

Effects of Emotion-Focused Therapy on Meta-Emotion, Mindfulness and Affect Capital in Women with Multiple Sclerosis in Isfahan

Ahmadi Katayounech, F., Khosh Akhlagh, *H.

Abstract

Introduction: This research was carried out with the aim of the effectiveness of emotion-focused therapy on meta-emotion, mindfulness and affect capital of women with multiple sclerosis in Isfahan.

Method: The research design was semi-experimental with a pre-test-post-test design with a control group. The statistical population of the research included women with multiple sclerosis referred to Shariati hospital in Isfahan city in 2023. Using the purposeful sampling method, 30 women with multiple sclerosis who were willing to cooperate were selected based on the criteria for entering the research and were randomly assigned to the experimental and control groups (15 people in each group). The data were collected with Mitmansgruber's meta-emotion questionnaires (2009), Baer's five-facets of mindfulness (2006) and Golparvar's affect capital (2015). The emotion-focused therapy method based on the protocol of Greenberg and Goldman (2019) was performed on the experimental group in sixty minutes 12 sessions. Data were analyzed using multivariate analysis of covariance and SPSS 24 software.

Results: The results showed that emotion-focused therapy was significantly effective on meta-emotion, mindfulness, and affect capital in the experimental group compared to the control group ($p < 0.001$). Also, the results indicated the effectiveness of emotion-focused therapy on the components of meta-emotion, mindfulness and affect capital ($p < 0.001$).

Conclusion: The present study showed that emotion-focused therapy is effective in improving positive meta-emotion, mindfulness and affect capital in Isfahan multiple sclerosis. Therefore, it is suggested to use this approach to increase positive meta-emotion, mindfulness and affect capital.

Keywords: Meta-emotion, Mindfulness, Affect capital, Emotion-focused therapy, Multiple sclerosis.

اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر فراهیجان، ذهن آگاهی و سرمایه‌های عاطفی زنان با بیماری مالتیپل اسکلروزیس اصفهان

فاطمه احمدی کتایونچه^۱، حسن خوش اخلاق^۲

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۱۰/۱۹ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۳/۲۹

چکیده

مقدمه: این پژوهش با هدف اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر فراهیجان، ذهن آگاهی و سرمایه‌های عاطفی زنان با بیماری مالتیپل اسکلروزیس اصفهان انجام پذیرفت.

روش: طرح پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه‌آماري پژوهش، شامل زنان دارای بیماری مالتیپل اسکلروزیس مراجعه‌کننده به بیمارستان شریعتی شهر اصفهان در سال ۱۴۰۲ بود. با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند ۳۰ نفر از زنان مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس که مایل به همکاری بودند، بر اساس ملاک‌های ورود به پژوهش انتخاب و به‌طور تصادفی در گروه آزمایشی و کنترل گمارده شدند (۱۵ نفر هر گروه). داده‌ها با پرسشنامه‌های فراهیجان میتمانسگرور (۲۰۰۹)، پنج وجهی ذهن آگاهی بائر (۲۰۰۶) و سرمایه هیجانی گل پرور (۱۳۹۵) جمع‌آوری شدند. روش درمان متمرکز بر هیجان براساس پروتکل گرینبرگ و گلدمن (۲۰۱۹) در ۱۲ جلسه به مدت ۶۰ دقیقه بر روی گروه آزمایش انجام گرفت. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری و نرم‌افزار SPSS-24 تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که درمان متمرکز بر هیجان به طور معناداری بر فراهیجان، ذهن آگاهی و سرمایه عاطفی افراد گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل اثربخش بود ($p < 0/001$). همچنین نتایج حاکی از اثربخش بودن درمان متمرکز بر هیجان بر مؤلفه‌های فراهیجان، ذهن آگاهی و سرمایه‌های عاطفی داشت ($p < 0/001$).

نتیجه‌گیری: مطالعه حاضر نشان داد که درمان متمرکز بر هیجان بر بهبود فراهیجانی مثبت، ذهن آگاهی و سرمایه‌های عاطفی در بیماری مالتیپل اسکلروزیس اصفهان مؤثر است. بنابراین، استفاده از این رویکرد جهت افزایش فراهیجان مثبت، ذهن آگاهی و سرمایه عاطفی پیشنهاد می‌گردد.

واژه‌های کلیدی: فراهیجان، ذهن آگاهی، سرمایه‌های عاطفی، درمان متمرکز بر هیجان، مالتیپل اسکلروزیس.

مقدمه

مالتیپل اسکلروز یا ام‌اس (MS) یک بیماری ناتوان‌کننده‌ی مغز و نخاع (سیستم عصبی مرکزی) است. این بیماری خود ایمنی^۱ در اثر حمله سیستم ایمنی بدن به رشته‌های عصبی ایجاد می‌کند و غلاف حفاظتی آن را از بین می‌برد. در نتیجه پیام‌های عصبی به درستی منتقل نمی‌شوند و در عملکردهای بدن اختلال ایجاد می‌شود (۱). علائم و نشانه‌های MS متنوع هستند و به میزان آسیب عصبی و اعصاب درگیر بستگی دارد؛ مثلاً در برخی افراد که شدت بیماری در آن‌ها زیاد است، ممکن است فرد توانایی راه رفتن به صورت مستقل یا در کل این توانایی را از دست بدهند. درحالی‌که دیگران ممکن است برای مدت طولانی بهبود پیدا کنند و هیچ‌گونه علائم جدیدی را تجربه نکنند (۲). هیچ درمانی برای مالتیپل اسکلروز وجود ندارد. با این حال، برخی درمان‌ها می‌توانند در سرعت بهبودی بعد از حملات، تغییر مسیر بیماری و مدیریت علائم آن کمک کنند (۱). حدود ۶۰ تا ۷۰ درصد از افراد مبتلا به MS با عود مکرر و پیشرفت مداوم علائم با یا بدون دوره‌های بهبودی، دچار مولتیپل اسکلروزیس یا ام‌اس پیشرونده‌ی ثانویه هستند. بدتر شدن علائم در این افراد معمولاً شامل مشکلات حرکتی و راه رفتن می‌شود. میزان پیشرفت بیماری در افراد مبتلا به MS پیشرونده‌ی ثانویه متفاوت است و بعضی افراد مبتلا به MS شروعی تدریجی و پیشرفت مداوم نشانه‌ها و علائم بدون عود را تجربه می‌کنند، که به عنوان MS پیشرونده‌ی اولیه شناخته می‌شود (۳). از این‌رو، بیماری مالتیپل اسکلروزیس نوعی اختلال شدید سیستم اعصاب مرکزی (CNS) می‌باشد که عمدتاً با مشخصات کاهش میلین^۲، آسیب در آکسون‌ها^۳ و الیگودندروسیت‌ها^۴ و نقص پیشرونده نورولوژیکی^۵، التهاب مزمن شناخته می‌شود. آغاز این بیماری اغلب در اوایل بزرگسالی رخ می‌دهد و به همین جهت MS به عنوان یک بیماری نورولوژیکی شایعی که افراد جوان را درگیر می‌کند شناخته می‌شود. این بیماری در زنان بیش از مردان شایع است (۴).

بیماری MS علاوه بر اختلالات عصبی حرکتی، با علائمی چون اضطراب، افسردگی مشکلات عاطفی هیجانی ضعف و کاهش قدرت حل مشکل همراه بوده و باعث اختلالات جسمی و روانی متعددی می‌شود (۵).

آنچه در برخورد با این بیماری ضروری به نظر می‌رسد پرداختن به مسائل روانشناختی است که بیماران با آن روبرو هستند (۶). یکی از متغیرهای روانشناختی که می‌تواند در بیماران مبتلا مورد توجه قرار گیرد، فراهیجان^۶ است. فراهیجان شامل مجموعه‌ای از هیجان‌ها و احساس‌های فرد است که برای توصیف خود از آن‌ها استفاده می‌کند (۷). فراهیجان همچنین شامل جنبه‌های شناختی عاطفی و انگیزشی است و هم به عنوان حالت و هم به عنوان صفت در نظر گرفته شده است (۸). این سازه، هیجان‌هایی را دربر می‌گیرد که در پاسخ به هیجان‌های دیگر رخ می‌دهند، مانند شرم و ندامت درباره خشم (۹). فراهیجان به دو بخش فراهیجان مثبت و فراهیجان منفی تقسیم می‌شوند و همان‌طور که هیجان به‌طور مستقیم و غیرمستقیم بر شناخت تأثیر می‌گذارد، فراهیجان نیز به‌طور مستقیم و غیرمستقیم بر فراشناخت تأثیر می‌گذارد. به عبارتی فراهیجان فرد را قادر می‌سازد با انعطاف‌پذیری بیشتری به وقایع محیطی متنوع پاسخ دهد (۱۰). فراهیجان، اطلاعاتی درباره فرآیند تنظیم هیجان، ایجاد می‌کند (۱۱). در این راستا تحقیقات مختلف نشان داده‌اند که توانمندی افراد در تنظیم شناختی هیجانی می‌تواند نقش مهمی را در سازگاری فرد با وقایع استرس‌زای زندگی بازی کند (۷). شواهد پژوهشی نشان می‌دهد هیجان‌های منفی چون خشم می‌تواند ابتلا به بیماری مالتیپل اسکلروزیس را پیش‌بینی کنند (۱۲). همچنین فراهیجان منفی در تشدید بیماری MS نقش مهمی دارد (۱۳).

لذا امروزه بحث سلامت، صرفاً یک مفهوم زیست - پزشکی نیست، بلکه پدیده‌ای چندبعدی و چندعلیتی است (۵). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که عوامل روانشناختی می‌توانند به عنوان عارضه‌ای از بیماری MS و همچنین عاملی در تشدید، عود و یا کاهش علائم بیماری باشند (۱۴). در این میان یکی دیگر از فاکتورهای روانشناختی مؤثر که می‌تواند

1. Autoimmunity
2. Myelin
3. Axons
4. Oligodendrocytes
5. Progressive neurological defects

6. Meta-emotion

در تعدیل و کاهش نشانه‌های بیماری MS از اهمیت و نقش ویژه‌ای برخوردار باشد، ذهن‌آگاهی^۱ است. ذهن‌آگاهی به‌عنوان حالت توجه برانگیخته و آگاهی از آنچه در لحظه حال اتفاق می‌افتد، توصیف می‌شود (۱۵). ذهن‌آگاهی، ترکیبی از سرزندگی و واضح دیدن تجربیات است که می‌تواند تغییرات مثبتی را در شادکامی و بهزیستی روانی فرد ایجاد کند (۱۶). ذهن‌آگاهی کمک می‌کند که درک کنیم که هیجان‌های منفی ممکن است روی دهد، اما جزء ثابت و دائمی شخصیت نیستند. به‌علاوه ذهن‌آگاهی به فرد این امکان را می‌دهد تا به‌جای آن که نسبت به رویدادها پاسخی غیرارادی و بی‌تأمل داشته باشد، با تفکر و تأمل پاسخ دهد. ذهن‌آگاهی روشی است برای زندگی بهتر، تسکین دردها و غنابخشی و معنادارسازی زندگی است (۱۷). در این رابطه مطالعات نشان داده است افزایش ذهن‌آگاهی با افزایش بهزیستی روانشناختی و کاهش نشانه‌های درد همراه است (۱۸). با افزایش ذهن‌آگاهی توانایی فرد برای پیشگیری از حالت‌هایی مانند خشم و اضطراب و افسردگی افزایش می‌یابد (۱۹).

از سوی دیگر می‌توان گفت شواهد حاصل از مطالعات نشان می‌دهد افراد دارای بیماری MS، اغلب به دلیل احساس ضعف در حرمت خود و خودارزشمندی در زمینه‌های احساس نشاط و انرژی، عاطفه مثبت و شادمانی که در صورت‌بندی‌های نوین به لحاظ نظری تحت عنوان سرمایه عاطفی^۲ مطرح شده است، نیازمند کمک و یاری هستند (۲۰). سرمایه عاطفی از نظر تعریف، وضعیتی از نشاط و انرژی عاطفی مثبت درونی قابل هدایت و تحول است که با تمرکز هدفمند، قابلیت تأثیرگذاری بر انتخاب‌ها و رفتارهای افراد را داشته و دارای سه مؤلفه عاطفه مثبت، احساس انرژی و شادمانی است (۲۱). شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که سرمایه عاطفی با طیف گسترده‌ای از متغیرهای رفتاری و عملکردی مثبت که برای یک زندگی مطلوب و کارآمد لازم هستند، مرتبط است و قادر به گسترش توان ظرفیتی و مهارتی در افراد، ارتقای سلامت روان و بهزیستی روانشناختی است (۲۲). لذا هم به لحاظ ماهیت و هم به لحاظ پیوندی که

سرمایه عاطفی با شاخص‌های سلامت روان دارد، در تقابل با علائم افسردگی و دیگر اختلالات قرار می‌گیرد (۲۳). تاکنون روش‌های درمانی زیادی برای بهبود و یا درمان اختلالات روانی در بیماری‌های طبی به‌کار رفته است. برای کاهش مشکلات روانشناختی و بهبود سازه‌های مؤثر در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس درمان‌های مختلفی پیشنهاد شده است. از جمله رویکردهای درمانی مؤثر در این زمینه، درمان متمرکز بر هیجان^۳ است (۱۴). درمان متمرکز بر هیجان یک روش درمانی است که براساس آن، هیجان‌ها در هویت افراد اهمیت دارد. بر اساس درمان متمرکز بر هیجان، هیجان‌ها عامل انتخاب‌ها و تصمیم‌گیری‌ها محسوب می‌شوند. در واقع در درمان متمرکز بر هیجان فرض می‌شود که عدم آگاهی عاطفی و یا نادیده‌گرفتن هیجان‌ها منفی باعث آسیب‌روانی می‌شوند (۲۴). درمان متمرکز بر هیجان (EFT) نوعی درمان تجربی و انسان‌گرایانه است که از نظریه دلبستگی، علم اعصاب هیجانی، و مفاهیم هوش هیجانی ریشه می‌گیرد. درمان متمرکز بر هیجان نوعی درمان مبتنی بر شواهد است که به لحاظ تجربی مورد تأیید قرار گرفته است. در درمان متمرکز بر هیجان، درمانگر می‌تواند به‌عنوان مربی هیجان عمل کند و بیماران را یاری دهد تا در پردازش پاسخ‌های هیجانی خود، کارآمدتر و سازگارانه‌تر عمل کنند (۲۵). در این درمان با تأکید بر مهارت شناسایی و تشخیص هیجان‌ها خود و دیگران، نحوه صحیح ابراز هیجان با توجه به موقعیت اجتماعی، کاهش شدت هیجان‌ها منفی پیش از بروز پاسخ، در کنار فن‌های شناختی و رفتاری به تأثیرگذاری بر اضطراب و سایر هیجان‌ها منفی می‌پردازد (۲۶). بنابراین نیاز به مداخله‌ی روانشناختی جهت نیل به این اهداف ضروری است. از سوی دیگر مروری بر پیشینه پژوهش نشان می‌دهد با آن که درمان متمرکز بر هیجان بر علائم اضطراب و افسردگی (۲۷)، سرمایه روانشناختی و رشد پس از سانحه (۲۸)، کیفیت زندگی (۲۹)، نارسایی شناختی و اجتناب هیجانی (۳۰) و سازگاری روانی اجتماعی و سلامت اجتماعی (۳۱) بیماران دارای MS و سرمایه‌های عاطفی زنان دارای اضطراب اجتماعی (۲۵)، هیجان‌ها مثبت و صمیمیت زناشویی (۲۶)، تنظیم هیجان، امیدواری و افکار خودکشی بیماران مبتلا به استرس پس از

1. Mindfulness
2. Affect Capital

انتخاب و به صورت تصادفی در گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند.

ملاک‌های ورود به پژوهش شامل رضایت برای مشارکت در پژوهش، دامنه سنی ۳۰ تا ۶۰ سال، دریافت تشخیص مالتیپل اسکلروزیس از متخصص مغز و اعصاب بر اساس پرونده پزشکی، کسب نمره حداقل ۴۵ در پرسشنامه فراهیجان منفی و عدم مشارکت همزمان در برنامه آموزشی و درمانی روانشناختی دیگر بود. ملاک‌های خروج از پژوهش شامل غیبت بیش از دو جلسه، تمایل نداشتن به ادامه همکاری و عدم تکمیل پرسشنامه‌ها بود.

ابزار

۱. مقیاس فراهیجان میتمانسگروبر: این پرسشنامه توسط میتمانسگروبر و همکاران در سال ۲۰۰۹ تدوین شده است. این آزمون دارای ۲۸ گویه است و بر اساس لیکرت شش درجه‌ای لیکرت است. دارای ۶ زیر مقیاس است که عبارتند از خشم، شرم، کنترل خشونت و فرونشانی (فراهیجان‌های منفی) و شفقت و علاقه (فراهیجان‌های مثبت). دامنه نمرات این آزمون در فراهیجان منفی بین ۱۶ تا ۹۶ و در فراهیجان مثبت بین ۱۲ تا ۷۲ می‌باشد. نمره بالا در هر مقیاس نشان دهنده فراهیجان منفی یا فراهیجان مثبت بیشتر است. این پژوهشگران مقیاس را شامل شش مؤلفه خشم، شرم، کنترل خشونت و فرونشانی (فراهیجان‌های منفی) و شفقت و علاقه (فراهیجان‌های مثبت) گزارش نمودند. گویه‌های این پرسشنامه عبارتند از: خشم (۳، ۵، ۱۵، ۲۷)؛ شرم (۱۲، ۱۴، ۱۷، ۲۰، ۲۱)؛ مهار شدید (۱، ۶، ۸، ۱۹، ۲۶)؛ فرونشانی (۲۵، ۱۰)؛ شفقت (۲، ۴، ۷، ۹، ۱۱، ۲۲، ۲۴) و علاقه (۱۳، ۱۶، ۱۸، ۲۳، ۲۸). ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۷۰ تا ۰/۸۰ گزارش شده است (۳۹). نتایج تحلیل عاملی این پژوهش، دو بعد اصلی فراهیجان‌های مثبت و فراهیجان‌های منفی را تأیید کرد. همچنین روایی همگرایی فراهیجان‌های مثبت در این ابزار با مؤلفه‌های هوش هیجانی پرسشنامه رگه هوش هیجانی پترایدز و فارنهام (۰/۵۱) گزارش شد. ضریب همبستگی این مقیاس با پرسشنامه شخصیت نئو و مقیاس عواطف مثبت و منفی، مقیاس افسردگی بک و پرسشنامه فراشناخت معنی‌دار گزارش شده است. پایایی این آزمون با

سانحه (۳۲)، افسردگی معلمان (۳۳)، اضطراب و کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان (۳۴)، پریشانی هیجانی زنان نابارور (۳۵)، شرم درونی و بیرونی افراد دارای اضطراب اجتماعی (۳۶) و خودتنظیمی هیجان (۳۷) اثربخش بوده است، اما تاکنون پژوهشی به بررسی اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر متغیرهای پژوهش انجام نگرفته است که این مسأله نشان دهنده وجود خلاء پژوهشی و نوآوری در این پژوهش است. لذا از آنجا که اثرات پریشانی و هیجان‌های منفی بر سلامت جسمی، کیفیت زندگی و سلامت روانی بیماران ام‌اس مشهود است، مداخله در سازه‌های فراهیجان، ذهن‌آگاهی و سرمایه‌های عاطفی زنان مبتلا به MS دارای تلوویحات درمانی و پیشگیرانه از ابتلاء و حتی پیشروی این بیماری دارد. از این رو هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر فراهیجان، ذهن‌آگاهی و سرمایه‌های عاطفی زنان با بیماری مالتیپل اسکلروزیس شهر اصفهان بود.

روش

طرح پژوهش: این پژوهش، از نوع پژوهش‌های کاربردی و از دسته پژوهش‌های آزمایشی می‌باشد و با روش نیمه آزمایشی در قالب طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون، همراه با گروه کنترل اجرا شد. متغیر مستقل در این پژوهش گروه درمانی متمرکز بر هیجان و متغیرهای وابسته فراهیجان، ذهن‌آگاهی، سرمایه‌های عاطفی بودند. در این پژوهش بر روی گروه آزمایش درمان متمرکز بر هیجان اجرا شد و به گروه کنترل، هیچ درمانی ارائه نشد. به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، بعد از اتمام فرآیند پژوهش، گروه کنترل نیز تحت درمان متمرکز بر هیجان در مرکز مشاوره روانشناختی طنین قرار گرفتند.

آزمودنی‌ها: جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی زنان دارای بیماری مالتیپل اسکلروزیس مراجعه‌کننده به بیمارستان شریعتی اصفهان در شش ماهه اول سال ۱۴۰۲ بود که از این جامعه ابتدا با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند به غربالگری افراد پرداخته شد و از آنجا که در روش‌های آزمایشی حداقل ۱۵ نفر برای هر گروه توصیه شده است (۳۸)، در پی فراخوان اعلام شده در بیمارستان شریعتی اصفهان از بین ۷۳ نفر از داوطلبان مایل به همکاری، بر اساس ملاک‌های ورود به پژوهش تعداد ۳۰ نفر

دادند که امتیازات حاصل از پرسشنامه سرمایه عاطفی با امتیازات حاصل از سرمایه گذاری جمعی عاطفی و شکایات روان تنی رابطه معناداری دارد (۴۳). پایایی این آزمون و خرده مقیاس های عاطفه مثبت، احساس انرژی و شادمانی به ترتیب ۰/۹۹، ۰/۹۸، ۰/۹۷، ۰/۹۷ با روش آلفای کرونباخ محاسبه شده است (۲۲).

روند اجرای پژوهش: مجوز لازم برای انجام پژوهش حاضر از کمیته سازمانی اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اصفهان با کد (IR.IAU.KHUISF.REC.1402.2.245) دریافت شد. نمونه گیری بدین صورت بود که پس از دریافت کد اخلاق و اخذ معرفی نامه از سوی دانشگاه آزاد اسلامی واحد نائین و هماهنگی لازم با علوم پزشکی اصفهان به بیمارستان شریعتی شهر اصفهان مراجعه و با اعلام فراخوان، متناسب با حجم نمونه از بین افراد داوطلب واجد شرایط بر اساس ملاک های ورود به پژوهش، تعداد ۳۰ نفر انتخاب شدند. در نهایت با رعایت ملاحظات اخلاقی و بیان اهداف پژوهش و کسب اجازه از افراد شرکت کننده در پژوهش، رضایت کتبی آن ها جهت شرکت در پژوهش اخذ گردید و این اطمینان به افراد داده شد که تمام اطلاعات محرمانه بوده و برای امور پژوهشی استفاده خواهند شد. همچنین، به منظور رعایت حریم خصوصی، نام و نام خانوادگی شرکت کنندگان ثبت نشد. در این پژوهش درمان متمرکز بر هیجان بر اساس کتاب آموزش درمان فردی گرینبرگ و گلدمن (۴۴) که روایی محتوای آن به تایید ۵ نفر از اساتید مجرب در این زمینه رسیده بود، برگزار شد. خلاصه پروتکل مورد استفاده در جدول ۱ آورده شده است. در نهایت گروه آزمایش ۱۲ جلسه (هر هفته ۱ جلسه به مدت ۶۰ دقیقه) توسط متخصص آموزش دیده زیر نظر اساتید راهنما و مشاور با مدرک دکتری روانشناسی بالینی تحت آموزش درمان متمرکز بر هیجان در یکی از کلینیک های بیماران مال تیپیل اسکروزیس شهر اصفهان قرار گرفت و گروه کنترل هیچ مداخله ای دریافت نکرد و در لیست انتظار باقی ماند. اعضای هر دو گروه در هر دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون، پرسشنامه های فراهیجان، ذهن آگاهی و سرمایه های عاطفی را تکمیل کردند.

روش آلفای کرونباخ ۰/۸۷ ارزیابی شده است (۴۰)، پایایی این آزمون در ایران ۰/۷۸ گزارش شده است (۲۱).

۲. مقیاس پنج وجهی ذهن آگاهی^۱: این پرسشنامه توسط بائر و همکاران در سال ۲۰۰۶ تهیه شد. این پرسشنامه دارای ۳۹ گویه است که بر اساس مقیاس پنج درجه ای لیکرت نمره گذاری می شود. این آزمون دارای پنج زیرمقیاس است که عبارتند از: مشاهده، توصیف، عمل همراه با آگاهی، عدم قضاوت به تجربه درونی و عدم واکنش به تجربه درونی. دامنه نمرات این آزمون بین ۳۹ تا ۱۹۵ قرار می گیرد. مطابق بررسی های احمدوند و همکاران (۱۸). ذهن آگاهی افرادی که تجربه انجام مراقبه داشتند، در هر پنج عامل بالاتر از افراد عادی بود و روایی آن در نمونه های غیربالیینی ایرانی نیز مطلوب بوده است. همچنین، عامل های پرسشنامه بنابر پژوهش بائر و همکاران (۴۱) از همسانی درونی مطلوبی برخوردار بوده است. در ارزیابی پایایی ضریب آلفای کرونباخ در دامنه ۰/۷۵ تا ۰/۹۱ قرار داشت (۴۲). همچنین در ایران انجام ضریب آلفای زیرمقیاس ها در دامنه ۰/۵۵ و ۰/۸۴ قرار گرفت که در حد قابل قبولی قرار دارد (۱۸).

۳. مقیاس سرمایه عاطفی^۲ گل پرور: سال ۱۳۹۵ تدوین شد. این پرسشنامه دارای ۲۰ گویه است و سه خرده مقیاس عاطفه مثبت، احساس انرژی و شادمانی را شامل می شود. مقیاس پاسخگویی این آزمون لیکرت پنج درجه ای است. دامنه نمرات این آزمون بین ۲۰ تا ۱۰۰ قرار می گیرد. افزایش امتیازات به معنای افزایش سرمایه عاطفی و سه مؤلفه آن است. هیچ کدام از گویه ها دارای نمره گذاری معکوس نیست. این پرسشنامه دارای روایی و پایایی مطلوبی است. در مطالعه گل پرور آلفای کرونباخ عاطفه مثبت، احساس انرژی، شادمانی و کل پرسشنامه به ترتیب، ۰/۹۵، ۰/۸۹، ۰/۹۰ و ۰/۹۷ بدست آمد. تحلیل عاملی اکتشافی انجام شده روایی سازه عاملی این پرسشنامه را مستند نموده و آلفای کرونباخ این پرسشنامه در دامنه بین ۰/۹۳۶ تا ۰/۹۷۸ گزارش شده است. عنایتی و گل پرور در پژوهش خود از طریق تحلیل عاملی اکتشافی با چرخش از نوع واریماکس، روایی سازه عاملی این پرسشنامه را مجدد مستند نموده و آلفای کرونباخ آن را برابر با ۰/۹۶۵ گزارش نموده و نشان

1. Five Facet Mindfulness Questionnaire
2. Affect Capital Questionnaire

جدول (۱) خلاصه محتوای جلسات آموزشی بر اساس درمان متمرکز بر هیجان

جلسات	محتوای جلسات
اول	آشنایی کلی، معرفی درمانگر، بررسی انگیزه و انتظار افراد از شرکت در درمان، ارائه تعریف مفاهیم درمان متمرکز بر هیجان، آشنایی اولیه با مشکلات، اجرای پیش‌آزمون
دوم	ایجاد همدلی، ایجاد اتحاد درمانی بین مراجع و درمانگر در مورد اهداف درمانی و چگونگی اجرای درمان، درک چگونگی شکل‌گیری رابطه‌ی فعلی، ارزیابی ماهیت مشکل و رابطه، یافتن درکی روشن از بیماری ام‌اس در افراد، ورزش یخ شکن
سوم	پرورش محیطی امن و خلق اعتماد، تشویق مراجعین به بیان ترس‌های خود در رابطه با بیماری ام‌اس (مانند ترس از طرد شدن؛ ترس از گفتن عیب‌ها و نقایص جسمی ناشی از بیماری ام‌اس - ترس از گفتن مسائل و مشکلات خود در زمینه بیماری)
چهارم	ارزیابی دلبستگی و صمیمیت، یافتن موانع درونی و بیرونی، صمیمیت و رهگیری‌های هیجانی در افراد، تحلیل حالت‌های هیجانی
پنجم	دستیابی به هیجان‌های شناخته نشده نهفته در موقعیت‌های تعاملی و شناسایی احساسات اولیه و ثانویه افراد
ششم	تشدید تجربه‌های هیجانی، افزایش تمایل به درگیری و رویارویی هیجانی با ترس‌های مرتبط با بیماری، افزایش پاسخ‌گویی به افراد برای بازگویی احساسات نهفته و نیازهای دلبستگی شکل داده شده
هفتم	افزایش شناسایی نیازها و جنبه‌هایی از خود که انکار شده، افزایش آگاهی به خود، درگیر شدن و پذیرش آسیب‌ها و صدمات و ترس‌های مرتبط با بیماری ام‌اس
هشتم	کاوش مشکلات و موضوعات قدیمی تسهیل ابراز نیازها و خواسته‌ها، تسهیل راه‌حل‌های جدید برای مشکلات و التیام جراحات با استفاده از همدلی و تحکیم موقعیت‌های جدید و چرخه تعاملی مثبت.
نهم	یادگیری مبنی بر اینکه هیجان‌هایی که به تازگی آشکار شده اعتماد کرده و واکنش‌های جدید را نسبت به انگیزه‌هایشان تجربه نمایند.
دهم	هیجان‌های اولیه مرتبط با بیماری که در مراحل قبلی شناسایی شده بودند به صورت کامل‌تری پردازش می‌شوند. درمانگر قاعده‌ای را آغاز می‌کند که بر طبق آن مراجع اشتیاق خود را به نوع جدیدتری از ارتباط به صورت تقریباً واضح بیان می‌کند.
یازدهم	ترغیب به شناسایی نیازهای طردشده و جنبه‌هایی از خود که انکار شده‌اند. جلب توجه مراجعین به شیوه‌ی تعامل با دیگران و انعکاس الگوهای تعاملی آن‌ها با احترام و همدلی.
دوازدهم	تقویت تغییراتی که طی درمان صورت گرفته است، برجسته کردن تفاوت‌هایی که بین تعاملات فعلی و تعاملات قدیمی ایجاد شده است، ارزیابی تغییرات و اجرای پس‌آزمون

یافته‌ها

تفاوت معنی‌داری وجود نداشت. از سوی دیگر، داده‌های مربوط به متغیر وابسته فراهیجان، ذهن‌آگاهی و سرمایه‌های عاطفی در پس‌آزمون و پیش‌آزمون با شاخص‌های توصیفی میانگین و انحراف استاندارد به تفکیک گروه‌ها در جدول ۲ گزارش شده است.

برای تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده و ابتدا مفروضه‌های زیربنایی این آزمون بررسی شد. نتایج این پیش‌فرض در جدول ۳ ارائه شده است.

در این پژوهش در گروه آزمایش ۴۰ درصد از شرکت‌کنندگان بین ۳۰ تا ۴۰ سال، ۴۶/۶۶ درصد بین ۴۱ تا ۵۰ سال، ۱۳/۳۳ درصد بین ۵۱ تا ۶۰ سال و در گروه کنترل ۳۳/۳۳ درصد از شرکت‌کنندگان بین ۳۰ تا ۴۰ سال، ۴۶/۶۶ درصد بین ۴۱ تا ۵۰ سال و ۲۰ درصد بین ۵۱ تا ۶۰ سال قرار داشتند. همچنین، براساس آزمون کروسکال والیس می‌توان مشاهده نمود که بین گروه کنترل و درمان از نظر سن

جدول (۲) شاخص‌های توصیفی متغیر فراهیجان، ذهن‌آگاهی و سرمایه‌های عاطفی به تفکیک دو گروه مورد مطالعه

متغیر	مقیاس	مرحله	گروه کنترل		گروه درمان	
			میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
فراهیجان	فراهیجان‌های مثبت	پیش‌آزمون	۴۹/۴۰	۶/۳۰	۴۸/۶۶	۷/۳۰
		پس‌آزمون	۴۸/۷۳	۷/۶۰	۷۲/۶۰	۵/۱۰
	فراهیجان‌های منفی	پیش‌آزمون	۴۹/۸۰	۱۸/۰۳	۵۱/۴۶	۲/۶۰
		پس‌آزمون	۴۸/۲۰	۸/۳۰	۲۹/۰۶	۴/۴۰
ذهن‌آگاهی	مشاهده	پیش‌آزمون	۱۹/۰۶	۲/۶۳	۱۸/۹۳	۲/۴۰
		پس‌آزمون	۱۸/۴۶	۲/۶۹	۳۳/۹۳	۲/۰۸
	توصیف	۱۹/۳۳	۲/۰۹	۱۹/۳۳	۲/۵۰	

متغیر	مقیاس	مرحله	گروه کنترل		گروه درمان	
			انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین
عمل همراه با آگاهی		پس آزمون	۱۹/۸۰	۱/۸۰	۳۵/۸۶	۱/۵۰
		پیش آزمون	۱۳/۰۶	۱/۷۰	۱۳/۴۶	۲/۱۰
		پس آزمون	۱۵/۵۳	۵/۵۰	۳۳/۸۶	۲/۲۰
عدم قضاوت		پیش آزمون	۱۶/۶۰	۲/۵۰	۱۶/۲۰	۲/۹۰
		پس آزمون	۱۶/۲۶	۲/۶۰	۳۱/۸۰	۳/۶۰
		پیش آزمون	۱۴/۴۰	۳/۵۰	۱۵/۶۰	۳/۶۰
عدم واکنش		پس آزمون	۱۴/۵۳	۳/۳۰	۳۲/۰۰	۰/۸۴۵
		پیش آزمون	۸۲/۴۶	۶/۹۶۷	۸۳/۵۳	۵/۹۳
		پس آزمون	۸۴/۶۰	۷/۹۳	۱۶۷/۴۶	۵/۲۳
عاطفه مثبت شبه حالت		پیش آزمون	۳۳/۶۰	۳/۱۰	۳۲/۹۳	۳/۱۰
		پس آزمون	۳۲/۴۰	۳/۳۰	۴۲/۵۳	۴/۷۰
		پیش آزمون	۱۳/۶۰	۲/۹۰	۱۳/۴۶	۲/۸۰
احساس انرژی		پس آزمون	۱۲/۷۳	۳/۳۰	۲۰/۰۰	۲/۴۰
		پیش آزمون	۱۴/۱۳	۱/۵۰	۱۳/۴۰	۱/۸۰
		پس آزمون	۱۳/۲۰	۳/۱۰	۱۷/۶۶	۱/۲۰
شادمانی		پیش آزمون	۶۱/۳۳	۴/۱۸۶	۵۹/۸۰	۵/۵۰۵
		پس آزمون	۵۸/۳۳	۶/۹۸۶	۸۰/۲۰	۵/۹۴
		پس آزمون	۵۸/۳۳	۶/۹۸۶	۸۰/۲۰	۵/۹۴
نمره کل		پیش آزمون	۳۳/۶۰	۳/۱۰	۳۲/۹۳	۳/۱۰
		پس آزمون	۳۲/۴۰	۳/۳۰	۴۲/۵۳	۴/۷۰
		پیش آزمون	۱۳/۶۰	۲/۹۰	۱۳/۴۶	۲/۸۰
سرمایه عاطفی		پس آزمون	۱۲/۷۳	۳/۳۰	۲۰/۰۰	۲/۴۰
		پیش آزمون	۱۴/۱۳	۱/۵۰	۱۳/۴۰	۱/۸۰
		پس آزمون	۱۳/۲۰	۳/۱۰	۱۷/۶۶	۱/۲۰
نمره کل		پیش آزمون	۶۱/۳۳	۴/۱۸۶	۵۹/۸۰	۵/۵۰۵
		پس آزمون	۵۸/۳۳	۶/۹۸۶	۸۰/۲۰	۵/۹۴
		پس آزمون	۵۸/۳۳	۶/۹۸۶	۸۰/۲۰	۵/۹۴

جدول ۳) نتایج پیش فرض آماری نرمال بودن توزیع نمرات

متغیر	مرحله	گروه کنترل		گروه درمان	
		آماره شاپیرو-ویلکز	مقدار احتمال	آماره شاپیرو-ویلکز	مقدار احتمال
فراهیجان های مثبت	پیش آزمون	۰/۹۳	۰/۳۷	۰/۵۹	۰/۷۹۷
	پس آزمون	۰/۵۷	۰/۵۳۳	۰/۶۱	۰/۴۲
فراهیجان های منفی	پیش آزمون	۰/۹۰۹	۰/۱۹۵	۰/۴۲	۰/۷۱
	پس آزمون	۰/۹۳۹	۰/۱۸۷	۰/۷۷	۰/۰۶۸
مشاهده	پیش آزمون	۰/۸۳۸	۰/۰۹۷	۰/۷۹	۰/۰۵۸
	پس آزمون	۰/۹۷	۰/۰۷۵	۰/۷۳	۰/۰۶۳
توصیف	پیش آزمون	۰/۹۹	۰/۰۶۵	۰/۷۷	۰/۱۴۵
	پس آزمون	۰/۹۳	۰/۰۸	۰/۷۹	۰/۲۵۵
عمل همراه با آگاهی	پیش آزمون	۰/۸۶۹	۰/۲۰	۰/۴۴	۰/۳۲
	پس آزمون	۰/۷۶۸	۰/۱۱	۰/۶۱	۰/۴۲
عدم قضاوت	پیش آزمون	۰/۷۴	۰/۵۱۵	۰/۴۲	۰/۷۱
	پس آزمون	۰/۷۷	۰/۵۰۷	۰/۷۳۸	۰/۰۸۷
عدم واکنش	پیش آزمون	۰/۷	۰/۵۲	۰/۸۷	۰/۰۶۵
	پس آزمون	۰/۵۲	۰/۸۱	۰/۸۹	۰/۰۵۵
عاطفه مثبت شبه حالت	پیش آزمون	۰/۸۷	۰/۰۷۸	۰/۸۳	۰/۰۷
	پس آزمون	۰/۸۹	۰/۰۶۸	۰/۷۶۹	۰/۱۱
احساس انرژی	پیش آزمون	۰/۸۳	۰/۰۸۳	۰/۶۶۸	۰/۱۳
	پس آزمون	۰/۸۷	۰/۲۴۵	۰/۴۴	۰/۳۱۵
شادمانی	پیش آزمون	۰/۸۹	۰/۲۵۵	۰/۵۷	۰/۳۰۷
	پس آزمون	۰/۵۴	۰/۴۲	۰/۵۳۸	۰/۰۷۱

همسانی ماتریس کوواریانس رعایت شده است. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس نمرات فراهیجان، ذهن آگاهی و سرمایه های عاطفی در مراحل پس آزمون و پیش آزمون در جدول ۴ ارائه شده است.

برای بررسی همگنی واریانس ها از آزمون لوین استفاده شد نتایج نشان داد که در متغیرها و مؤلفه های آن همگنی واریانس برقرار است ($P > 0/001$). همچنین به منظور ارزیابی همسانی ماتریس کوواریانس، از آزمون ام باکس استفاده گردید. نتیجه این آزمون نشان داد که پیش فرض

جدول ۴) تحلیل کوواریانس بر روی میانگین نمرات فراهیجان، ذهن آگاهی و سرمایه های عاطفی در مراحل پیش آزمون و پس آزمون

مقیاس	آزمون	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	P	اندازه اثر
فراهیجان های مثبت	پیش آزمون	۲۴۶/۸۷۳	۱	۲۴۶/۸۷۳	۱/۹۵۹	۰/۱۷۳	۰/۰۷۰
	گروه	۵۳۷۰/۳۰۱	۱	۵۳۷۰/۳۰۱	۴۲/۶۱۵	$p < 0/001$	۰/۶۲۱
فراهیجان های منفی	پیش آزمون	۴۵۱/۰۹۱	۱	۴۵۱/۰۹۱	-/۰۲۳	۰/۸۸۱	۰/۰۰۱
	گروه	۳۰۶۷/۲۳۸	۱	۳۰۶۷/۲۳۸	۶۴/۴۵۴	$p < 0/001$	۰/۷۱۳
ذهن آگاهی	پیش آزمون	۲۳/۴۵۸	۱	۲۳/۴۵۸	۴۲/۴۱۸	$p < 0/001$	۰/۸۷
	گروه	۳۵۳۸/۱۸۷	۱	۳۵۳۸/۱۸۷	۷۳/۲۵۲	$p < 0/001$	۰/۸۳
مشاهده	پیش آزمون	۲۲۱/۱۱۰	۱	۲۲۱/۱۱۰	-/۰۳۰۹	۰/۵۸۴	۰/۰۱۳
	گروه	۱۶۶۷/۵۸۸	۱	۱۶۶۷/۵۸۸	۲۴/۴۱۱	$p < 0/001$	۰/۶۱۴
توصیف	پیش آزمون	۶/۸۶۵	۱	۶/۸۶۵	۲/۱۲۴	۰/۱۵۹	۰/۰۸۵
	گروه	۱۸۱۵/۵۴۱	۱	۱۸۱۵/۵۴۱	۵۶/۶۴۰	$p < 0/001$	۰/۶۷۱
عمل همراه با آگاهی	پیش آزمون	۱۰/۲۴۳	۱	۱۰/۲۴۳	-/۰۵۵۸	۰/۴۶۲	۰/۰۲۴
	گروه	۲۳۹۰/۷۷۴	۱	۲۳۹۰/۷۷۴	۱۳۰/۳۳۳	$p < 0/001$	۰/۸۵۰
عدم قضاوت	پیش آزمون	۱۰/۵۲۰	۱	۱۰/۵۲۰	۱/۴۹۷	۰/۲۳۴	۰/۰۶۱
	گروه	۱۷۰۳/۸۶۴	۱	۱۷۰۳/۸۶۴	۲۴/۴۰۳	$p < 0/001$	۰/۹۱۳
عدم واکنش	پیش آزمون	۳۷/۳۹۴	۱	۳۷/۳۹۴	۸/۴۹۲	$p < 0/001$	۰/۲۷۰
	گروه	۲۰۰۰/۸۴۲	۱	۲۰۰۰/۸۴۲	۴۵/۳۹۰	$p < 0/001$	۰/۹۵۲
سرمایه عاطفی	پیش آزمون	۴۳۲/۶۳۲	۱	۴۳۲/۶۳۲	۱۱۲/۵۰۸	$p < 0/001$	۰/۸۹
	گروه	۴۳۶۹/۹۸۱	۱	۴۳۶۹/۹۸۱	۱۰۸/۹۸۲	$p < 0/001$	۰/۶۳
عاطفه مثبت شبه حالت	پیش آزمون	۱۳/۲۹۷	۱	۱۳/۲۹۷	۱/۱۴۹	۰/۲۹۴	۰/۰۴۴
	گروه	۷۲۳/۲۸۶	۱	۷۲۳/۲۸۶	۶۲/۵۰۵	$p < 0/001$	۰/۷۱۴
احساس انرژی	پیش آزمون	۳/۶۷۸	۱	۳/۶۷۸	-/۰۳۹۱	۰/۵۳۷	۰/۰۱۵
	گروه	۳۸۰/۸۱۲	۱	۳۸۰/۸۱۲	۴۰/۴۷۷	$p < 0/001$	۰/۶۱۸
شادمانی	پیش آزمون	۰/۷۵۹	۱	۰/۷۵۹	-/۰۱۱۹	۰/۷۳۳	۰/۰۰۵
	گروه	۱۴۹/۶۸۴	۱	۱۴۹/۶۸۴	۲۳/۴۹۳	$p < 0/001$	۰/۴۸۴

فراهیجان مثبت و ۷۱/۳ درصد فراهیجان منفی در مرحله ی پس آزمون ناشی از درمان متمرکز بر هیجان است. از سوی دیگر، باتوجه به جدول ۴، تفاوت میانگین نمرات ذهن آگاهی و مؤلفه های آن در گروه آزمایشی و گروه گواه در مرحله ی پس آزمون معنی دار است ($p < 0/001$). به عبارت دیگر می توان گفت درمان متمرکز بر هیجان نمرات ذهن آگاهی و مؤلفه های آن را در گروه آزمایشی در مرحله ی پس آزمون افزایش داده است. میزان تأثیر برای ذهن آگاهی ۰/۸۳ است.

بر اساس نتایج به دست آمده در جدول ۴، تفاوت میانگین نمرات فراهیجان مثبت و فراهیجان منفی گروه آزمایشی و گروه گواه در مرحله ی پس آزمون معنی دار است ($p < 0/001$). به عبارت دیگر می توان گفت درمان متمرکز بر هیجان نمرات فراهیجان مثبت را در گروه آزمایشی در مرحله ی پس آزمون افزایش و نمرات فراهیجان منفی را کاهش داده است. میزان تأثیر برای فراهیجان مثبت ۰/۶۲۱، و فراهیجان منفی ۰/۷۱۳ است. بدین معنی که ۶۲/۱ درصد واریانس افزایش

بدین معنی که ۸۳ درصد واریانس افزایش ذهن‌آگاهی در مرحله‌ی پس‌آزمون ناشی از درمان متمرکز بر هیجان است. همچنین نتایج نشان داد تفاوت میانگین نمرات سرمایه‌های عاطفی و مؤلفه‌های آن در گروه آزمایشی و گروه گواه در مرحله‌ی پس‌آزمون معنی‌دار است ($p < 0/001$). به عبارت دیگر می‌توان گفت درمان متمرکز بر هیجان نمرات سرمایه‌های عاطفی و مؤلفه‌های آن را در گروه آزمایشی در مرحله پس‌آزمون افزایش داده است. میزان تأثیر برای سرمایه‌های عاطفی ۰/۶۳ است. بدین معنی که ۶۳ درصد واریانس افزایش سرمایه‌های عاطفی در مرحله‌ی پس‌آزمون ناشی از درمان متمرکز بر هیجان است.

بحث

نتایج پژوهش نشان داد که درمان متمرکز بر هیجان در بهبود فراهیجان، ذهن‌آگاهی و سرمایه‌های عاطفی زنان مبتلا به بیماری مالتیپل اسکلروزیس تأثیر معنی‌داری داشته‌اند. نتایج به دست آمده درباره‌ی اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر فراهیجان زنان با بخش‌هایی از تحقیقات تیمولاک و همکاران (۱۴) سنگاوی موهرار و همکاران (۲۷)، دهقانی و همکاران (۳۰)، جاویدنیا و همکاران (۴۵)، میرآنتسی و همکاران (۳۶)، رجایی و همکاران (۳۷)، سالارد و همکاران (۳۴)، شفیع آبادی و نائیمی (۳۳)، سلطانی و همکاران (۳۵)، میکائیلی و همکاران (۳۲) همسو و هماهنگ است. در تبیین این یافته می‌توان گفت درمان متمرکز بر هیجان با افزایش آگاهی هیجانی به بیماران کمک می‌نماید تا بتوانند هیجانات منفی همچون خشم، احساس گناه، خود سرزنشی، اضطراب، استرس، افسردگی را کنترل نموده و میزان سازگاری خود را با شرایط بیماری بالا ببرند. در واقع درمان متمرکز بر هیجان با کمک به بهبود توانایی نمادی‌سازی هیجانات، منجر به این می‌شود تا با افزایش فراهیجان‌های مثبت و کاهش فراهیجان‌های منفی انعطاف‌پذیری بهتری در مقابل رویدادهای فشارزای زندگی داشته باشند و توانایی بیماران را برای خود مراقبتی و خودنظم‌دهی هیجانی بهبود بخشند (۲۹). این مسأله خود سبب کاهش شدت هیجانات منفی می‌شود. بیماران دارای MS، با یادگیری واگویی هیجان‌تشان، می‌توانند هیجانات خود را شناسایی و توصیف کنند و در هنگام مواجهه با شرایط و موقعیت‌های استرس‌زای زندگی نیز هیجانات خود

را تشخیص دهند و بهتر قادر باشند با واقعیت‌های بیماری خود کنار آیند. در این صورت قادر خواهند بود هیجانات را بهتر مدیریت کنند (۲۷). از آنجا که هیجانات نقش مهمی در زندگی افراد ایفا می‌کنند، درمان هیجان‌مدار به‌عنوان یک روش درمانی در تعدیل هیجانات باعث برخورد مؤثر با موقعیت‌های استرس‌زا شده و افزایش فعالیت در پاسخ به موقعیت‌های اجتماعی را به همراه دارد (۳۲). بنابراین، درمان هیجان‌مدار می‌تواند با آگاه کردن فرد از هیجانات مثبت و منفی، پذیرش و ابراز به‌موقع آن‌ها نقش مهمی در تقویت فراهیجان‌های مثبت داشته باشد. همچنین بیماران با تجربه‌ای که در مرحله آگاهی هیجانی کسب نموده بودند، آموزش دیدند که به‌جای سرکوب نمودن هیجانات منفی، بر وجود هیجان‌های خود آگاه باشند و تلاش کنند تجربه خود را هرچه عمیق‌تر دریافت کنند. بیماران در طول جلسات به این درک دست یافتند که هیجانات الزاماً ترسناک و پایدار نیستند (۳۷). لذا می‌توان به‌جای فرار از آن‌ها با درگیر شدن با آن‌ها، پیام پنهانی آن را شنید و با تقویت پردازش و خودآگاهی هیجانی باعث تغییر در طرحواره‌های هیجانی شده و با جانشین کردن پاسخ‌های سازگار زمینه را برای بهبود فراهیجان‌های منفی فراهم کرد.

در زمینه اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر ذهن‌آگاهی زنان دارای MS مطالعه‌ای یافت نشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت رویکرد درمانی مبتنی بر هیجان، احساسات را به عنوان محور اصلی تغییر و پیشرفت قلمداد می‌کند و در این راستا، تلاش می‌کند تا دستیابی به عمق احساسات و فرآیند کار با آن‌ها را ساده‌تر سازد. در این نوع درمان، با بهره‌گیری از شیوه‌هایی چون همدلی و ارزش‌گذاری، به فرد کمک می‌شود تا به احساسات خود دسترسی پیدا کند و با استفاده از روش‌هایی نظیر پالایش فضای درونی و تمرکز بر احساسات، به پردازش عمیق‌تر احساسات بپردازد (۴۴). بنابراین، انتظار می‌رود که درمان مبتنی بر هیجان در افزایش آگاهی، شفافیت و دسترسی به احساسات مؤثر واقع شود، چرا که این روش، فرد را به سمت تمرکز و کار با احساسات هدایت می‌کند و زمینه‌ساز فرصت‌هایی برای پردازش آن‌ها می‌شود. این فرآیند در نهایت باید منجر به درک بهتر نیازهای مرتبط با احساسات، معنابخشی به آن‌ها و اقدامات مبتنی بر یک پاسخ هیجانی سازگار شود. بر این اساس،

منفی از قبیل شرم، ترس، غم و خشم را کنترل نموده و میزان سازگاری خود را بالا برند. در روش‌های درمان گروهی هیجان‌مدار تلاش می‌شود تا در جریان درمان، بیماران تشویق شوند تا افکار ناراحت‌کننده خود را در مورد بیماری مورد سؤال قرار داده و خودگویی‌های جایگزین، برای مقابله با این هیجان‌ها و نشخوارهای فکری که سبب آشفتگی، هم از لحاظ جسمانی و روانی می‌شود را برطرف نمایند. در درمان متمرکز بر هیجان، چنین فرض می‌شود که آشفتگی‌های بیماران، توسط حالت‌های فراگیر از عاطفه منفی و آسیب‌های دلبستگی، عدم توجه به نیازها و خواسته‌های درونی، الگوهای تعاملی منفی و تجربه هیجانی نامناسب ایجاد شده و ادامه پیدا می‌کند (۳۶). لذا در درمان متمرکز بر هیجان سعی می‌شود هیجان‌ها، مورد شناسایی قرار گرفته و به پیام‌های قابل درک و سازنده تبدیل شوند و مهارت‌های هیجانی که به‌عنوان توانایی تشخیص و ابراز هیجان‌ها و همچنین توانایی همدلی با دیگران تعریف شده است، بهبود یابد. لذا پرداختن به این موضوعات در جلسات درمان متمرکز بر هیجان منجر به بهبود سرمایه‌های عاطفی در بیماران شده است.

پژوهش حاضر مانند پژوهش‌های دیگر با محدودیت‌هایی مواجه بود، نظیر محدودبودن جامعه پژوهش به زنان دارای MS مراجعه‌کننده به بیمارستان شریعتی شهر اصفهان، مهارنشدن متغیرهای شخصیتی، فیزیولوژیکی، اجتماعی و خانوادگی تأثیرگذار بر متغیرهای پژوهش، خودگزارشی بودن ابزارهای پژوهش، عم وجود مرحله پیگیری و عدم بهره‌گیری از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی، از محدودیت‌های پژوهش حاضر بود؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود ضمن استفاده از مرحله پیگیری برای بررسی اثربخشی درمان در طول زمان، برای افزایش قدرت تعمیم‌پذیری نتایج، از روش نمونه‌گیری تصادفی استفاده شود. همچنین پیشنهاد می‌شود درمان متمرکز بر هیجان به‌عنوان درمان مکمل، در کنار درمان دارویی برای ارتقای سلامت روان، کیفیت زندگی و افزایش سرمایه عاطفی افراد مبتلا به بیماری مالتیپل اسکلروزیس مورد استفاده قرار گیرد.

تشکر و قدردانی: این مقاله حاصل پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی با کد اخلاق به شناسه

می‌توان انتظار داشت که این نوع مداخله به کاهش مشکلات مربوط به کنترل تکانه‌ها، انجام رفتارهای هدفمند و پذیرش پاسخ‌های هیجانی منجر شود. زیرا با پردازش عمقی احساسات و دستیابی به کارکردهای هیجانی سازگار، فرد می‌تواند به عملکردهای مثبت هیجان دست یابد و در نتیجه، تمایل بیشتری به پذیرش حالات هیجانی خود نشان دهد (۱۴). علاوه بر این، در طول درمان، توجه از هیجان‌های ثانویه به سمت هیجان‌های اولیه و بنیادین منعطف می‌شود و با حل و فصل کارکردهای ناخودآگاه هیجان‌های اولیه، عملکردهای ناسازگار هیجان کاهش یافته و دسترسی به نیازهای نشأت گرفته از هیجان‌ها افزایش می‌یابد (۲۶). در نتیجه، احتمال افزایش رفتارهای هدفمند برای برآورده ساختن این نیازها بالا رفته و توانایی فرد برای کنترل تکانه‌های خود بهبود می‌بخشد، چون آگاهی و هوشیاری هیجانی فرد تقویت شده است. از این‌رو، پذیرش هیجان‌ها، باورها و تمایلات رفتاری و همچنین پذیرش بدون قید و شرط مراجع یکی دیگر از اهداف درمان است که دقیقاً منطبق با پذیرش ذهن‌آگاهی می‌باشد.

در نهایت، نتایج به دست آمده دربارهٔ اثربخشی درمان متمرکز بر سرمایه عاطفی همسو با تحقیقات سلطانی و طباطبایی‌نژاد (۲۵) و ابراهیمی و همکاران (۲۸) است. در تبیین این یافته می‌توان گفت درمان متمرکز بر هیجان، با هدف بالا بردن آگاهی هیجانی، بازآفرینی تجارب هیجانی و تقویت توانایی مدیریت هیجان‌ها در بیماران، تأثیر مستقیم بر سرمایه عاطفی دارد. در این نوع درمان، فرد با هیجان‌ها خود به صورت عمیقی آشنا شده، نحوه تعامل و کسب تجارب جدید را یاد می‌گیرد و به کنترل و تغییر پاسخ‌های هیجانی خود مسلط می‌شود. در نتیجه، فرد با آگاهی، کنترل و بازسازی هیجان‌ها خود، به تعامل بهینه‌تر با احساسات خویش دست یافته و الگوهای رفتاری سازگارتر و مناسب‌تری را نشان می‌دهد. دیدگاه درمان مبتنی بر هیجان، هیجان را به‌عنوان یک عنصر حیاتی برای خودآگاهی و خودسازماندهی فرض می‌کند. برای دستیابی به تغییرات مثبت، ضرورت دارد که افراد چگونگی بازسازی خود و تنظیم عمق احساسات قوی مانند ترس، شرم، خشم و غم را بیاموزند (۴۶). در نتیجه درمان هیجان‌مدار این قابلیت را به بیماران می‌دهد تا با افزایش آگاهی هیجانی بتوانند هیجان‌ها

Education and Social Sciences (ICHESS 2021); 2021: Atlantis Press.
<https://doi.org/10.2991/assehr.k.211220.388>

10. Bailen NH, Wu H, Thompson RJ. Meta-emotions in daily life: Associations with emotional awareness and depression. *Emotion*. 2019;19(5):776-778.
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/emo0000488>

11. Ojala M. Safe spaces or a pedagogy of discomfort? Senior high-school teachers' meta-emotion philosophies and climate change education. *The Journal of Environmental Education*. 2021;52(1):40-52.
<https://psycnet.apa.org/record/2018-37611-001>

12. Lancaster K, Thomson SJ, Chiaravalloti ND, Genova HM. Improving mental health in Multiple Sclerosis with an interpersonal emotion regulation intervention: A prospective, randomized controlled trial. *Multiple Sclerosis and Related Disorders*. 2022;60(3):103-123.
<https://doi.org/10.1016/j.msard.2022.103643>

13. Duraney EJ, Schirda B, Nicholas JA, Prakash RS. Trait mindfulness, emotion dysregulation, and depression in individuals with multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis and Related Disorders*. 2022;59(6):141-151.
<https://doi.org/10.1016/j.msard.2022.103651>

14. Timulak L, Keogh D, Chigwedere C, Wilson C, Ward F, Hevey D, et al. A comparison of emotion-focused therapy and cognitive-behavioural therapy in the treatment of generalised anxiety disorder: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*. 2018;19(4):1-11.
<https://doi.org/10.1186/s13063-018-2892-0>

15. Goldberg SB, Riordan KM, Sun S, Davidson RJ. The empirical status of mindfulness-based interventions: A systematic review of 44 meta-analyses of randomized controlled trials. *Perspectives on Psychological Science*. 2022;17(1):108-30.
<https://doi.org/10.1177/1745691620968771>

16. Britton WB, Lindahl JR, Cooper DJ, Canby NK, Palitsky R. Defining and measuring meditation-related adverse effects in mindfulness-based programs. *Clinical Psychological Science*. 2021;9(6):1185-204.
<https://doi.org/10.1177/2167702621996340>

17. Lymeus F. Individual Differences in Cognitive Functioning Predict Compliance With Restoration Skills Training but Not With a Brief Conventional Mindfulness Course. *Frontiers in Psychology*. 2022;13(5):71-81.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.715411>

18. Ahmadvand Z, Heydarinasab L, MR. S. Prediction of Psychological Well-Being Based on the Components of Mindfulness. *Health Psychology*. 2012;2:60-9. [Persian].
sid.ir/paper/227355/fa#downloadbottom

(IR.IAU.KHUISF.REC.1402.2.245) است.

بدینوسیله از کلیه مسئولین و کادر درمان بیمارستان شریعتی اصفهان و بیماران عزیزی که ما را در اجرای این پژوهش یاری نموده‌اند کمال تقدیر و تشکر را داریم.

منابع

- Podda J, Uccelli MM, Tacchino A, Pedullà L, Bragadin MM, Battaglia MA, et al. Predictors of Mood Disorders in Parents With Multiple Sclerosis: The Role of Disability Level, Coping Techniques, and Perceived Social Support. *International Journal of MS Care*. 2022;24(5):224-9.
<https://doi.org/10.7224/1537-2073.2021-101>
- Kuhlmann T, Moccia M, Coetzee T, Cohen JA, Correale J, Graves J, et al. Multiple sclerosis progression: time for a new mechanism-driven framework. *The Lancet Neurology*. 2023;22(1):78-88. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(22\)00289-7](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(22)00289-7)
- Lee B, McDaniels B, Grenawalt TA. Resilience as a moderator in the relationship between disability related stress and community participation in individuals with multiple sclerosis. *Psychology, Health & Medicine*. 2023;28(9):2745-55.
<https://doi.org/10.1080/13548506.2022.2072915>
- Wahren-Herlenius M, Dörner T. Immunopathogenic mechanisms of systemic autoimmune disease. *The Lancet*. 2013;382(9894):819-31.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60954-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60954-X)
- Vong V, Simpson-Yap S, Phaiju S, Davenport RA, Neate SL, Pisano MI, et al. The association between tobacco smoking and depression and anxiety in people with multiple sclerosis: a systematic review. *Multiple Sclerosis and Related Disorders*. 2023;70:104-115.
<https://doi.org/10.1016/j.msard.2023.104501>
- Margoni M, Preziosa P, Rocca MA, Filippi M. Depressive symptoms, anxiety and cognitive impairment: emerging evidence in multiple sclerosis. *Translational Psychiatry*. 2023;13(1):264.
<https://doi.org/10.1016/j.msard.2023.104501>
- Nunes F, Mota CP, Ferreira T, Schoon I, Matos PM. Parental meta-emotion, attachment to parents, and personal agency in adolescents. *Journal of Family Psychology*. 2022;36(6):964.
<https://psycnet.apa.org/record/2022-20232-001>
- He X, Yuan X, Hu M, Zhou L. The association between parental meta-emotion philosophy and adolescent's behavior problem: The moderating role of vagus. *Acta Psychologica Sinica*. 2020;52(8):971-990.
<https://journal.psych.ac.cn/acps/EN/Y2020/V52/I8/971>
- Liu L, editor Teacher with Different Meta-Emotion Level: Their Understanding of and Responses to Children's Negative Emotions. 2021 4th International Conference on Humanities

- Multiple Sclerosis. 2 Journal of Nursing Education. 2022;11(3):85-96. [Persian] <http://jne.ir/article-1-1351-fa.html>.
29. Fayand J, Akbari M, Moradi O, Karimi K. The effectiveness of emotional self-regulatory model on improving the quality of life in multiple sclerosis patients. Journal of Health and Care. 2019;20(4):301-11. DOI: 10.29252/jhc.20.4.301
30. Dehghani Bidgoli T, Mahdian H, M. GM. Comparison of the effectiveness of Emotion Regulation Training and Acceptance and Commitment Therapy on Cognitive Failures and Emotional Avoidance in Patients with MS. Journal of Sabzevar University of Medical Sciences. 2022;28(6):936-49. [Persian] [article_1464_8d05554cbcf05954ee17bf97f8654966.pdf](http://medsab.ac.ir/article_1464_8d05554cbcf05954ee17bf97f8654966.pdf) (medsab.ac.ir)
31. Aliakbari Dehkordi M, Dehkordi S. The Effectiveness of Enriching Interpersonal Relationship Based on Emotionally Focused Therapy on Psychosocial -Social Adjustment and Social Health in Married Women with Multiple Sclerosis. Social Psychology Research. 2020;10(38):101-16. [Persian] <https://doi.org/10.22034/spr.2020.114697>
32. Mikaeili N, Molavi P, Einy S, Tagavy R. Effectiveness of emotion focused therapy on emotional dysregulation, hopelessness and suicidal ideation in post-traumatic stress disorder veterans. Iranian Journal of War and Public Health. 2017;9(3):111-7. [Persian] <http://dx.doi.org/10.18869/acadpub.ijwph.9.3.111>
33. Karimi S, Shafiabady A, Naeimi E. Effectiveness of emotion-focused therapy on depression female teachers. Journal of Psychological Science. 2019;18(80):897-904. [Persian] <http://psychologicalscience.ir/article-1-371-en.html>
34. Salarrad Z, Leilabadi L, Nafissi N, Kraskian Mujembari A. Effectiveness of emotion-focused therapy on anxiety and quality of life in women with breast cancer. Iranian journal of health psychology. 2022;5(3):35-46. [Persian] <https://doi.org/10.30473/ijohp.2022.60436.1205>
35. Soltani M, Shairi MR, Roshan R, Rahimi CR. The impact of emotionally focused therapy on emotional distress in infertile couples. International journal of fertility & sterility. 2014;7(4):337-361. [Persian] PMID: 24520504; PMCID: PMC3901179.
36. Miratashi Yazdi M, Mollazadeh's J, Aflakseir A, Sarafraz MR. The Effectiveness of Emotion-Focused Therapy on Internalized and External Shame in People with Social Anxiety. Iranian Journal of Psychiatric Nursing. 2023;10(6):2-15. [Persian] <http://dx.doi.org/10.22034/IJPN.10.6.51>.
37. Rajaei M, Nasri M, Shahabizadeh F. The Effectiveness of Emotion Focused Therapy on Cognitive Fusion and Emotional Self-Regulation of Spouses of Veterans. Journal of Modern
19. Kennedy B, Sims-Rhodes N, Avendano J, Mathew J, O'Brien K, Chek C, et al. Resilience, mindfulness, anxiety, and depression within a dual-continua model of mental health approach. Journal of Happiness and Health. 2024;4(1):11-8. <https://doi.org/10.47602/johah.v4i1.54>.
20. Esmaeili R, Zargar moradi MS, M. F. Predicting mental well-being and social well-being based on psychological capital in patients supported by the Imam Khomeini Relief Foundation suffering from multiple sclerosis (MS). Empowerment and Deprivation-elimination Journal. 2024;1(14):33-48. [Persian] <https://doi.org/10.22034/edj.2024.713363>
21. Najafi M, Sajjadian I, G. M. The Effect of Positive Mindfulness Therapy on Affective Capital and Metaemotions among Women with Generalized Anxiety Disorder.. Positive Psychology Research. 2023;9:127-48. [Persian] [doi.10.22108/PPLS.2024.136133.2396](https://doi.org/10.22108/PPLS.2024.136133.2396)
22. Golparvar M, Tabatabaei-Najad F. The effect of positive mindfulness therapy, mindfulness-based cognitive therapy, and cognitive behavioral therapy on the affect capital of depressed female students. Pediatric Nursing Journal 2020;6(3):30-8. [Persian]. <http://jpen.ir/article-1-361-fa.html>.
23. Kazemi A, Golparvar M, Atashpour H. Comparison of the effect of mindful self-acceptance therapy and positive psychotherapy on affective capital of female students with depression. Feyz Medical Sciences Journal. 2020;24(2):198-208. [Persian] <http://feyz.kaums.ac.ir/article-1-4106-en.html>.
24. Hänninen K, Viitala M, Atula S, Laakso S, Kuusisto H, Soilu-Hänninen M. Initial treatment strategy and clinical outcomes in Finnish MS patients: a propensity-matched study. Journal of Neurology. 2022;269(2):913-22. <https://doi.org/10.1007/s00415-021-10673-9>
25. Soltani D, Tabatabaiejad F. The effect of emotion-focused therapy on the emotional capital of women with social anxiety. Journal of Family Pathology, Counseling and Enrichment,. 2021;7(5):1-28. [Persian] <http://fpcej.ir/article-1-293-en.html>
26. Zadhasan Z, Kazemian Moghadam K. The effectiveness of emotion-focused couple therapy on positive emotion, marital intimacy and personality abilities of elderly women. Journal of Applied Family Therapy. 2023;4(2):472-86. [Persian] <https://doi.org/10.61838/kman.aftj.4.2.29>
27. Sanagavi Moharrar G, Shirazi M, Mohammadi R, F. M. Effectiveness of Emotional Therapy on Reducing Anxiety and Depression in Patients with Multiple Sclerosis. medical journal of mashhad university of medical sciences. 2019;61(1):190-200. [Persian] <https://doi.org/10.22038/mjms.2019.14605>.
28. Ebrahimi S, Ahmadi k, Farokhi N. Effectiveness of Emotion-Focused Therapy on Psychological Capital and Post Traumatic Growth in Women with

- Psychological Researches. 2024;19(73):51-65. [Persian] doi.10.22034/JMPR.2023.56106.5526
38. Delavar D. Applied probability and statistics in psychology and educational sciences. 31 editor. Tehran: Roshd publication; 2020. [Persian]
39. Mitmansgruber H, Beck TN, Höfer S, Schüßler G. When you don't like what you feel: Experiential avoidance, mindfulness and meta-emotion in emotion regulation. *Personality and Individual Differences*. 2009;46(4):448-53. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2008.11.013>
40. Rezaei N, Parsai I, Najati E, M. NA, S. HR. Psychometric properties of students' overexcitement scale. *Psychological Research Quarterly*. 2012;6(8):111-24. [Persian] article_511943_5df82f308cfcf210f871a969df735579.pdf (iau.ir)
41. Baer RA, Smith GT, Lykins E, Button D, Krietemeyer J, Sauer S, et al. Construct validity of the five facet mindfulness questionnaire in meditating and nonmeditating samples. *Assessment*. 2008;15(3):329-42. <https://doi.org/10.1177/1073191107313003>
42. Neuser NJ. Examining the factors of mindfulness: A confirmatory factor analysis of the five facet mindfulness questionnaire: Pacific University; 2010.
43. Enayati M, M. G. The Relationship between Affective-collective Investment with Psychological Wellbeing due to the Role of Affective Capital among Nurses. *Management Strategies in Health System*. 2018;3(1):69-79. [Persian] <http://commons.pacificu.edu/spp/128>.
44. Greenberg LS, Goldman RN. *Clinical handbook of emotion-focused therapy*: American Psychological Association; 2019.
45. Javidnia S, Mojtabaei M, S. B. Comparison of the effect of emotion-focused therapy and mindfulness-based cognitive therapy on emotion regulation in women with Covid-19 grief disorder. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*. 2022;9(6):1-13. [Persian] <http://ijpn.ir/article-1-1901-en.html>
46. Elliott R. *Emotion-focused therapy. The tribes of the person-centred nation: An introduction to the schools of therapy related to the person-centred approach*. 2012;3(1): 103-30.