021). The Effectiveness of Mindfulness-Based Stress Reduction on the Psychological Functioning of Healthcare Professionals: a Systematic Review. *Mindfulness*, 12 (1), 1–28.
- Lander, A. (2019). Developing Self Compassion as a Resource for Coping with Hardship Exploring the Potential of Compassion Focused Therapy. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 63 (1), 1-14.
- MacBeth, A., & Gumley, A. (2012). Exploring compassion: A meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clinical psychology review*, 32 (6), 545-552.

- Mason, A. E., Epel, E. S., Kristeller, J., Moran, P. J., Dallman, M., Lustig, R. H., Acree, M., Bacchetti, P., Laraia, B. A., Hecht, F. M., & Daubenmier, J. (2016). Effects of a mindfulness-based intervention on mindful eating, sweets consumption, and fasting glucose levels in obese adults: data from the SHINE randomized controlled trial. *Journal of behavioral medicine*, 39 (2), 201–213.
- Matta, G., Ryan, T., & Hartman, D. (2022). Three heads are better than one: Psychiatry trainees' experiences of a psychotherapy written case supervision group with three co-supervisors. *Australasian Psychiatry*, 30(2), 262-265.
- Oulis, P. (2014). The epistemological role of empathy in psychopathological diagnosis: A contemporary reassessment of Karl Jaspers' account. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, 9(6), 2–8.
- Ouzouni, C. (2012). An exploratory study of student nurses. *empathy*, 6 (34), 534-552.
- Tickell, A., Ball, S., Bernard, P., Kuyken, W., Marx, R., Pack, S., Strauss, C., Sweeney, T., & Crane, C. (2019). The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) in Real-World Healthcare Services. *Mindfulness*, 11 (2), 279–290.
- Tran, M. A. Q., Hà, T. A., Chau, N. N. T., Dang, T. A. N., & Ngo, V. T. (2022). Mediating effects of self-esteem on the relationship between self-compassion and empathy among Vietnamese university students.
- Wang, X., Chen, Zh., Poon, K., Teng, F., & Jin, S. (2016). Self-compassion decreases acceptance of own immoral behaviors. *Personality and Individual Differences*, 10 (3), 1-5.
- Watson, J. C., Steckley, P. L., & McMullen, E. J. (2013). The role of empathy in promoting change. *Psychotherapy Research*, 24(3), 286–98
- Williams, E. (2003). The Relationship Between Momentary States of Therapist Self-Awareness and Perceptions of the Counseling Process. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 33(3), 177-186.

مقیاس همدلی (مهرابیان و اپستین، ۱۹۷۲)

کاملاً مخالفم	مخالفم	نظری ندارم	موافقم	کاملاً موافقم	عبارات	رتبه
					هنگامی که فردی را می‌بینم که در میان گروه خود را غریبه احساس می‌کند، دچار اندود می‌شوم.	۱
					حساسیت و بیان احساسات نسبت به حیوانات احمقانه است.	۲
					نمایش عواطف در بین افراد جامعه برای من آزاردهنده است.	۳
					از مدمی که ناشاد و افسرده اند رو بر می‌گردانم.	۴
					اگر حس کنم افرادی که در کنار من هستند، عصبی اند من نیز عصبی می‌شوم.	۵
					احمقانه است که به خاطر اشک دیگران شادی خویش را از دست بدهم.	۶
					تمایل دارم نظر هیجانی خود را در مشکلات و دشواری‌های دوستانم سهیم کنم.	۷
					آوازاها و اشعاری که به ذهن ... است بر من عمیقاً اثر می‌گذارد.	۸
					هنگامی که اخبار بد از وضعیت نابسامان دیگران به گوش می‌رسد، کنترل‌م را از دست می‌دهم.	۹
					عقل من بسیار تحت تأثیر اطرافیانم است.	۱۰

۱۱	افراد غریبه‌ایرا که برای نخستین بار می‌بینم سرد و کسل کننده می‌یابم.
۱۲	از بین دو شغل مددکاری اجتماعی و کار در بخش مدیریت منابع انسانی اولی را ترجیح می‌دهم.
۱۳	اگر دوست من کج خلق و غمگین باشد، من هرگز تحت تأثیر او قرار نمی‌گیرم.
۱۴	دوست دارم صحنه‌ایرا شاهد باشم که دیگری جعبه هدایای دریافت شده خود را می‌گشاید.
۱۵	افراد به این دلیل تنها هستند که با دیگران رابطه برقرار نمی‌کنند.
۱۶	دیدن افراد گریان مرا افسرده می‌سازد.
۱۷	برخی آوازه‌ها مرا شاد می‌کند.
۱۸	به هنگام خواندن رمان خود را در احساسات قهرمان آن شریک حس می‌کنم.
۱۹	هرگاه می‌بینم با فرد دیگری بدرفتاری می‌شود، خشمگین می‌شوم.
۲۰	حتی هنگامی که اطرافیان من نگران هستند، می‌توانم آرام بگیرم.
۲۱	هرگاه دوست من عقده دل خویش را می‌گشاید، سعی می‌کنم مسیر صحبت را تغییر دهم.
۲۲	دیگری مرا به خود جذب می‌کند.
۲۳	وقتی می‌بینم از تماشای یک فیلم کسی به گریه افتاده است یا خنده به شدت شگفت زده می‌شوم.
۲۴	می‌توانم تصمیم بگیرم بدون این که تحت تأثیر احساسات دیگران قرار بگیرم.
۲۵	اگر اطرافیانم افسرده باشند، نمی‌توانم وضعیت مساعد قبلی خود را ادامه دهم.
۲۶	تعجب می‌کنم چرا بعضی چیزها می‌تواند دیگران را این اندازه ملول و غمگین سازد.
۲۷	دیدن یک جانور زخمی مرا غمگین می‌سازد.
۲۸	صرف وقت برای فیلم و رمان احمقانه است.
۲۹	دیدن افراد پیر و درمانده مرا غمگین می‌سازد.
۳۰	اشک دیگران بیش از آنکه احساس همدردی مرا به جوش آورد، مرا تحریک می‌کند.
۳۱	به شدت در فیلم‌هایی که مشاهده می‌کنم، مجذوب و درگیر می‌شوم.
۳۲	گاهی با وجود غلبان هیجانات پیرامون خود کاملاً خونسرد باقی می‌مانم.
۳۳	گاهی بچه‌های خردسال بدون هیچ دلیل واضحی می‌گریند.

پرسشنامه آگاهی هیجانی (EAQ-30) (ریفی و همکاران؛ ۲۰۰۷)

ردیف	سوال	درست	تا حدودی درست	نادرست
۱	من بیشتر مواقع در مورد درک احساسی که دارم ناتوان هستم.			
۲	فهمیدن احساس ناراحتی، عصبانیت یا هر احساس دیگری برایم مشکل است.			
۳	من همیشه نمی‌دانم دقیقاً چه نوع احساسی در وجودم هست.			
۴	هنگامیکه من در مورد موضوعی ناراحت هستم، نمی‌دانم که آیا غمگین هستم، ترسیده‌ام، یا عصبانی هستم.			
۵	بیشتر مواقع احساس ناراحتی میکنم ولی علت آن را نمی‌دانم.			
۶	من بیشتر مواقع نمی‌دانم چرا عصبانی هستم.			
۷	زمانی که چیزی مرا ناراحت می‌کند، نمی‌توانم تشخیص دهم.			
۸	من متوجه شده‌ام که بیان آنچه احساس می‌کنم به دوستانم مشکل است.			

۹	من متوجه شده‌ام که صحبت کردن در مورد اینکه چه احساسی دارم سخت است.
۱۰	من به راحتی می‌توانم به یک دوست در مورد آنچه در درونم احساس می‌کنم توضیح دهم.
۱۱	هنگامیکه در مورد چیزی ناراحت هستم اغلب این ناراحتی را با کسی در میان نمی‌گذارم.
۱۲	دیگر افراد نیازی ندارند تا بدانند من چه احساسی دارم.
۱۳	هنگامیکه ناراحت هستم، سعی نمی‌کنم تا آن را نشان دهم.
۱۴	هنگامیکه ناراحت یا عصبانی هستم، من سعی می‌کنم که آن را مخفی کنم.
۱۵	هنگامیکه که احساس بدی دارم، این موضوع به کسی ارتباط پیدا نمی‌کند.
۱۶	هنگامیکه ترسیده‌ام یا عصبانی شدم، من دردی در شکم احساس می‌کنم.
۱۷	هنگامیکه ناراحت هستم، دردی در بدنم احساس می‌کنم.
۱۸	هنگامیکه ترسیده‌ام یا عصبانی هستم، دردی در بدنم احساس نمی‌کنم.
۱۹	هنگامیکه در مورد چیزی ناراحت هستم، بدن من احساس متفاوتی دارد.
۲۰	هنگامیکه ناراحت هستم، در بدنم احساس ضعف می‌کنم.
۲۱	برای من مهم است که دوستان من چه احساساتی دارند.
۲۲	نمی‌خواهم بدانم که دوستان من چه احساساتی دارند.
۲۳	اگر یکی از دوستان من ناراحت باشد، سعی می‌کنم تا دلیل آن را بدانم.
۲۴	من هیچ توجهی به اینکه در دوستانم چه احساسی وجود دارد ندارم.
۲۵	من معمولاً می‌دانم دوستان من چگونه احساسی دارند.
۲۶	هنگامیکه من ناراحت یا عصبانی هستم، سعی می‌کنم تا دلیل آن را بفهمم.
۲۷	احساسات من به من کمک می‌کند تا بفهمم چه اتفاقی افتاده است.
۲۸	هنگامیکه مشکلی دارم، این مسئله که چه احساسی در مورد آن موضوع دارم، در درک آن مشکل کمک می‌کند.
۲۹	این مهم است که بفهمم چه احساسی دارم.
۳۰	من همیشه می‌خواهم بدانم چرا در مورد موضوعی احساس بدی دارم.

پرسشنامه استاندارد شفقت ورزی به خود نف (۲۰۰۳)

ردیف	سوال	تقریباً هرگز	به ندرت	گاهی اوقات	اغلب	تقریباً همیشه
۱	من درباره اشتباهات و بی‌کفایتی‌های خود به قضاوت					

- می نشینم و آنها را تایید نمی‌کنم.
- ۲ وقتی احساس دلتنگی می‌کنم، معمولاً دچار وسواس می‌شوم و ذهنم روی بسیاری از کارهای اشتباه متمرکز می‌شود.
- ۳ وقتی اتفاق بدی برایم رخ می‌دهد، فکر می‌کنم این مشکلات بخشی از زندگی است که امکان دارد برای هر کسی اتفاق بیفتد.
- ۴ وقتی که در مورد بی‌کفایتی‌هایم فکر می‌کنم، بیشتر احساس تنهایی می‌کنم و فکر می‌کنم متفاوت از بقیه افراد جهان هستم.
- ۵ وقتی که دچار درد عاطفی می‌شوم، تلاش می‌کنم تا خودم را دوست داشته باشم.
- ۶ وقتی در کاری که برایم مهم است، شکست می‌خورم، بر اثر احساس بی‌کفایتی، تحلیل می‌شوم.
- ۷ وقتی تحقیر و تنهایی می‌گذارند، به خودم یادآور می‌شوم که بسیاری از افراد دیگر احساسی مثل من خواهند داشت.
- ۸ وقتی شرایط واقعاً سخت است، معمولاً نسبت به خودم سخت‌گیری می‌کنم.
- ۹ وقتی چیزی باعث برآشفته شدنم می‌شود، سعی می‌کنم در هیجان‌های خودم تعادل ایجاد کنم.
- ۱۰ وقتی که در برخی موارد احساس بی‌کفایتی می‌کنم، سعی می‌کنم به یادآورم که احساس بی‌کفایتی چیزی است که در بین همه انسانها مشترک است.
- ۱۱ نسبت به بعضی از ویژگیهای شخصیتیم که دوست ندارم، بی‌تحمل و ناشکیبا هستم.
- ۱۲ زمانی که در شرایط سختی قرار دارم از خود مراقبت می‌کنم و به خود مهر می‌ورزم.
- ۱۳ وقتی احساس اندوه می‌کنم، معمولاً احساس می‌کنم که ممکن است بیشتر افراد از من خوشبخت‌تر هستند.
- ۱۴ وقتی اتفاق دردناکی رخ می‌دهد، سعی می‌کنم نگاهی متعادل نسبت به آن داشته باشم.
- ۱۵ سعی می‌کنم شکست‌هایم را به عنوان بخشی از شرایط زندگی انسانی بدانم.
- ۱۶ وقتی می‌بینم که برخی از ویژگیهای خودم را دوست ندارم، دلم به حال خودم می‌سوزد.

-
- ۱۷ وقتی از چیزی که برایم مهم است، شکست می‌خورم، سعی می‌کنم چشم انداز و آینده را در نظر بگیرم.
- ۱۸ هنگامی که در انجام کاری که برایم مهم است، شکست می‌خورم، معمولاً احساس می‌کنم که این شکست تنها برای من است.
- ۱۹ وقتی که رنجی را تجربه می‌کنم با خود مهربان می‌شوم.
- ۲۰ وقتی چیزی مرا آشفته می‌کند، احساسات مرا به شدت جریحه دار می‌کند.
- ۲۱ وقتی رنجی را تجربه می‌کنم تا اندازه‌اینسبت به خودم به سردی رفتار می‌کنم.
- ۲۲ وقتی احساس دل‌تنگی می‌کنم، می‌کوشم با کنجکاوی و خاطری آسوده با احساساتم روبرو شوم.
- ۲۳ من کاستی‌ها و بی‌کفایتی‌های خودم را تحمل می‌کنم.
- ۲۴ وقتی اتفاق دردناکی برایم رخ می‌دهد، معمولاً آن را بزرگ جلوه می‌دهم.
- ۲۵ وقتی به واقع سخت در تلاش هستم، معمولاً احساس می‌کنم که دیگران بیش از من در آسایش به سر می‌برند.
- ۲۶ سعی می‌کنم نسبت به ابعادی از شخصیتم که دوست ندارم، درکی واقع بینانه و همراه با شکیبایی داشته باشم.
-

The effectiveness of mindfulness based cognitive therapy on emotional self-awareness, empathy and self-compassion in psychotherapy trainees

Salma. Aminifar^{1*}, Maryam. Bahrami Hidaji^{2*}, Adis. Kraskian Mujembari³,
Mohsen. Mansoobifar² & Parisa. Peyvandi²

Abstract

Aim: The present study was conducted with the aim of determining the effectiveness of cognitive therapy based on mindfulness on emotional self-awareness, empathy and self-compassion in psychotherapy trainees. **Methods:** It was a quasi-experimental research with a pre-test-post-test design with two experimental and control groups and a two-month follow-up. The statistical population of the research consisted of all female psychotherapist trainees in Tehran in 2021, who were selected by the available sampling method and randomly replaced in two groups of 15 people. Data collection was done with Rifi et al.'s emotional self-awareness questionnaire (2008), Mehrabian and Epstein's empathy questionnaire (1972), and Neff's self-compassion questionnaire (2003). For each of the experimental groups, a cognitive therapy intervention program based on Bowen and Marlatt (2011) was held in the form of weekly sessions. In addition to descriptive statistics, data analysis was performed with mixed analysis of variance and Bonferroni's post hoc test. **Results:** The results showed that in the post-test period, between the average scores of empathy ($P < 0.001$), emotional awareness ($P < 0.001$), and self-compassion ($P < 0.001$) of the company group There is a statistically significant difference between the participants in the intervention sessions compared to the control group. The effectiveness of the two intervention methods was stable over time in the subjects of the experimental groups. **Conclusion:** Based on the results of the research, conducting psychological interventions for the preparation of psychotherapy trainees is very important and can be a basis for raising awareness and correctly applying these interventions in psychotherapy trainees.

Keywords: *mindfulness, emotional self-awareness, empathy, self-compassion.*

1 PhD student, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran

2 Assistant Professor, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran

*Corresponding Author: Email: bahrami_h3@yahoo.com