

اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر تجربه خشم و شفقت به خود در بیماران سرطانی

زهرا ساکنی^۱، سمانه فراهانی^۲، فائزه اسحاقی مقدم^۳، امین رفیعی پور^{۴*}، طیبه جعفری^۵،
پریسا لطفی^۶

تاریخ وصول: ۹۸/۰۳/۱۱

تاریخ پذیرش: ۹۸/۰۸/۱۴

چکیده

بیماری سرطان یک بیماری بالقوه تحلیل برنده و مزمن است که تشخیص آن با هیجانات منفی از جمله خشم همراه است. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر تجربه خشم و شفقت به خود در بیماران سرطانی انجام شد. این مطالعه از نوع نیمه‌آزمایشی با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش بیماران سرطانی مراجعه‌کننده به مراکز درمانی شهر تهران در سال ۱۳۹۷ بود. از این میان با روش نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۳۶ نفر انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند. اعضای گروه آزمایش مورد آموزش ذهن آگاهی قرار گرفتند. از مقیاس شفقت به خود (۲۰۰۳) و سیاهه خشم چندبعدی (۱۹۹۳) برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد. نتایج تحلیل آماری نمرات خشم و شفقت به خود شرکت‌کنندگان گروه آزمایش گویای بهبود وضعیت آن‌ها نسبت به گروه کنترل بود. بر اساس یافته‌های این پژوهش، آموزش ذهن آگاهی روشی مؤثر در بهبود شفقت به خود و خشم بیماران سرطانی است. در سطح درمان این بیماری، همزمان با درمان‌های معمول طبی،

۱. کارشناسی ارشد جامعه‌شناسی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کاشان، کاشان، ایران

۲. کارشناسی ارشد روانشناس بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

۳. کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

۴. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران (نویسنده مسئول) rafiepoor2000@yahoo.com

۵. دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف آباد، نجف آباد، ایران.

۶. کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف آباد، نجف آباد، ایران.

از مداخله ذهن‌آگاهی به‌منظور کاهش مشکلات روانی بیماران و در نتیجه کسب نتایج بهتر درمانی می‌توان سود جست.

واژگان کلیدی: سرطان، ذهن‌آگاهی، خشم، شفقت به خود

مقدمه

سرطان به‌عنوان یکی از عوامل مهم مرگ‌ومیر بعد از بیماری‌های قلبی عروقی است (گابرن و مدارن^۱، ۲۰۱۹). در حال حاضر، سرطان یک عامل عمده مرگ در سراسر جهان است و پیش‌بینی می‌شود که تعداد موارد تشخیصی جدید در سال ۲۰۲۰ به بیش از ۱۵ میلیون نفر تجاوز خواهد کرد (اریا، فانسکا، ماژور و ریلواز^۲، ۲۰۱۹). سرطان یک بیماری مزمن است که علاوه بر ایجاد عوارض جانبی با عوارض متعدد روانی و هیجانی نیز همراه است (کاکنیگر و همکاران^۳، ۲۰۱۵) و این عوارض روانی خود می‌توانند منجر به تشدید و وخامت سیر بیماری و اختلال در درمان آن شوند (کرس، چن، موریس، پیترسن و لیزروایتس^۴، ۲۰۱۵). سرطان به دلیل ماهیت مزمن و مبهم خود با اثرات و تبعات متعدد منفی در همه ابعاد زندگی اعم از فردی، خانوادگی، اجتماعی و حرفه‌ای همراه است که می‌تواند منجر به بروز علائم و آسیب‌های روانی مختلف در افراد سرطانی شود (کاکنیگر و همکاران، ۲۰۱۵). در همین راستا یافته‌های مطالعات متعددی که بر روی بیماران سرطانی صورت گرفته است حاکی از بالا بودن میزان اختلالات هیجانی نظیر استرس، افسردگی و اضطراب در بین آن‌ها نسبت به افراد سالم است و شدت بالاتر علائم با عوارض بیشتر روان‌شناختی همراه است (گیرهارت، اسکمیدت، لیلیس و اوماهانی^۵، ۲۰۱۷). تجربه خشم و خصومت از جمله آسیب‌های روان‌شناختی معمول پس از دریافت تشخیص بیماری در یک بیمار سرطانی است و همچنین نشان داده شده است که خشم و خصومت خود می‌تواند باعث تشدید

1. Goebel & Mehdorn
2. Areia, Fonseca, Major & Relvas
3. Kuchenbaecker
4. Cress, Chen, Morris, Petersen & Leiserowitz
5. Gerhart, Schmidt, Lillis & O'Mahony

بیماری سرطان و فرایند آن شود (اکسلین، پارک، اسمیت و کاری^۱، ۲۰۱۱). در واقع نشان داده شده است که در افراد سرطانی در مقایسه با سایر بیماری‌ها، واکنش‌های دفاعی عمده در مراحل اولیه و به هنگام دریافت تشخیص بیماری و آگاهی از آن، انکار و خشم است که خود می‌تواند نشانه‌های روان‌شناختی و جسمانی بیمار را تشدید کرده و پیش‌آگهی بیماری را بدتر سازد (گابرن و مدارن، ۲۰۱۹).

خشم به‌عنوان حالت عاطفی منفی شناخته می‌شود که دربردارنده افزایش برانگیختگی جسمی، افکار سرزنش و انتقادکننده و افزایش گرایش به رفتار پرخاشگرانه است (اوریل^۲، ۲۰۱۲؛ فرناندز و اسمیت^۳، ۲۰۱۵). خشم تجربه ذهنی یک هیجان است و به‌عنوان یک هیجان ناخوشایند در طیفی از رنجش خاطر تا خشم و غضب دیده می‌شود که معطوف به خود، دیگران و محیط است (هاکرسون و گراس^۴، ۲۰۱۱). خصومت و خشم با طیف وسیعی از عوارض سلامتی، از جمله بیماری‌های قلبی عروقی و سرطان در ارتباط هستند و می‌توانند با ایجاد پاسخ‌های غیرارادی مانند افزایش فشار خون، ضربان قلب، تعریق، قند خون با اختلال در پایداری به درمان، به تشدید بیماری منجر شوند. واقع خشم واکنش رایجی به موضوع ناکامی است که می‌تواند به پرخاشگری نیز منجر شود (فرناندز و اسمیت، ۲۰۱۵). برحسب فرضیه ناکامی خشم، هر عاملی که مخل دستیابی به هدفی خاص باشد می‌تواند زمینه‌ساز تجربه خشم در انسان و ایجاد انگیزه‌ای در وی برای تلاش در جهت رفع آن مانع باشد (اکسلین و همکاران، ۲۰۱۱) و بنابراین تجربه خشم و خصومت در یک بیمار سرطانی که سلامتی جسمی خود را یکباره از دست داده و با چنین بیماری مهلکی مواجه می‌شود، بازخوردی طبیعی و شایع به نظر می‌رسد.

بنابراین خشم مورد تجربه در یک بیمار سرطانی گرچه بخشی از یک واکنش طبیعی بعد از تشخیص و آگاهی از بیماری است ولی در درازمدت اگر تحول پیدا نکند، می‌تواند منجر به آسیب‌های متعدد روانی مانند افسردگی و ناامیدی و حتی تشدید و تسریع فرایند بیماری نیز بشود.

-
1. Exline, Park, Smyth & Carey
 2. Averill
 3. Fernandez & Smith
 4. Hutcherson & Gross

در واقع لازم است بیمار سرطانی به دنبال تجربه خشم به عنوان یک واکنش طبیعی به این بیماری و تشخیص آن، از نظر روانی تحول و دگرذیسی پیدا کرده و به مرحله بعد یعنی واکنش پذیرش نسبت به بیماری و شرایط خود دست پیدا کند و لازمه چنین واکنشی برخورداری از نگرشی دوستانه و محبت آمیز نسبت به خود و دیگران است. از سوی دیگر نشان داده شده است که افرادی که حوادث منفی همچون بیماری مزمنی مثل سرطان را در زندگی تجربه می کنند عموماً در قیاس با افراد مورد علاقه شان در همین شرایط، با خود رفتاری نامهربانانه و منتقدانه تر دارند که در واقع به نوعی به تجربه خشم به عنوان یک مرحله طبیعی پس از آگاهی از بیماری خود مرتبط است. در زمان بروز دشواری ها و رویدادهای منفی مثل بیماری سرطان، شفقت به خود به عنوان یک موضع مثبت نسبت به خود می تواند بسیار سازنده و مؤثر باشد. شفقت به خود، یعنی افراد همان مهربانی و مراقبتی که به دیگران دارند، حین تجربه سختی ها به خودشان نیز داشته باشند و بنابراین تغییری است که ارتباط تنگاتنگی با سلامت روان دارد (نف و همکاران، ۲۰۱۸) و می تواند در کاهش بار عاطفی و روانی بیماران سرطانی و التیام آلام ناشی از بیماری و مشقات آن مفید واقع شود.

شفقت اصطلاحی است که در زمینه آگاهی از کاستی های شخصی مورد کاربرد است و به یک تمایل عمیق درون فردی برای تسکین درد و رنج و همچنین حمایت و دلسوزی نسبت به خود به جای انتقاد شدید در چنین مواقعی اشاره دارد. شفقت به خود موجب می شود افراد با افزایش ظرفیت درون فردی برای پذیرش اشتباهات و نقصان های خود و درک محدودیت های مربوط به شرایط به این موضوع پی ببرند که برای هیچ انسانی کمال مطلق دست یافتنی نیست و این موجب می شود تا تحت موقعیت های دردناک با داشتن نگرشی همدلانه و دلسوزانه نسبت به خود، از خود حمایت کرده و به جای سرزنش و تحقیر کردن خود به خاطر ناشایستگی و ناکامی، دیدگاهی گرم و پذیرا به خود داشته باشند (نف و پامیر، ۲۰۱۳). افراد برخوردار از خودشفقتی بالا به این نگرش دست پیدا می کنند که شکست و ناکامی بخشی اجتناب ناپذیر از زندگی هر انسانی است و بنابراین چنین دیدگاهی، پذیرش شکست را در انسان تسهیل می سازد. نگرش شفقت ورزانه با ایجاد حس مراقبت و دلسوزی و پرورش یک دیدگاه متعادل نسبت به خود و

1. Self-compassion
2. Neff & Pommier

ایجاد تجارب مثبت عاطفی در شرایط دشوار زندگی به ما کمک می‌کند که در چنین شرایطی با برقراری ارتباط نیرومندتر و دوستانه‌تر با خود، حامی و پناه خود باشیم و از احساس تنهایی رنج نبریم (نفر، ۲۰۰۳). به نظر نفر (۲۰۰۳) شفقت به خود شامل سه مؤلفه دووجهی است: ۱) مهربانی با خود در مقابل قضاوت نسبت به خود، ۲) انسانیت مشترک در مقابل انزوا و ۳) ذهن آگاهی در مقابل همانندسازی افراطی. تجربه مهربانی با خود مستلزم گرمی و ملاحظت با خود به جای قضاوت‌های سختگیرانه نسبت به خود است. مؤلفه دو بر پذیرفتن دشواری‌های زندگی به عنوان بخشی از تجربه‌های مشترک همه انسان‌ها اشاره دارد. ذهن آگاهی شامل آگاهی از افکار و احساسات دردناک به جای جذب کامل در آن‌هاست (نفر، هسیه و دجیترا، ۲۰۰۵). نگرش مشفقانه نسبت به خود با ایجاد آگاهی از مشترکات انسانی و تجربه رنج و شکست به عنوان پدیده‌ای اجتناب‌ناپذیر از زندگی بشر موجب می‌شود تا آگاهی متعادل نسبت به احساسات خود صورت پذیرد و فرد به جای اجتناب، از توان مواجهه بدون سوگیری و ترحم برانگیز نسبت به افکار و احساسات دردناک خود برخوردار شود (نفر و همکاران، ۲۰۰۵؛ نفر، ۲۰۰۳). چنین افرادی در زمانی که شرایط زندگی دردناک یا غیرقابل تحمل می‌شود یا در موقعیت‌های ناراحت‌کننده ناشی از شکست‌ها و نواقص فردی شفقت به خود شامل حالشان می‌شود. با وجود آنکه اغلب افراد به گفته خودشان در برخورد با خود رفتاری خشن‌تر و ناملایم‌تر نسبت به برخورد با دیگران، نشان می‌دهند، افرادی که خصیصه شفقت از خود دارند گزارش می‌کنند که با خود به همان اندازه مهربان هستند که با دیگران چنین‌اند (بارکزاک و اکلاندا، ۲۰۱۸).

رابطه بین شفقت به خود و سلامت روان در مطالعات مختلف نشان داده شده است (نفر و همکاران، ۲۰۱۸) و در واقع، شفقت به خود در جهت افزایش رفتارهای پیشگیرانه برای ارتقاء و حفظ سلامت روان مؤثر است (موریسون^۳ و همکاران، ۲۰۱۹). شفقت بر خود علاوه بر ایفای نقش یک عامل محافظتی در مقابل حالات روانی منفی، در تقویت حالات هیجانی مثبت نیز نقش دارد و با ایجاد تجارب مثبت فردی چون پیوند اجتماعی و رضایت از زندگی (که از مولفه‌های

-
1. Neff, Hsieh & Dejitterat
 2. Barczak & Eklund
 3. Morrison

زندگی معنی دارند) مرتبط است (بگیان کوله‌مرزی، کرمی، مومنی و الهی، ۱۳۹۸). در همین راستا، نشان داده شده است که سطوح بالای شفقت به خود با رضایت بیشتر زندگی، پذیرش مشکلات، هوش هیجانی و ارتباط اجتماعی بهتر و برعکس، سطوح پایین آن با افسردگی، اضطراب، نشخوار فکری، انتقاد از خود و ترس از شکست همراه است (نف و پامیر، ۲۰۱۳). شفقت به خود موجب آشکار شدن محدودیت‌ها و شناسایی رفتارهای ناسالم می‌شود که فرد را برای ایجاد تحول و ارتقاء سطح سلامت روان قادر می‌سازد (نف، ۲۰۰۳). از طرفی پایین بودن شفقت به خود باعث می‌گردد که فرد، در شرایط تنش‌زا، قضاوت‌های سختگیرانه‌ای نسبت به خود داشته باشد و نتواند بپذیرد که مشکلات زندگی بخشی جداناپذیر از تجربه‌های مشترک بین همه انسان‌هاست (شیخان، قدم‌پور و آقابزرگی، ۱۳۹۸). طبق شواهد موجود، هرچقدر افراد بیمار نسبت به خود، شفقت بیشتری داشته باشند و در واقع سه مؤلفه مثبت نف شامل مهربانی با خود، پذیرفتن مشکلات زندگی به‌عنوان بخشی از تجربه‌های مشترک انسان‌ها و آگاهی از افکار و احساسات دردناک، در آن‌ها بیشتر شود در برخورد با سختی‌های زندگی ناشی از بیماری، از انگیزه بیشتری برای حرکت به سمت اهداف برخوردارند و درمان‌های پزشکی را به‌عنوان روشی برای دستیابی به سلامت جسمی دنبال می‌کنند (نف و پامیر، ۲۰۱۳؛ لویز، ساندرمن، رانکور و اسکرورز، ۲۰۱۸). شواهد گویای وجود ارتباط منفی بین شفقت به خود، اضطراب و افسردگی است؛ به‌طوری که نمرات بالاتر در شفقت بر خود با اضطراب و افسردگی پایین‌تر مرتبط است (نف، کیرکپاتریک و راد، ۲۰۰۷). همچنین شفقت بر خود، با ترس و نگرانی، سرکوب افکار و کمال‌گرایی بیمارگونه رابطه منفی و با رضایت از زندگی و پیوند اجتماعی ارتباط مثبت دارد (نف، راد و کیرکپاتریک، ۲۰۰۷). شفقت خود همراه با توجه و آگاهی، بر منابع خودتنظیمی تأثیر می‌گذارد و موجب افزایش رفتارهای مرتبط با سلامت و سازگاری فرد در رویارویی با عوامل استرس‌زا می‌شود و بدین طریق فرد با شفقت خود بالا، در برخورد با بیماری‌ها و آسیب‌ها مقاوم‌تر می‌گردد و به تعادل دیدگاه ذهنی فرد کمک می‌کند (بارکزاک و اکلاندر، ۲۰۱۸).

1. López, Sanderman, Ranchor & Schroevers
2. Neff, Kirkpatrick & Rude
3. Neff, Rude & Kirkpatrick

بر این اساس لازم است در خصوص بیماران سرطانی به دنبال راهکارها و تدابیری بود که از یک سو به تسکین هیجانات منفی آنها از جمله خشم به عنوان یک واکنش ناشی از ابتلا به این بیماری مزمّن کمک کند و از سوی دیگر به تقویت و ارتقای شفقت به خود در آنها به عنوان عاملی اساسی در تغییر دیدگاه بیمار نسبت به خود و بیماری کمک کرده و در نتیجه به احساس آرامش و سلامت بیشتر در آنها بیانجامد. این در حالی است که یکی از مؤلفه‌های شفقت به خود، ذهن آگاهی در مقابل همانندسازی افراطی است که می‌تواند به یک آگاهی متعادل و روشن از تجارب زمان حال منجر شده و این خود باعث می‌شود فرد با جنبه‌های دردناک یک تجربه مانند یک بیماری صعب‌العلاج بهتر سازگار شود و با قابلیت یافتن برای پذیرش موضوع، مکرراً ذهن خود را مشغول به آن نکند که البته این خود به کاهش تجربه خشم و نشخوار فکری نیز کمک می‌کند. در همین راستا، طبق یافته مطالعات، ذهن آگاهی از جمله عواملی است که با تأکید بر توجه و حضور بر تجارب کنونی و در حال حاضر و در نتیجه عدم واکنش تکانشی و عادت وار به محرک‌ها و رویدادها، در کاهش هیجانات منفی مانند خشم و نفرت (بیر، لیکنز و پیترز، ۲۰۱۲؛ یتین، لارایا و کریستلر، ۲۰۱۸) و افزایش شفقت به خود (راب، ۲۰۱۴) می‌تواند مؤثر عمل کند.

آگاهی بخشی از هشیاری است و حساسیت به دامنه محدودی از تجارب را در بر می‌گیرد و ذهن آگاهی تحت عنوان توجه و آگاهی به تجارب جاری یا واقعیت کنونی و نیز تجارب گذشته شناخته می‌شود (ژانگ^۲ و همکاران، ۲۰۱۵). کابات زین^۳ (۱۹۹۰) ذهن آگاهی را توجه کردن به یک روش خاص، متمرکز بر یک هدف، در زمان حال و بدون هیچ گونه قضاوت معرفی می‌کند. ذهن آگاهی به عنوان یک مهارت مهم درون فردی، به فرد این امکان را می‌دهد که به کمک آن از افکار و احساسات ذهنی و بدنی خویش آگاه شود و به تعدیل عواطف و احساسات به دور از هرگونه قضاوت و داوری پرداخته و با پذیرش آنها بهزیستی خود را ارتقا دهد (هو و همکاران، ۲۰۱۴) و به درک این موضوع کمک می‌کند که هیجان‌های منفی به عنوان تجربه‌ای

-
1. Baer, Lykins & Peters
 2. Zhang
 3. Kabat-Zinn

درونی رخ می‌دهند، اما آن‌ها جزء ثابت و دائمی شخصیت نیستند (بیر و همکاران، ۲۰۱۲). ذهن - آگاهی روشی است که با آن می‌کنیم که می‌تواند در یک لحظه، ذهن پراکنده ما را فراخوانده و آن را به صورت یک کل بازیابی کند، به گونه‌ای که بتوانیم بارهای آینده و گذشته، در هر لحظه از زندگی حاضر باشیم (ژانگ و همکاران، ۲۰۱۵). ذهن آگاهی با کمک در تحلیل و توجه به تجارب جاری، به فرد اجازه می‌دهد تا بر خود تسلط یافته و خود را بازیابی کند و با فراخواندن ذهن پراکنده خود به عقب برگردد و شرایط زندگی را تحلیل کند و در حال حاضر در مقابل شرایط دردناک و پراسترس به روشی جدید، نه عاداتی و واکنشی، پاسخ دهد (اسجنسوارد و هانسون^۱، ۲۰۱۸). در ذهن آگاهی و مهارت‌های تمرین آگاهی لحظه به لحظه اش، فرد تلاش می‌کند تا نسبت به الگوهای افکار، عواطف و تعامل با دیگران آگاهی پیدا کند و سپس نه به طور خودکار با روش‌های خو گرفته و ناهشیار، بلکه به طور سنجیده و هدفمند مفید به موقعیت‌های مختلف واکنش نشان دهد (وایتبرد^۲ و همکاران، ۲۰۱۲). طبق مطالعات موجود، دستیابی به ذهن - آگاهی با بهبود بهزیستی و سلامت جسمی (بیر و همکاران، ۲۰۱۲؛ هلیس-والکر و کولوسیمو^۳، ۲۰۱۱)، سلامت روانی و هیجانی مانند کاهش علائم اضطرابی و افسردگی (راب^۴، ۲۰۱۴)، بهبود تصویر بدنی (وایتبرد^۵ و همکاران، ۲۰۱۲)، کاهش علائم جسمانی‌سازی و درد (ژانگ و همکاران، ۲۰۱۵)، افزایش عزت نفس (هو و همکاران، ۲۰۱۴) و توان کنترل رفتارهای خود (واسی، ونزیان و فوچی^۶، ۲۰۱۹) همراه است.

سرطان بیماری است که تمام جوانب زندگی بیمار را به گونه‌ای منفی تحت تأثیر قرار می‌دهد. همزمان با تشخیص سرطان، بیمار با تجربه خشم نسبت به خود و دیگران به عنوان یک واکنش طبیعی پاسخ می‌دهد و البته لازم است بیمار بر این تجربه منفی فائق آید و به مرحله واکنش پذیرش نسبت به بیماری خود دست پیدا کند که اگر چنین اتفاقی صورت نگیرد با عوارض روانی

-
1. Stjernswärd & Hansson
 2. Whitebird
 3. Hollis-Walker & Colosimo
 4. Raab
 5. Whitebird
 6. Voci, Veneziani & Fuochi

و جسمی شدید و جدی مواجهه خواهد شد. از سوی دیگر، تجربه خودشفقتی در یک بیمار سرطانی که با یک وضعیت ناعلاج و بحرانی مواجهه است می‌تواند برخلاف تجربه خشم و خصومت، با ایجاد یک دیدگاه دلسوزانه و مهربان نسبت به خود و دیگران به بیمار در غلبه بر چالش‌های ناشی از این بیماری کمک کند. یک بیمار سرطانی، به‌ویژه در مراحل اولیه بیماری خود، بحران شدیدی را تجربه می‌کند و شفقت به خود با ایجاد تحول درون فردی و تغییر نگرش می‌تواند به افزایش انعطاف‌پذیری و تاب‌آوری در وی برای مواجهه با محدودیت‌ها از جمله بیماری و پذیرش آن‌ها کمک کند. از طرفی، پایین بودن شفقت به خود در چنین بیماری باعث می‌شود که با قضاوت‌های سختگیرانه نسبت به خود و شرایط تنش‌زای موجود برخورد کند و توان پذیرش اینکه مشکلات زندگی مانند بیماری بخشی از تجربه‌های مشترک بین همه انسان‌هاست را نداشته باشد و این موجب تشدید وخامت جسمی و روانی وی می‌گردد. بر این اساس باید به دنبال راهبردهای روان‌درمانی بود که بیمار را در جهت کاهش تجربه خشم، پذیرش بهتر بیماری و شرایط خود و شفقت نسبت به خود یاری برساند که بدیهی به نظر می‌رسد که در صورت انجام پذیرفتن درست و اصولی چنین فرایندی، بیمار با روحیه و وضعیت روانی مناسب‌تر با بیماری خود سازگار شده و مراحل درمان را طی می‌کند که در نهایت فرایند بیماری و پیش‌آگهی آن را بهبود می‌بخشد. این در حالی است که ذهن آگاهی به‌عنوان یک مهارت بنیادی، به فرد این امکان را می‌دهد که به کمک آن از افکار و احساسات خویش آگاه شود، بر خود تسلط یافته و خود را در لحظه بازیابی کرده و با تحلیل و توجه به تجارب جاری به عقب برگردد و شرایط زندگی‌اش را تحلیل کرده و به روشی جدید، نه عادت‌ی و واکنشی به موقعیت و رویداد پیش رو پاسخ دهد و بنابراین می‌تواند در کاهش خشم و ارتقای شفقت به خود در یک بیمار سرطانی مؤثر باشد. در طی ذهن آگاهی فرد از احساسات ذهنی و بدنی خویش آگاه می‌شود و این می‌تواند به یک بیمار سرطانی در تعدیل عواطف و احساسات از جمله خشم، به دور از هرگونه قضاوت و داوری کمک کند تا فرد با پذیرش این احساسات به تجربه شفقت نسبت به خود و دیگران دست پیدا کند و از این طریق بهزیستی خود را ارتقا بخشد. بر همین اساس و با توجه به اهمیت اثرات احتمالی ذهن آگاهی در بیماران سرطانی بر کاهش تجربه خشم و تقویت خودشفقتی و اینکه

تاکنون مطالعه‌ای در این مورد صورت نگرفته است، مطالعه حاضر به بررسی اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر بهبود تجربه خشم و شفقت به خود در بیماران سرطانی می‌پردازد.

روش

پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری پژوهش، شامل بیماران سرطانی مراجعه‌کننده به مراکز درمانی شهر تهران در سال ۱۳۹۷ بود. از این میان با روش نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۳۶ بیمار سرطانی انتخاب و با جایگزینی تصادفی ساده تعداد ۱۸ بیمار در هر یک از دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند. طی مطالعه دو نفر از افراد هر گروه مداخله به دلیل عدم حضور در جلسات و دو نفر از افراد گروه کنترل به دلیل عدم حضور جهت تکمیل پرسشنامه‌ها از مطالعه حذف شدند. معیار ورود عبارتند از: ابتلاء به بیماری سرطان، سن بین ۶۰-۲۵، نداشتن اختلال روانی شدید و اعتیاد به مواد. معیارهای خروج عبارتند از: غیبت بیش از دو جلسه در درمان، داشتن بیماری جسمی قابل ملاحظه غیر از سرطان، عدم تمایل به ادامه شرکت در مطالعه. جهت رعایت اخلاق در پژوهش شرط اساسی رضایت آگاهانه جهت شرکت در پژوهش، حفظ اطلاعات و اسرار شخصی شرکت‌کنندگان لحاظ شد. قبل و بعد از اتمام مداخله، پرسش‌نامه‌ها تکمیل شدند. ضمن اینکه در انتهای فرایند پژوهش افراد گروه کنترل نیز تحت مداخلات آموزش ذهن آگاهی قرار گرفتند. داده‌های جمع‌آوری شده توسط نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ و با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس تحلیل شدند. در این پژوهش از پرسش‌نامه‌های مقیاس شفقت به خود و مقیاس خشم چندبعدی برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد.

مقیاس شفقت به خود^۱: مقیاس شفقت به خود یک ابزار ۲۶ سؤالی است که توسط نف (۲۰۰۳) برای سنجش میزان شفقت به خود ساخته شده است. سؤال‌های آزمون در اندازه‌های ۵ درجه‌ای لیکرت از نمره تقریباً هرگز تا تقریباً همیشه سنجیده می‌شود. نمره گذاری آزمون به این صورت است که در برخی از آیتم‌ها و زیرمقیاس‌ها نمره گذاری به صورت معکوس انجام می‌شود

1. Self-Compassion Scal

و نمره بیشتر نشانه شفقت بیشتر نسبت به خود است. ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس در پژوهش‌های خارجی مورد تأیید قرار گرفته است. ضریب همبستگی عامل‌های شش‌گانه این مقیاس و شفقت خود (مقیاس کل) در سطح ۰/۰۰۱ مورد تأیید قرار گرفته است (نف، ۲۰۰۳). همچنین مطالعه خسروی، صادقی و یابنده (۱۳۹۲) نشان داد آلفای کرونباخ برای پرسشنامه شفقت به خود ۰/۸۱ است و این میزان گویای همسانی درونی مطلوب سؤالات پرسشنامه است. برای سنجش اعتبار ابزار از تحلیل عامل تأییدی بهره گرفته شده است و نشان داده شد که بارهای عاملی مربوط به همه خرده مقیاس‌ها و معرف‌ها در وضعیت مطلوبی قرار داشتند.

مقیاس خشم چندبعدی^۱: این پرسشنامه توسط سیگل (۱۹۹۳) برای اندازه‌گیری مؤلفه‌های عاطفی، رفتاری و شناختی خشم و همچنین فراوانی و مدت تجربه خشم ساخته شده است. این ابزار شامل ۳۸ سؤال بوده و هر سؤال نیز در مقیاس لیکرت ۵ نقطه‌ای از کاملاً نادرست (۱) تا کاملاً درست (۵) نمره‌گذاری می‌شود. خرده مقیاس این مقیاس شامل خشم انگیختگی، موقعیت خشم انگیز، نگرش خصم‌گونه، خشم بیرونی و خشم درونی است. اعتبار آزمون با همبستگی بالای این آزمون با دیگر مقیاس‌های خشم (پرسشنامه دشمنی-گناه) تأیید شده و پایایی بازآزمایی آن ۷۵٪ و پایایی ثبات درونی آن به روش آلفای کرونباخ ۸۴٪ گزارش شده است. شکوهی یکتا و همکاران (۱۳۸۷) پایایی این پرسشنامه بر اساس روش آلفای کرونباخ ۹۲/۰ و دامنه پایایی عامل‌های آن را بین تا ۵۳/۰ تا ۸۸/۰ گزارش کرد. همچنین آن‌ها برای تعیین روایی ملاکی مقیاس، از آزمون II-STAXI استفاده کردند که میزان همبستگی بین دو آزمون، ۷۱٪ به دست آمد.

آموزش ذهن آگاهی طی ۸ جلسه هفتگی ۶۰ دقیقه‌ای به صورت گروهی انجام شد. این برنامه با توجه به برخی راهکارهای ارائه شده در برنامه آموزش ذهن آگاهی جان کبات زین (۱۹۹۰) طراحی شده بود که در جدول ۱ گزارش محتوای هر جلسه آمده است.

جدول ۱. خلاصه جلسات آموزش ذهن آگاهی

| جلسات | محتوای جلسات |
|-------|---|
| اول | اجرای پیش‌آزمون، معرفی ذهن آگاهی و نقش آن در شفقت به خود و مدیریت خشم، مروری بر ساختار و اهداف جلسات و قوانین اصلی، دعوت شرکت‌کنندگان به معرفی خود، آشنایی اعضا با یکدیگر |

1. The Multidimensional Anger Inventory

| | |
|-------|--|
| دوم | آموزش تن آرامی |
| سوم | مرور تن آرامی |
| چهارم | آموزش توجه به تنفس، آموزش فنون دم و بازدم همراه آرامش و بدون تفکر در مورد چیز دیگر و تماشای تنفس با چشمان بسته |
| پنجم | آموزش تکنیک پوشش بدن آموزش |
| ششم | ذهن آگاهی افکار، متمرکز کردن توجه به ذهن بدون تفکر در مورد چیز دیگر، القای افکار منفی به فرد، پذیرش افکار منفی و توجه به آن‌ها، ایجاد افکار مثبت |
| هفتم | مرور محتوای جلسات چهارم، پنجم و ششم |
| هشتم | جمع‌بندی از جلسات آموزشی قبل و جلسه آخر، گرفتن پس‌آزمون. |

نتایج

میانگین سنی شرکت‌کنندگان در گروه آموزش ذهن آگاهی و گروه کنترل به ترتیب $51/8 \pm 93/37$ و $52/19 \pm 9/12$ بود. نتایج آزمون تی مستقل نشان داد از جهت میانگین سنی بین دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود ندارد ($P > 0/05$). در هر دو گروه آموزش ذهن آگاهی و گروه کنترل به ترتیب ۹ و ۷ نفر زن و مرد حضور داشت و بنابراین از جهت جنسیت نیز بین دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود نداشت. در گروه آموزش ذهن آگاهی و گروه کنترل، به ترتیب ۷ و ۵ نفر دیپلم و ۹ و ۱۱ نفر لیسانس حضور داشت. نتایج آزمون مجذور کای نشان داد از جهت سطح تحصیلات بین دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود ندارد ($P > 0/05$). در جدول ۲، میانگین و انحراف معیار متغیر خشم و شفقت به خود دو گروه پژوهش مقایسه شده است. نتایج نشان می‌دهد میانگین خشم و ابعاد آن در پس‌آزمون و مرحله پیگیری در دو گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل کاهش و میانگین شفقت خود یافته است.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار متغیر خشم و شفقت به خود در پیش‌آزمون و پس‌آزمون بیماران سرطانی

| متغیر | پیش‌آزمون | | گروه آموزش ذهن آگاهی |
|------------------|------------------------|------------------|----------------------|
| | میانگین و انحراف معیار | پس‌آزمون | |
| خشم انگیختگی | $9 \pm 11/40/88$ | $36/13 \pm 7/94$ | |
| موقعیت خشم انگیز | $9 \pm 92/38/63$ | $32/27 \pm 8/52$ | |
| نگرش خصمانه | $8 \pm 98/34/42$ | $33/25 \pm 8/03$ | |
| خشم بیرونی | $9 \pm 11/29/78$ | $25/65 \pm 6/17$ | |

| | | | |
|--------------|--------------|------------------|------------|
| ۳۲/۲۷±۸/۵۲ | ۹±۴۱/۴۱/۹۴ | خشم درونی | گروه کنترل |
| ۱۲۶/۳۵±۴۲/۰۶ | ۴۲±۳۷/۱۳۵/۶۳ | نمره کل خشم | |
| ۶۵/۵۲±۱۴/۱۶ | ۱۳±۱۳/۵۸/۶۳ | شفقت به خود | |
| ۳۹/۴۵±۸/۷۲ | ۸±۷۹/۳۹/۳۹ | خشم انگیختگی | |
| ۳۸/۸۴±۹/۴۶ | ۹±۱۲/۳۹/۲۶ | موقعیت خشم انگیز | |
| ۳۵/۱۳±۹/۱۵ | ۶±۲۱/۳۵/۲۸ | نگرش خصمانه | |
| ۲۸/۸۶±۷/۱۰ | ۵±۵۹/۲۹/۹۳ | خشم بیرونی | |
| ۴۰/۳۶±۱۰/۴۸ | ۱۱±۹۲/۴۰/۱۷ | خشم درونی | |
| ۱۳۵/۲۹±۴۱/۷۱ | ۴۴±۲۱/۱۳۶/۳۷ | نمره کل خشم | |
| ۵۹/۰۹±۱۵/۴۹ | ۱۴±۹۴/۵۸/۰۶ | شفقت به خود | |

همانطور که در جدول ۲ قابل مشاهده است، مداخله ذهن آگاهی با کاهش نمرات خشم و افزایش نمره شفقت به خود همراه است در حالی که در گروه کنترل چنین تغییری مشهود نیست. به منظور مقایسه تفاوت گروه‌ها در خرده مقیاس خشم، از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد. قبل از استفاده از آزمون پارامتریک تحلیل کوواریانس چندمتغیری، جهت رعایت فرض‌های آن، مفروضه‌های آن یعنی نرمال بودن داده‌ها، همگنی ماتریس‌های واریانس کوواریانس و همگنی شیب رگرسیون به ترتیب با استفاده از آزمون کالموگروف-اسمیرنف و آزمون باکس بررسی شد. برای داده‌های حاصل از تمام متغیرها، نتایج آزمون کالموگروف-اسمیرنف حاکی از نرمال بودن داده‌ها ($P > 0/05$) و نتایج آزمون باکس بیانگر برقراری همگنی ماتریس‌های واریانس کوواریانس ($Box=1/31, P > 0/05$) بود. همچنین تعامل غیر معنی دار بین متغیر همپراش (پیش‌آزمون) و گروه گویای برقراری فرض همگنی شیب رگرسیون بود؛ بنابراین مانعی برای انجام تحلیل‌های کوواریانس چند متغیری وجود نداشت. نتایج این آزمون نشان داد، بین دو گروه از جهت ترکیب خطی خرده مقیاس‌های خشم که در مرحله بعد از مداخله ایجاد شده است، تفاوت معناداری وجود دارد ($F=0/53, P < 0/001$)، ویکلز، $F=17/29, P < 0/001$). همچنین برای مقایسه دو گروه در هر یک از این متغیرها به‌عنوان یک متغیر وابسته از آزمون اثرات بین آزمودنی‌ها در متن آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیری استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ آمده است.

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری برای بررسی تفاوت نمرات بین دو گروه در مؤلفه‌های خشم

| متغیر | SS | DF | MS | F | معناداری | ضریب اتا |
|------------------|--------|--------|--------|-------|----------|----------|
| خشم انگیختگی | ۱۳۷/۱۹ | ۱ و ۲۵ | ۱۳۷/۱۹ | ۹/۷۶ | ۰/۰۰۷ | ۰/۲۸ |
| موقعیت خشم‌انگیز | ۲۰۸/۷۲ | ۱ و ۲۵ | ۲۰۸/۷۲ | ۱۱/۹۴ | ۰/۰۰۴ | ۰/۳۵ |
| نگرش خصمانه | ۲۴۲/۶۸ | ۱ و ۲۵ | ۲۴۲/۶۸ | ۱۴/۳۶ | ۰/۰۰۱ | ۰/۴۱ |
| خشم بیرونی | ۳۴۸/۹۱ | ۱ و ۲۵ | ۳۴۸/۹۱ | ۱۹/۸۳ | ۰/۰۰۱ | ۰/۵۲ |
| خشم درونی | ۳۰۴/۳۵ | ۱ و ۲۵ | ۳۰۴/۳۵ | ۱۶/۱۳ | ۰/۰۰۱ | ۰/۴۷ |

اطلاعات جدول ۳ نشان می‌دهد که اختلاف میانگین مؤلفه‌های خشم شامل خشم انگیختگی ($p < ۰/۰۱$)، موقعیت خشم‌انگیز ($p < ۰/۰۰۵$)، نگرش خصمانه ($p \leq ۰/۰۰۱$)، خشم بیرونی ($p \leq ۰/۰۰۱$) و خشم درونی ($p \leq ۰/۰۰۱$) در گروه‌های پژوهش (آموزش ذهن آگاهی و کنترل) در مرحله پس‌آزمون از لحاظ آماری معنادار است. به طوری که بعد از مداخله ذهن آگاهی، نمرات مؤلفه‌های خشم در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل کاهش معنادار داشته است.

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری برای بررسی تفاوت نمرات بین دو گروه

| متغیر | منبع تغییرات | SS | DF | MS | F | معناداری | ضریب اتا |
|-------------|--------------|---------|----|--------|-------|----------|----------|
| نمره کل خشم | پیش‌آزمون | ۲۱۶/۴۷ | ۱ | ۲۱۶/۴۷ | ۱۰/۳۹ | ۰/۰۰۵ | ۰/۲۱ |
| | گروه | ۴۸۳/۴۱ | ۱ | ۴۸۳/۴۱ | ۱۹/۲۷ | ۰/۰۰۱ | ۰/۴۸ |
| | خطا | ۳۳۱/۶۲ | ۲۹ | ۱۱/۴۳ | | | |
| | کل | ۱۰۳۱/۵۱ | ۳۱ | | | | |
| شفقت به خود | پیش‌آزمون | ۱۸۵/۱۹ | ۱ | ۱۸۵/۱۹ | ۷/۷۴ | ۰/۰۱ | ۰/۱۳ |
| | گروه | ۶۱۴/۹۲ | ۱ | ۶۱۴/۹۲ | ۲۲/۸۹ | ۰/۰۰۱ | ۰/۵۹ |
| | خطا | ۳۹۴/۲۶ | ۲۹ | ۱۳/۵۹ | | | |
| | گروه | ۱۱۹۴/۳۸ | ۳۱ | | | | |

به منظور مقایسه دو گروه در نمرات کل مقیاس خشم و مقیاس شفقت به خود، از تحلیل کوواریانس تک‌متغیری استفاده شد. پیش از انجام این تحلیل، مفروضه‌های نرمال بودن داده‌ها و همگنی واریانس به ترتیب با استفاده از آزمون کالموگروف-اسمیرنوف و آزمون لوین بررسی

شد. نتایج آزمون کالموگروف-اسمیرنف حاکی از نرمال بودن داده‌ها ($P > 0/05$) بود. نتایج آزمون لوین نیز حاکی از همگنی واریانس نمرات خشم و شفقت به خود بود ($P > 0/05$)؛ بنابراین آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری انجام شد که نتایج آن در جدول ۴ نشان‌دهنده این است که با کنترل نمرات پیش‌آزمون، اثر گروه بر نمرات پس‌آزمون مقیاس خشم ($P = 0/001$)، $F = 19/27$ ($F = (1, 29)$) و مقیاس شفقت به خود ($P = 0/001$)، $F = 22/89$ ($F = (1, 29)$) معنادار است. به طوری که بعد از مداخله ذهن آگاهی، نمرات خشم و شفقت به خود در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل به ترتیب کاهش و افزایش معنادار داشته است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر سطح خشم و شفقت به خود در بیماران سرطانی بود. نتایج نشان داد که آموزش ذهن آگاهی توانسته است اثر مثبت معناداری بر کاهش سطح خشم و افزایش شفقت به خود بیماران سرطانی داشته باشد. این یافته‌ها با نتایج مطالعات سینگ، لانسیون و کاراسیا^۱ (۲۰۱۳)؛ کاستیلی و تسو (۲۰۱۶)؛ استیفن و همکاران (۲۰۱۸) و اماتو و همکاران (۲۰۱۵) مبنی بر اثربخشی ذهن آگاهی در مدیریت خشم و نتایج مطالعات راب (۲۰۱۴)؛ بیر و همکاران (۲۰۱۲) و هلیس-والکر و کولوسیمو (۲۰۱۱) مبنی بر اثربخشی ذهن آگاهی بر ارتقای مولفه‌های شفقت به خود و سلامت روان همسو است.

خشم یکی از واکنش‌های افراد با تشخیص سرطان است و بر همین اساس چگونگی مدیریت خشم و تحول آن به پذیرش بیماری و شفقت به خود و دیگران، می‌تواند بر پیش‌آگهی جسمی و روانی این بیماری مؤثر باشد. خشم یک تجربه چندبعدی هیجانی، رفتاری و فیزیولوژیک است که به دو صورت درونی و بیرونی ابراز می‌شود و خشم فروخورده عامل تقویت عوامل سرطان‌زا است و علاوه بر آن می‌تواند به درون فرد جهت یافته و به افسردگی، ناامیدی و سبک زندگی ناسالمی که منتهی به تشدید بیماری است، بیانجامد؛ بنابراین در چنین مواردی که یک بیمار سرطانی پس از دریافت تشخیص بیماری مزمن خود در واکنش تجربه خشم نسبت به خود و دیگران به سر می‌برد، مفاهیمی مانند بخشش، گذشت، مهربانی و از جمله شفقت به خود می‌تواند

1. Singh, Lancioni & Karazsia

به صورت مؤثری در تحلیل این تجربه منفی و تبعات روانی و جسمی ناشی از آنکه به پیش آگهی بدتر بیماری و عوارض روانی منجر می شود کارایی داشته باشد و بیمار را در جهت تغییر نگرش نسبت به خود، دیگران، دنیا و بیماری سوق دهد و بنابراین توانایی تجربه شفقت به خود در یک بیمار سرطانی جنبه حیاتی دارد (اماتیو و همکاران، ۲۰۱۵). تجربه خشم در پاسخ به آگاهی از دست دادن سلامتی پدیده‌ای فطری و طبیعی برای هر فردی از جمله بیماران سرطانی است و غالباً با افکار و ادراکات نادرست، برانگیختگی جسمی و تمایل فزاینده برای انجام رفتارهای کلامی و یا حرکتی که از لحاظ فرهنگی ناپسند است، همراه می شود. خشم واکنشی است که همزمان با تشخیص بیماری مانند سرطان می تواند برانگیخته شود و با پاسخ‌های غیرارادی مانند افزایش فشار خون، ضربان قلب، تعریق و افزایش قند خون همراه شود که این خود منجر به وخامت بیشتر بیماری می شود (سینگ و همکاران، ۲۰۱۳).

ذهن آگاهی به عنوان فرایندی که در بردارنده توجه کردن به زمان حال به شیوه خاص، هدفمند و خالی از قضاوت است می تواند نقش مؤثری در کنترل خشم داشته باشد (کاستیلی و تسیو، ۲۰۱۶). ذهن آگاهی فنی برای فهمیدن گذشته یا تصحیح راه‌های غلط تفکر در گذشته نبوده، بلکه با توجه نسبت به محرک‌های زیربنایی شناخت‌ها و هیجان‌ها و رفتارها به آگاهی نسبت به مضامین نهفته زندگی کمک می کند. به این ترتیب در فرایند ذهن آگاهی فرد با نگرشی به دور از قضاوت یا سرزنش به این موضوع پی می برد که هیجان‌ات مرکب از افکار، حس‌های بدنی، احساسات خام و تکانه هستند. در مرتبه دوم، فرد یاد می گیرد 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 می کنند و علائمی هستند که فقط باید در این لحظه بدون قضاوت و یا سرزنش مشاهده شوند و مورد توجه قرار گیرند (هلپس-والکر و کولوسیمو، ۲۰۱۱). به این ترتیب در ذهن آگاهی با آموزش نگرش بدون قضاوت به هیجان‌ات و مشاهده ابعاد مختلف جسمی، ذهنی و تکانه‌ای آن‌ها، افراد یاد می گیرند که به شکل عادت‌وار در گیر هیجان‌اتی مانند خشم نشوند و به گونه‌ای دیگر به آن توجه کرده و واکنش نشان دهند. در واقع، ذهن آگاهی روشی برای تربیت ذهن است و شبیه میکروسکپی عمل می کند که عمیق‌ترین الگوهای ذهن را نشان می دهد و وقتی ذهن در عمل مورد مشاهده قرار می گیرد افکار و هیجان‌ات

خود به خود ناپدید می‌شوند (وایتبرد و همکاران، ۲۰۱۲). از همین رو در برنامه آموزشی ذهن-آگاهی، یک بیمار سرطانی یاد می‌گیرد با هیجان‌ات و افکار منفی مانند خشم مقابله نموده و حوادث ذهنی را به صورت مثبت تجربه نماید. نکته مهم دیگر این است که درمان مبتنی بر ذهن-آگاهی با بازنمایی ذهنی موضوعات موجود در زندگی که از کنترل بلافصل انسان خارج هستند، همراه است و این امر از طریق تنفس عمیق و فکر کردن آموزش داده می‌شود (هو و همکاران، ۲۰۱۴) که این خود می‌تواند در یک بیمار سرطانی که درگیر بیماری غیرقابل کنترل است به پذیرش بهتر و سهل‌تر شرایط بیماری کمک کند.

از دیگر نتایج این مطالعه، اثر بخش بودن آموزش ذهن آگاهی بر بهبود شفقت خود در بیماران سرطانی بود. در تبیین چنین یافته‌ای باید بیان داشت که در فرایند آموزش ذهن آگاهی، بیمار با افزایش آگاهی فراشناختی نسبت به افکار و احساسات بدنی خود، عدم قضاوت نسبت به آن‌ها، در جهت رها کردن خود از این افکار و هیجان‌ات دردناک و سرزنشگر گام برمی‌دارد که این به ایجاد یک نگرش مشفقانه نسبت به خود و دیگران کمک می‌کند (هلیس-والکر و کولوسیمو، ۲۰۱۱). نگرشی که به فرد این توانایی را می‌دهد تا با فاصله گرفتن از تمام کاستی‌ها و نواقص درونی و بیرونی و فارغ از همه آن‌ها، با دیدگاهی وسیع‌تر به خود و دنیای پیرامون نگرسته و به این ترتیب با ایجاد یک احساس رهایی و وسعت نظر در خود، به بسیاری از ناملایمات و ضعف‌ها به گونه‌ای مهربان و با دلسوزی برخورد کرده و شفقت به خود و دیگران را تجربه کند (بیر و همکاران، ۲۰۱۲) که همین موضوع می‌تواند به کاهش بیشتر هیجان‌ات منفی از جمله خشم کمک کند و در نهایت در یک بیمار سرطانی به بهبود شاخص‌های جسمی و بیولوژیک و پیش‌آگهی بیماری نیز منجر شود. در تمرین‌های ذهن آگاهی، فرد به شکلی عینی و ملموس شفقت و مهربانی با خود و دیگر اجزای آن را از طریق کاربرد اشعار (مولانا) و استعاره‌های مختلف (از قبیل استعاره مهمان ناخوانده که در آن فرد می‌آموزد چگونه نگرشی همراه با شفقت و مهربانی و بدون قضاوت نسبت به افکار و احساسات خود داشته باشد) و ذهن آگاهی را در برخورد با مشکلات و بحرآن‌ها و تلاش برای کشف تجارب مبتنی بر دوستی و مودت به جای دشمنی فرا می‌گیرد (وایتبرد و همکاران، ۲۰۱۲). 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.

فرایند آموزش و یادگیری ذهن آگاهی احتیاج به فضا سازی دارد و این فضا را با چیزی جز شفقت و مهربانی به خود و در مرتبه بعد به دیگران نمی‌توان پر کرد. ذهن آگاهی یکی از مؤلفه‌های ضروری شفقت خود می‌باشد و در همین راستا در فرایند آموزش ذهن آگاهی، شناسایی درد و رنجی که افراد متحمل می‌شوند در افزایش شفقت به خود، امری ضروری است. ذهن آگاهی مفهومی مربوط به آگاهی و هوشیاری است که به اینجا و زمان حال محدود می‌شود و با عدم پیش‌داوری در نگرش و هوشیاری، تمرکز پایا و گشودگی ذهن به بینش غیر دردآور و غیرشخصی منجر خواهد شد؛ زیرا تجارب کاملاً آگاهانه و هوشیارانه منجر به پایداری در کسب تجربه‌های اساسی خواهد شد. ذهن آگاهی روشی است برای ارتباط بهتر با زندگی و معنادار کردن آن و از این طریق باعث افزایش بهزیستی از طریق مهار حالات هیجانی ناخوشایند و بروز ناپایداری هیجان‌ات و احساسات می‌شود. ذهن آگاهی اجازه می‌دهد که هرگونه اندیشه و احساسی بدون داوری یا سرکوب شدن وارد ذهن شود و با عدم تمایل به اجتناب از افکار و عواطف دردناک به ما این امکان را می‌دهد که بر حقیقت تجربیات خود حتی در موقعیت ناخوشایند آگاه باشیم و با ارتباط شفاف و کامل با آن تجربیات به پذیرش آن موقعیت و انعطاف-پذیری دست پیدا کنیم و از دشواری آن بر خود بکاهیم. در حالی که درد و رنج و مشقت، قطعی و مسلم است و پدیده‌ای عمومی و برای همگان است، بسیاری از افراد به‌ویژه بیماران در درد و رنج خود غرق شده و این را موضوعی تصور می‌کنند که صرفاً دامن‌گیر آن‌ها شده است و نمی‌توانند با پذیرش همگانی بودن درد و رنج بشری، به دور از غرق شدن در آن، نگاهی واقع‌بینانه و غیرقضاوتی نسبت به آن داشته باشند؛ بنابراین لازمه شفت به خود، ذهن آگاهی به معنای هوشیاری به این موضوع است که درد پدیده‌ای انسانی و برای همه انسان‌هاست و با پذیرش آن بتوانند با دیدی همراه با دلسوزی نسبت به خود از شدت یافتن آن و دامن زدن به آن بکاهند و از این طریق درد خود را به رنج تبدیل نکنند بلکه از شدت آن نیز بکاهند. فرد آموزش‌دهنده ذهن-آگاهی خود از خصوصیت شفقت برخوردار است و این را به افراد تحت آموزش نیز منتقل می‌کند (بیر و همکاران، ۲۰۱۲). در یک بیمار سرطانی افزایش شفقت به خود با تخفیف علائم افسردگی، اضطراب و نشخوار ذهنی همراه است و این خود منجر به بهبود وضعیت سلامت روان، کاهش هیجان‌ات منفی از جمله خشم و پیگیری بهتر برنامه‌های درمانی و تبعیت از درمان و در نتیجه

بهبود سلامت جسمی می‌شود. شفقت خود (و مولفه‌های آن اعم از مهربانی با خود، ذهن آگاهی و انسانیت) به همراه توجه و آگاهی، بر منابع خودتنظیمی اثرگذار است که باعث افزایش رفتارهای مرتبط با سلامت و افزایش سازگاری فرد در رویارویی با عوامل استرس‌زا می‌گردد. در نتیجه فرد دارای شفقت خود بالا در رویارویی با بیماری‌ها و آسیب‌ها مقاوم‌تر می‌شود.

از محدودیت‌های مطالعه حاضر، انجام مطالعه در سطح محدود به شهر تهران است که تعمیم نتایج را دچار مشکل می‌کند. همچنین، در این مطالعه متغیرهای دیگری که احتمالاً می‌توانند نتایج را تحت تأثیر قرار دهند از جمله نوع سرطان، شدت بیماری و طول دوره آن لحاظ نشدند؛ بنابراین لازم است مطالعات بعدی به این موضوعات توجه کرده و تأثیر مداخلات ذهن آگاهی را در سطح گسترده‌تر و با در نظر گرفتن سایر متغیرهای دخیل احتمالی بررسی کنند تا به نتایج رواتر و معتبرتر دست پیدا کنند. پیشنهاد کاربردی این است که متخصصان سلامت روان در حوزه کار با بیماران سرطانی و در برنامه‌های توانبخشی آن‌ها، با توجه به نتایج حاصل از این مطالعه، در کنار مداخلات معمول خود از برنامه‌های آموزشی مبتنی بر ذهن آگاهی برای بهبود ارتقای سلامت روانی و جسمانی بیماران و تسهیل سیر درمان نیز بهره‌مند شوند.

منابع

بگیان کوله‌مرزی، محمد جواد؛ کرمی، جهانگیر؛ مومنی، خدامراد الهی، عادل. (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی سیستم روان‌درمانی تحلیل شناختی- رفتاری و یکپارچه‌سازی رفتاردرمانی دیالکتیکی با درمان شناختی مبتنی بر ذهن شفقت‌ورز بر کاهش درد ذهنی و دشواری‌های تنظیم هیجانی افراد اقدام‌کننده به خودکشی. *فصلنامه مطالعات روان‌شناسی بالینی*، ۹(۳۴)، ۳۵-۶۳.

بهرنگ، خسرو و برادران زاد، زهره. (۱۳۹۳). تأثیر آموزش گروهی به روش شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش خشم دانشجویان زن رشته روان‌شناسی دانشگاه آزاد شهرستان بهبهان. *مجله اصول بهداشت روانی*، ۳(۴)، ۳۱۲-۳۲۷.

خسروی، صدالله؛ صادقی، مجید و یابنده، محمدرضا. (۱۳۹۲). بررسی ویژگی روان‌سنجی مقیاس شفقت به خود. *مجله مدل‌ها و روش‌های روان‌شناختی*، ۳(۱۳)، ۴۷-۵۹.

شکوهی یکتا، محسن؛ به پژوه، احمد؛ غباری بناب، باقر؛ زمانی، نیره و پرند، اکرم. (۱۳۸۷). مهارت‌های مدیریت خشم برای مادران کودک کم‌توان ذهنی. *مجله کودکان استثنایی*، ۸ (۴)؛ ۹۸-۱۱۶.

شیخان، ریحانه؛ قدم‌پور، عزت‌اله آقابزرگی، رضا. (۱۳۹۸). تاثیر آموزش خود شفقتی بر تصویر بدنی و کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان سینه بدون متاستاز تحت شیمی درمانی. *فصلنامه مطالعات روان‌شناسی بالینی*، ۹ (۳۵)، ۱۴۵-۱۳۱.

کشاوری، فاطمه و وطن‌خواه، حمیدرضا. (۱۳۹۵). اثربخشی مداخله ذهن آگاهی بر کاهش خشم نوجوانان. *مجله روان‌شناسی*، ۵ (۶)، ۶۱-۷۵.

Amutio, A., Franco, C., Pérez-Fuentes, M. D. C., Gázquez, J. J., & Mercader, I. (2015). Mindfulness training for reducing anger, anxiety, and depression in fibromyalgia patients. *Frontiers in psychology*, 5, 1572.

Areia, N. P., Fonseca, G., Major, S., & Relvas, A. P. (2019). Psychological morbidity in family caregivers of people living with terminal cancer: Prevalence and predictors. *Palliative & supportive care*, 17(3), 286-293.

Averill, J. R. (2012). *Anger and aggression: An essay on emotion*. Springer Science & Business Media.

Baer, R. A., Lykins, E. L., & Peters, J. R. (2012). Mindfulness and self-compassion as predictors of psychological wellbeing in long-term meditators and matched nonmeditators. *The Journal of Positive Psychology*, 7(3), 230-238.

Baker LR, McNulty JK. Self-compassion and relationship maintenance: the moderating roles of conscientiousness and gender. *J Pers Soc Psychol* 2011; 100(5): 853-873.

Barczak, N., & Eklund, R. C. (2018). The moderating effect of self-compassion on relationships between performance and subsequent coping and motivation. *International Journal of Sport and Exercise Psychology*, 1-13.

Berkowitz, L. (2014). Towards a general theory of anger and emotional aggression: Implications. *Perspectives on anger and emotion: Advances in social cognition*, 6, 1-46.

Castelli, L., & Tesio, V. (2016). Commentary: Mindfulness training for reducing anger, anxiety, and depression in fibromyalgia patients. *Frontiers in psychology*, 7, 740.

Cress, R. D., Chen, Y. S., Morris, C. R., Petersen, M., & Leiserowitz, G. S. (2015). Characteristics of long-term survivors of epithelial ovarian cancer. *Obstetrics and gynecology*, 126(3), 491.

- Epstein, B.J. (2010). Effects of a mindfulness-based stress reduction program of fathers of children with developmental disability. Unpublished doctoral dissertation, Hofstra University.
- Exline, J. J., Park, C. L., Smyth, J. M., & Carey, M. P. (2011). Anger toward God: Social-cognitive predictors, prevalence, and links with adjustment to bereavement and cancer. *Journal of personality and social psychology*, 100(1), 129.
- Exline, J. J., Park, C. L., Smyth, J. M., & Carey, M. P. (2011). Anger toward God: Social-cognitive predictors, prevalence, and links with adjustment to bereavement and cancer. *Journal of personality and social psychology*, 100(1), 129.
- Fernandez, E., & Smith, T. W. (2015). Anger, hostility, and cardiovascular disease in the context of interpersonal relationships. *Handbook of psychocardiology*, 1-19.
- Gerhart, J., Schmidt, E., Lillis, T., O'Mahony, S., Duberstein, P., & Hoerger, M. (2017). Anger proneness and prognostic pessimism in men with prostate cancer. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*®, 34(6), 497-504.
- Goebel, S., & Mehdorn, H. M. (2019). Fear of disease progression in adult ambulatory patients with brain cancer: prevalence and clinical correlates. *Supportive Care in Cancer*, 27(9), 3521-3529.
- Hollis-Walker, L., & Colosimo, K. (2011). Mindfulness, self-compassion, and happiness in non-meditators: A theoretical and empirical examination. *Personality and Individual Differences*, 50(2), 222-227.
- Hou, R. J., Wong, S. Y. S., Yip, B. H. K., Hung, A. T., Lo, H. H. M., Chan, P. H., ... & Mercer, S. W. (2014). The effects of mindfulness-based stress reduction program on the mental health of family caregivers: a randomized controlled trial. *Psychotherapy and psychosomatics*, 83(1), 45-53.
- Hutcherson, C. A., & Gross, J. J. (2011). The moral emotions: A social-functional account of anger, disgust, and contempt. *Journal of personality and social psychology*, 100(4), 719.
- Jasper, J. M. (2014). Constructing indignation: Anger dynamics in protest movements. *Emotion Review*, 6(3), 208-213.
- Kabat-Zinn, J. (1990). Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness. New York, N.Y.: Delacorte Press.
- Kuchenbaecker, K. B., Ramus, S. J., Tyrer, J., Lee, A., Shen, H. C., Beesley, J., ... & Spindler, T. J. (2015). Identification of six new susceptibility loci for invasive epithelial ovarian cancer. *Nature genetics*, 47(2), 164.
- López, A., Sanderman, R., Ranchor, A. V., & Schroevers, M. J. (2018). Compassion for others and self-compassion: levels, correlates, and relationship with psychological well-being. *Mindfulness*, 9(1), 325-331.

- Morrison, A. E., Zaccardi, F., Chatterjee, S., Brady, E., Doherty, Y., Robertson, N., ... & Davies, M. J. (2019). Self-Compassion, Metabolic Control and Health Status in Individuals with Type 2 Diabetes: A UK Observational Study. *Experimental and Clinical Endocrinology & Diabetes*.
- Neff, K. D. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and identity*, 2(3), 223-250.
- Neff, K. D., & Pommier, E. (2013). The relationship between self-compassion and other-focused concern among college undergraduates, community adults, and practicing meditators. *Self and Identity*, 12(2), 160-176.
- Neff, K. D., Hsieh, Y. P., & Dejitterat, K. (2005). Self-compassion, achievement goals, and coping with academic failure. *Self and identity*, 4(3), 263-287.
- Neff, K. D., Kirkpatrick, K. L., & Rude, S. S. (2007). Self-compassion and adaptive psychological functioning. *Journal of research in personality*, 41(1), 139-154.
- Neff, K. D., Long, P., Knox, M. C., Davidson, O., Kuchar, A., Costigan, A., ... & Breines, J. G. (2018). The forest and the trees: Examining the association of self-compassion and its positive and negative components with psychological functioning. *Self and Identity*, 17(6), 627-645.
- Neff, K. D., Rude, S. S., & Kirkpatrick, K. L. (2007). An examination of self-compassion in relation to positive psychological functioning and personality traits. *Journal of research in personality*, 41(4), 908-916.
- Raab, K. (2014). Mindfulness, self-compassion, and empathy among health care professionals: a review of the literature. *Journal of health care chaplaincy*, 20(3), 95-108.
- Singh, N. N., Lancioni, G. E., Karazsia, B. T., Winton, A. S., Myers, R. E., Singh, A. N., ... & Singh, J. (2013). Mindfulness-based treatment of aggression in individuals with mild intellectual disabilities: A waiting list control study. *Mindfulness*, 4(2), 158-167.
- Stephens, A. N., Koppel, S., Young, K. L., Chambers, R., & Hased, C. (2018). Associations between self-reported mindfulness, driving anger and aggressive driving. *Transportation research part F: traffic psychology and behaviour*, 56, 149-155.
- Stjernswärd, S., & Hansson, L. (2018). Effectiveness and usability of a web-based mindfulness intervention for caregivers of people with mental or somatic illness. A randomized controlled trial. *Internet interventions*, 12, 46.
- Van Dam, N. T., Sheppard, S. C., Forsyth, J. P., & Earleywine, M. (2011). Self-compassion is a better predictor than mindfulness of symptom severity and quality of life in mixed anxiety and depression. *Journal of anxiety disorders*, 25(1), 123-130.
- Voci, A., Veneziani, C. A., & Fuochi, G. (2019). Relating Mindfulness, Heartfulness, and Psychological Well-Being: the Role of Self-Compassion and Gratitude. *Mindfulness*, 10(2), 339-351.



- Whitebird, R. R., Kreitzer, M., Crain, A. L., Lewis, B. A., Hanson, L. R., & Enstad, C. J. (2012). Mindfulness-based stress reduction for family caregivers: a randomized controlled trial. *The Gerontologist*, 53(4), 676-686.
- Zhang, J. X., Liu, X. H., Xie, X. H., Zhao, D., Shan, M. S., Zhang, X. L., ... & Cui, H. (2015). Mindfulness-based stress reduction for chronic insomnia in adults older than 75 years: a randomized, controlled, single-blind clinical trial. *Explore*, 11(3), 183.