

The Effectiveness of Compassion-Focused Therapy on Mental Health of Women with Multiple Sclerosis

Salimi A.¹ *MSc*, Arsalandeh F.² *MSc*, Zahra Kar K.¹ *PhD*, Davarniya R.* *PhD*, Shakarami M.³ *PhD*

*Department of Counseling, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Kharazmi University, Tehran, Iran.

¹Department of Counseling, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Kharazmi University, Tehran, Iran.

²Department of Psychology, Faculty of Humanities, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.

³Department of Counseling, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Isfahan, Isfahan, Iran.

Abstract

Aims: Multiple sclerosis (MS) is a progressive and chronic disease of central nervous system with different symptoms and physical-psychological disabling effects, which brings about various problems for the patient. The present study was aimed to investigate the effectiveness of compassion-focused therapy (CFT) on mental health of women with multiple sclerosis.

Materials & Methods: The present research was a semi-empirical intervention conducted by pretest-posttest with control group design. The research population included all the women with active case file in MS association of Tehran in 2016. The sample was composed of 30 female patients which were selected by available sampling method and based on exclusion and inclusion criteria of the study and their scores in the questionnaire. The sample were assigned into experimental and control groups (15 individuals per group) by random assignment method. The study tool was general health questionnaire (GHQ) of Goldberg and Hiller (1979). After conducting the pretest for both groups, subjects of the experimental group received eight weekly 2-hour sessions of CFT in a group format. The control group was put in the waiting list. The data were analyzed through univariate covariance analysis (ANCOVA) in SPSS v18.

Findings: Results indicated that, after the posttest, there was a significant difference between mean scores of mental health among experimental and control groups. In other words, CFT led to increased mental health in subjects of the intervention group compared to the control group ($p < 0.01$, $F = 45.49$).

Conclusion: According to the results of the present study, the compassion-focused therapy reduces psychological problems and improves mental health of patients with multiple sclerosis through increasing their internal awareness, non-judgmental acceptance, empathy, and consistent attention to internal emotions. It is recommended that MS associations across Iran would use this therapeutic method for enhancing psychological health of patients.

Keywords:

Mental Health [<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/68008603>];

Multiple Sclerosis [<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/68009103>];

Therapy [<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/81000628>];

*Corresponding Author

Tel: +9826234579600

Fax: +9826234579600

Address: Counseling Department, Psychology & Educational Sciences Faculty, Kharazmi University, University Square, Shahid Beheshti Street, Karaj, Iran.

rezadavarniya@yahoo.com

Received: 6 Dec 2017

Accepted: 2 May 2018

ePublished: May 16, 2018

اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر سلامت روان زنان مبتلا به مالتیپل اسکروزیس

آرمان سلیمی MSc

گروه مشاوره، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

فراشته ارسلان ده MSc

گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.

کیانوش زهراکار PhD

گروه مشاوره، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

رضا داورنیا* PhD

گروه مشاوره، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

محمد شاکرمی PhD

گروه مشاوره، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

چکیده

اهداف: مالتیپل اسکروزیس یک بیماری مزمن پیش‌رونده سیستم عصبی مرکزی با علائم متفاوت و ناتوان‌کننده فیزیکی و روان‌شناختی می‌باشد که مشکلات عدیده‌ای را برای فرد بیمار به همراه دارد. هدف مطالعه حاضر، بررسی اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر سلامت روان زنان مبتلا به مالتیپل اسکروزیس بود.

مواد و روش‌ها: این پژوهش، یک مداخله نیمه تجربی به شیوه پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش را کلیه بیماران زن دارای پرونده فعال در انجمن ام. اس شهر تهران در سال ۱۳۹۵ تشکیل می‌دادند. نمونه ۳۰ زن بیمار بودند که بر اساس ملاک‌های ورود و خروج به مطالعه و نمرات اکتسابی در پرسشنامه، به شیوه در دسترس انتخاب و با تخصیص تصادفی در گروه‌های ۱۵ نفره آزمایش و کنترل قرار گرفتند. ابزار مطالعه پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ و هیلر (۱۹۷۹) بود. پس از اخذ پیش‌آزمون از هر دو گروه، آزمودنی‌های گروه آزمایش، ۸ جلسه دوساعته درمان متمرکز بر شفقت را به شیوه گروهی و هفتگی دریافت نمودند. گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفت. داده‌ها با بهره‌گیری از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری (ANCOVA) در نرم‌افزار SPSS 18 تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد بین میانگین نمرات سلامت روان بیماران گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر درمان متمرکز بر شفقت باعث افزایش سلامت روان آزمودنی‌های گروه تحت مداخله در مقایسه با گروه کنترل شده بود ($F=40/49, p<0/01$).

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج این مطالعه، درمان متمرکز بر شفقت از طریق افزایش آگاهی درونی، پذیرش بدون قضاوت، همدلی و توجه مستمر بر احساسات درونی، به کاهش مشکلات روان‌شناختی و بهبود سلامت روان بیماران مبتلا به مالتیپل اسکروزیس می‌انجامد. پیشنهاد می‌شود انجمن‌های ام. اس سراسر کشور از این رویکرد درمانی در راستای ارتقای سلامت روان‌شناختی بیماران مزمن بهره‌گیرند. **کلیدواژه‌ها:** سلامت روان، مالتیپل اسکروزیس، درمان.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۰۹/۱۵

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۲/۱۲

*نویسنده مسئول: rezadavarniya@yahoo.com

مقدمه

مالتیپل اسکروزیس (MS) نوعی بیماری خودایمنی و پیش‌رونده سیستم عصبی مرکزی است که غلاف میلین را تخریب می‌کند و باعث شکل‌گیری پلاک‌هایی در قسمت‌هایی از ماده سفید مغز و نخاع می‌گردد و

مناطق زیر قشری را درگیر می‌کند^[1]. این بیماری علت ناشناخته و ماهیت پیش‌رونده با دوره‌های عود و بهبود دارد، به طوری که افراد مبتلا، در طول زندگی خود اختلالات متنوع جسمی و روانی ناشی از بیماری را تجربه می‌کنند و این اختلالات عملکرد روزانه، زندگی خانوادگی و اجتماعی، استقلال عملکردی و برنامه‌ریزی برای آینده را به شدت تحت تأثیر قرار می‌دهد^[2]. انجمن ملی MS در سال ۲۰۱۱ اعلام کرده است که بیشتر از ۲/۱ میلیون نفر در سراسر جهان به آن مبتلا هستند^[3]. در حال حاضر تقریباً ۵۰۰ هزار بیمار مبتلا به MS در آمریکا وجود دارد و سالانه ۱۰۰۰۰ مورد جدید نیز به آن افزوده می‌شود^[4]. میزان ابتلا به MS در ایران ۵۰ نفر در هر ۱۰۰ هزار نفر است^[5]. نتایج مطالعات اخیر آکادمی نورولوژی آمریکا حاکی از آن است که استرس یکی از عوامل مهم در تشدید و عود علائم بیماری مالتیپل اسکروزیس است^[6]. سن شروع این بیماری اغلب بین ۴۰-۲۰ سالگی است. عوامل ایمنولوژیکی، ژنتیکی، محیطی، ضربه و تنش را در بروز آن مؤثر دانسته‌اند^[7].

نابه‌هنجاری‌ها و آشفتگی‌های شایع در بیماران MS، شامل اختلالات خلقی و عاطفی می‌باشد که از مهم‌ترین این اختلالات می‌توان به اختلال افسردگی عمده (Major depression disorder)، افسرده خویی (Dysthymic)، اختلال دوقطبی (Bipolar disorder)، اختلال وحشت‌زدگی (Panic disorder) و اختلال اضطرابی تعمیم‌یافته (Generalized anxiety disorder) اشاره کرد. افسردگی، شایع‌ترین و درعین حال ناتوان‌کننده‌ترین واکنش روان‌شناختی در مبتلایان به MS است^[8]. تحقیقات مقادیر بالاتری از افسردگی را در این بیماران نسبت به جمعیت عمومی^[9,10] و گروه‌های بیمار دیگر^[11,12] و برآوردها شیوع افسردگی در این بیماران را طیفی از ۱۴ تا ۵۷ درصد نشان می‌دهد. احتمال خودکشی در این بیماران به دنبال افسردگی ۳ تا ۱۰ برابر بیشتر از کل جامعه است^[10].

در مقایسه با افسردگی مطالعات کمی درباره اضطراب بیماران MS صورت گرفته است تشخیص بیماری MS برای بیمار و خانواده همیشه اضطراب به همراه دارد^[13]. این بیماران از مقادیر بالای اضطراب نیز رنج می‌برند که از جمعیت عادی^[14] و دیگر گروه‌های روان‌پزشکی مانند بیماران نخاعی و بیماران مجروح^[15] و شیوع آن در آنان ۱۹ تا ۳۴ درصد است^[16,17].

یکی از مداخلات درمانی جدید که می‌تواند در بهبود سلامت روان بیماران مبتلا به MS مؤثر واقع شود، درمان متمرکز بر شفقت (Compassion-Focused Therapy: CFT) است. CFT توسط پائول گیلبرت و در پاسخ به این مشاهده تدوین شد که بسیاری از مردم، به‌ویژه افرادی که شرم و خودانتقادی بالایی دارند، هنگام ورود به درمان‌های سنتی در ایجاد صدای درونی مهربان و خودحمایت‌گر دشواری‌هایی داشتند. CFT بر چهار حوزه تجارب پیشین و تاریخچه‌ای، ترس‌های اساسی، راهکارهای احساس امنیت و پیامدها

MS در کشور ما و به خصوص در نسل جوانان و بانوان کشور و هزینه‌های مالی بسیاری که این بیماری بر بیماران مبتلا تحمیل می‌نماید و همچنین مشکلات روان‌شناختی و جسمانی ناشی از بیماری و عدم درمان قطعی و ناکامی درمان‌های دارویی در درمان اثربخش آن، بسیار اهمیت دارد که درمان‌های روان‌شناختی مؤثر برای این بیماری مزمن شناسایی شود و با استفاده از آن‌ها مشکلات روان‌شناختی این بیماران کاهش یابد. با توجه به این موارد، لزوم طراحی و اجرای مداخلاتی باهدف بهبود سلامت روان بیماران مبتلا به MS ضرورت دارد. با توجه به این موارد و از آنجا که تاکنون مطالعه‌ای به بررسی تأثیر درمان متمرکز بر شفقت بر سلامت روان بیماران مبتلا به MS نپرداخته است، لذا این مطالعه با هدف بررسی اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر سلامت روان زنان مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس طراحی و انجام شد.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر یک پژوهش نیمه تجربی بود که به شیوه پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل انجام گرفت. جامعه این مطالعه را کلیه بیماران زن مبتلا به MS تشکیل می‌دادند که دارای پرونده فعال در انجمن MS شهر تهران در سال ۱۳۹۵ بودند. پس از انجام هماهنگی‌های لازم با مسئولین انجمن و اطلاع‌رسانی و فراخوان تشکیل جلسات درمانی، از میان بیماران زن متقاضی شرکت در جلسات، با توجه به ملاک‌های ورود و خروج به مطالعه و پس از غربالگری اولیه، ۳۰ بیمار زن که نمرات بیشتری در پرسشنامه سلامت عمومی اخذ نموده بودند و از سلامت روان پایین‌تری نسبت به سایرین برخوردار بودند، به شیوه در دسترس انتخاب و با گمارش تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و کنترل قرار گرفتند. با توجه به اینکه در مطالعات مداخله‌ای، حجم نمونه برای هر یک از گروه‌ها، ۱۵ تا ۲۰ نفر توصیه می‌شود، حجم نمونه در این پژوهش برای هر یک از گروه‌ها ۱۵ نفر تعیین شد. ملاک‌های ورود بیماران به مطالعه عبارت بودند از: دامنه سنی ۲۰ تا ۴۵ سال، دارا بودن تحصیلات حداقل سیکل، تأیید بیماری توسط پزشک صاحب‌نظر و نتایج تست‌های تشخیصی از قبیل MRI در انجمن ام.اس، عدم ابتلا به مرحله شدید و حاد بیماری، رضایت آگاهانه مبنی بر داوطلبانه بودن شرکت در جلسات و عدم دریافت خدمات مشاوره فردی خارج از جلسات درمانی. داشتن ملاک‌های تشخیصی برای اختلالات بارز روان‌پزشکی بر اساس مصاحبه بالینی و مبتلا بودن به بیماری‌های جسمی هم‌زمان که به‌نوعی نتایج پژوهش را تغییر می‌داد، نیز به‌عنوان ملاک‌های خروج از پژوهش در نظر گرفته شدند. در این مطالعه مفاد مطرح‌شده در بیانیه هلسینکی رعایت گردید که از جمله آن‌ها می‌توان به توضیح اهداف پژوهش و کسب رضایت آگاهانه از

و نتایج پیش‌بینی نشده متمرکز است^[18]. CFT بر مبنای رویکرد تکاملی نسبت به کارکردهای روان‌شناختی است. بر اساس این رویکرد، انگیزش‌ها و قابلیت‌های شفقت‌ورزی با نظام‌های مغزی تکامل‌یافته‌ای مرتبط است که زیربنای رفتارهای دل‌بستگی، نوع‌دوستی و مهرورزی قرار دارند. کارکرد طبیعی شفقت نیز ایجاد رفتارهای مهرجویانه، فراهم کردن موقعیت‌هایی برای به هم‌پیوستگی، امنیت، تسکین بخشی، مشارکت، ترغیب و حمایت می‌باشد^[19].

محور اصلی CFT، پرورش ذهن شفقت‌ورز است؛ در حقیقت درمانگر با توضیح و تشریح مهارت‌ها و ویژگی‌های شفقت به مراجع، به تدریج این کار را انجام می‌دهد. بنابراین از طریق ایجاد و یا افزایش یک رابطه شفقت‌ورز درونی مراجعان با خودشان، بجای سرزنش کردن، محکوم کردن، و یا خودانتقادی، کمک لازم به مراجعان می‌شود^[20]. دو هدف اساسی CFT شامل ۱) کاهش خصومت خود جهت داده و ۲) توسعه توانایی‌های فرد جهت ایجاد احساس خود اطمینانی، مهربانی و خود تسکینی است که می‌تواند به‌عنوان پادزهری در برابر احساس تهدید شدگی عمل کنند. بخش اعظم فعالیت‌های CFT بر روی ایجاد قابلیت شفقت‌ورزی متمرکز می‌باشند^[18].

در پژوهش‌های مختلفی کارایی CFT در کاهش هیجانات منفی و تفکرات پارانوییدی^[21]، کاهش استرس و افزایش احساس آرامش و تسکین^[22]، کاهش شرم، خودانتقادی و اضطراب اجتماعی^[23]، و بهبود اختلالات خوردن^[24] بررسی و تأیید شده است. لوکر و کورتن^[25] در پژوهش خود با عنوان "بررسی درمان گروهی متمرکز بر شفقت بر روی بیماران با اختلال شخصیت" اثربخشی این درمان را در کاهش خودانتقادی، افکار خودتخریب و نشخوار فکری تأیید نمودند. براهلر و همکاران^[26] در پژوهشی که فرایند تغییر در درمان متمرکز بر شفقت در بیماران روانی را بررسی کردند، به این نتیجه رسیدند که این درمان در ارتقاء بهبود هیجانی بیماران مؤثر است. اشوردث، گرسی و گیلبرت^[18] نیز در پژوهشی با عنوان "درمان متمرکز بر شفقت برای بهبود آسیب تروماتیک مغزی" نشان دادند که این نوع درمان در مفهوم‌سازی پاسخ‌های هیجانی این بیماران مؤثر است.

بالا بودن مشکلات روانی (افسردگی، اضطراب، استرس و خستگی ...) در میان بیماران مبتلا به MS موجب می‌شود، اکثر بیماران قادر به کنار آمدن با بیماری نباشند و تمام توجه و تمرکز خود را بر روی مسائل و مشکلات آینده خود متمرکز کنند. به‌علاوه اختلال در روابط زناشویی، تغییر در عملکرد جنسی، تغییر در اعتماد بنفس، تغییرات خلقی گذرا، محدود شدن فعالیت‌های اجتماعی و مشکلات اقتصادی توأم با مشکلات شغلی^[9] از مواردی است که باعث کاهش میزان سلامت روان این بیماران می‌گردد. با توجه به بالا بودن شیوع بیماری

واحدهای مورد مطالعه، اختیاری بودن شرکت در پژوهش، حق خروج از مطالعه، بدون ضرر بودن مداخله، پاسخ به سؤالات و در اختیار قرار دادن نتایج در صورت تمایل اشاره کرد^[27]. پس از تکمیل پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ توسط شرکت کنندگان هر دو گروه، جلسات درمان متمرکز بر شفقت در ۸ جلسه ۲ ساعته به شیوه گروهی و هفتگی برای شرکت کنندگان گروه آزمایش برگزار شد، درحالی که گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نمودند. پکیج جلسات

درمانی بر اساس طرح درمانی گیلبرت^[۲۷] تدوین گردید. پس از اتمام جلسات درمانی، دو گروه به وسیله پرسشنامه پژوهش مجدداً مورد ارزیابی قرار گرفتند. پس از پایان مرحله پس‌آزمون، پژوهشگر جهت رعایت اصول اخلاقی و حرفه‌ای در پژوهش و همچنین تشکر و قدردانی از همکاری گروه کنترل، جلسات درمانی را برای آن‌ها نیز اجرا نمود. شرح مختصری از روند اجرای جلسات در جدول شماره ۱ ارائه شده است:

جدول ۱) شرح مختصری از جلسات درمان متمرکز بر شفقت مبتنی بر طرح درمانی گیلبرت

تعداد جلسات	شرح جلسات
جلسه اول	اجرای پیش‌آزمون- آشنایی درمانگر و اعضای گروه با یکدیگر، گفتگو درباره هدف تشکیل جلسات و ساخت کلی آن، بررسی انتظارات از برنامه درمانی، آشنایی با اصول کلی درمان متمرکز بر شفقت و تمایز شفقت با تأسف برای خود.
جلسه دوم	توضیح و تشریح شفقت: اینکه شفقت چیست و چگونه می‌توان از طریق آن بر مشکلات فائق آمد. آموزش ذهن آگاهی همراه با تمرین واریسی بدنی و تنفس، آشنایی با سیستم‌های مغزی مبتنی بر شفقت.
جلسه سوم	آشنایی با خصوصیات افراد شفقت ورز، شفقت نسبت به دیگران، پرورش احساس گرمی و مهربانی نسبت به خود، پرورش و درک اینکه دیگران نیز نقایص و مشکلاتی دارند (پرورش حس اشتراکات انسانی) در مقابل احساسات خودتخریب‌گرانه. آموزش افزایش گرمی و انرژی، ذهن آگاهی، پذیرش، خرد و قدرت، گرمی و عدم قضاوت.
جلسه چهارم	ترغیب آزمودنی‌ها به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به‌عنوان «شفقت ورز» یا «غیر شفقت ورز» با توجه به مباحث آموزشی، شناسایی و کاربرد تمرین‌های «پرورش ذهن شفقت ورز»، ارزش شفقت، همدلی و همدردی نسبت به خود و دیگران.
جلسه پنجم	آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت (شفقت کلامی، شفقت عملی، شفقت مقطعی و شفقت پیوسته) و به‌کارگیری این روش‌ها در زندگی روزمره و برای والدین، دوستان و آشنایان.
جلسه ششم	آموزش مهارت‌های شفقت به شرکت کنندگان در حوزه‌های توجه به شفقت ورز، استدلال شفقت ورز، رفتار شفقت ورز، تصویرپردازی شفقت ورز، احساس شفقت ورز و ادراک شفقت ورز، ایفای نقش فرد در سه بعد وجودی خود انتقادگر، خود انتقاد شونده و خود شفقت ورز با استفاده از تکنیک صندلی خالی گشتالت، پیدا کردن لحن و تن صدای خود انتقادگر و خود شفقت‌گر درونی هنگام گفتگوی درونی و مشابهت آن با الگوی گفتگوی آدم‌های مهم زندگی مانند پدر و مادر.
جلسه هفتم	پر کردن جدول هفتگی افکار انتقادگر، افکار شفقت ورز و رفتار شفقت ورز. پیدا کردن رنگ، مکان و موسیقی شفقت‌گر که اجزای تصویرپردازی‌های شفقت ورز می‌توانند باشند، کار بر روی ترس از شفقت به خود و موانع پرورش این خصیصه. آموزش تکنیک‌های تصویرپردازی ذهنی شفقت ورز، تنفس تسکین‌بخش ریتمیک، ذهن آگاهی و نوشتن نامه شفقت ورز.
جلسه هشتم	جمع‌بندی و نتیجه‌گیری و پاسخگویی به سؤالات اعضا و ارزیابی کل جلسات، تشکر و قدردانی از اعضا جهت شرکت در جلسات، اجرای پس‌آزمون.

ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه سلامت عمومی بود که توسط گلدبرگ تهیه و تدوین و توسط هومن هنجاریایی شده است. این پرسشنامه به‌منظور شناسایی اختلالات روانی غیر روان پسیکوتیک و نیز در جمعیت‌های سالم، برای تشخیص اختلالات روانی خفیف استفاده می‌شود. به سؤالات در یک مقیاس لیکرت سه‌درجه‌ای پاسخ داده می‌شود (باید توجه داشت که نمرات بالا در این آزمون، نشان‌دهنده وضعیت سلامتی پایین فرد است). فرم ۲۸ گویه ای پرسشنامه سلامت عمومی، دارای چهار خرده مقیاس نشانه‌های جسمانی، اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی می‌باشد. از مجموع نمرات این چهار خرده مقیاس نیز یک نمره کلی برای سلامتی افراد به دست می‌آید^[28]. در مطالعه‌ای ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه در گروه دیابتی ۰/۹۲ و در گروه غیر دیابتی ۰/۸۳ به دست آمده است^[29]. میزان آلفای کرونباخ به دست

آمده در این مطالعه نیز ۰/۷۴ بود. پس از جمع‌آوری اطلاعات، داده‌ها با نرم‌افزار SPSS 18 تجزیه و تحلیل شدند و با استفاده از آمار توصیفی، میانگین و انحراف استاندارد داده‌ها محاسبه شد. برای اطمینان یافتن از نرمال بودن توزیع داده‌ها آزمون کولموگوروف-اسمیرنوف مورداستفاده قرار گرفت. برای بررسی تأثیر مداخله تمرکز بر شفقت بر متغیر وابسته سلامت روان در دو گروه و کنترل تأثیر متغیر پیش‌آزمون، از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد.

یافته‌ها

میانگین نمرات سلامت روان گروه آزمایش و گروه کنترل در مرحله پیش‌آزمون به ترتیب برابر با ۶۶/۸±۱۱/۴۹ و ۶۲/۶۱±۱۴/۱۲ بود. در مرحله پس‌آزمون و پس از انجام مداخله، میانگین نمرات سلامت روان در گروه آزمایش ۶۸/۸±۱۱/۷

خود را بشناسند و نسبت به آن احساس شفقت داشته باشند. سپس نگرش شفقت گونه‌ای به خود داشته باشند که نیازمند اتخاذ چشم‌انداز روانی متعادلی به نام ذهن آگاهی است. ذهن آگاهی یک حالت متعادل است که مستلزم مشاهده کامل و پذیرش پدیده‌های هیجانی و روانی است که برانگیخته می‌شوند. زمانی که افراد نسبت به افکار دردناک خود آگاه نیستند، تجارب خود را همان‌طور که هستند، نمی‌پذیرند و این نپذیرفتن ممکن است خود را به صورت ممانعت از آوردن این افکار به هشیاری نشان دهد. در این روش درمانی به جای تمرکز بر تغییر خودارزیابی افراد، رابطه افراد با خودارزیابی آنان تغییر می‌یابد. در تمرین‌های شفقت بر ریلکسیشن، ذهن آرام و دلسوز و ذهن آگاهی تأکید می‌شود که نقش بسزایی در آرامش ذهن فرد، کاهش استرس و افکار خود آیند منفی خواهد داشت [22].

همچنین در تبیین نتایج می‌توان اضافه کرد، درمان متمرکز بر شفقت همانند یک سبک تنظیم هیجانی مثبت عمل می‌کند و هیجان‌ات منفی فرد را کاهش می‌دهد و هیجان‌ات مثبت را جایگزین آن می‌نماید، بنابراین به نظر می‌رسد که به واسطه این خودتنظیمی هیجانی، افسردگی و اضطراب فرد کاهش یابد. در تبیین دیگر می‌توان به ماهیت و محتوای تمرین‌های شفقت استناد کرد، زیرا در تمرین‌های شفقت بر ریلکسیشن، ذهن آرام و دلسوز و ذهن آگاهی تأکید می‌شود که نقش بسزایی در آرامش فرد، کاهش استرس و افکار خود آیند منفی دارد [35]. همچنین نف و مک گهی معتقدند که به کمک درمان متمرکز بر شفقت، فرد نسبت به گذشته جرئت مندتر شده و می‌تواند چرخه معیوب انتقاد نسبت به خویش و همچنین ترسیم انتظارات سطح بالا از خود را مورد سؤال قرار دهد و با نگاهی جدید و دلسوزانه نسبت به خود؛ معیارهای واقعی و توقعات قابل دستیابی که مستلزم سختی و آزار نباشد را باظراحی کند [36] که تمامی این موارد که به بهبود سلامت روان کمک می‌نماید.

هر مطالعه با محدودیت‌هایی روبروست؛ اجرای پژوهش بر روی بیماران مبتلا به ام اس شهر تهران، تعمیم نتایج آن‌ها به دیگر شهرها و مناطق با مشکل مواجه می‌سازد. شیوه نمونه‌گیری در دسترس، خود گزارشی بودن ابزار مورد استفاده، و عدم وجود مرحله پیگیری در این پژوهش نیز از محدودیت‌های دیگر تحقیق حاضر است که باید به آن توجه نمود. با توجه به نتایج حاصل از این پژوهش پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده جهت تعیین دقیق‌تر اثرات درمانی رویکرد متمرکز بر شفقت، مرحله پیگیری نیز گنجانده شود و نتایج آن‌ها با نتایج این پژوهش مقایسه شود. پیشنهاد می‌گردد که محققین تأثیر این مدل درمانی را بر سایر متغیرهای بالینی مورد بررسی قرار داده و همچنین در قالب طرح‌های پژوهشی موردی،

و در گروه کنترل $61/37 \pm 9/97$ بود و کاهش معناداری در میانگین نمرات سلامت روان گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل مشاهده شد (نمرات کمتر در پرسشنامه سلامت عمومی حاکی از سلامت روان بالاتر است). همچنین طبق نتایج تحلیل کوواریانس، میزان اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت در مرحله پس‌آزمون، $0/62$ بود؛ یعنی $0/62$ تفاوت‌های فردی در نمرات پس‌آزمون متغیر سلامت روان مربوط به تأثیر مداخله درمانی (عضویت گروهی) بود.

بحث

پژوهش حاضر باهدف بررسی اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر سلامت روان زنان مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس صورت گرفت. نتایج حاکی از آن بود که این روش درمانی به‌طور معناداری باعث افزایش سلامت روان زنان بیمار تحت مداخله شده بود. مطالعه‌ای که نتایج آن به‌صورت مستقیم در راستای یافته‌های این مطالعه باشد، مشاهده نشد، اما نتایج به‌دست‌آمده در این پژوهش به‌صورت غیرمستقیم با یافته‌های تحقیقات لوکر و کورتس [25]، براهلر و همکاران [26]، اشوردث و همکاران [18]، رایس [30]، لیویس و یونلی [31]، امیری و تروپ [32]، نوربالا [33]، لینکلن و همکاران [21]، بوژسما و همکاران [23]، گالی و همکاران [24] و جاج و همکاران [34] مبنی بر اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت همسو و در تأیید آن‌ها می‌باشد.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت در بیماران مبتلا به MS که با اختلال‌های روان‌شناختی از جمله افسردگی و اضطراب درگیرند، سیستم تهدید و محافظت از خود، به‌نوعی پرکاری شدید دچار است که نتیجه آن سطوح بالای استرس و نگرانی در این افراد خواهد بود؛ از طرف دیگر سیستم رضایت و تسکین نیز در این افراد سطح رشد یافتگی پایین‌تری دارد، زیرا آن‌ها هرگز فرصت تحول این سیستم را نداشته‌اند. درمان متمرکز بر شفقت برای این افراد مانند فیزیوتراپی ذهن عمل می‌کند؛ یعنی با تحریک سیستم تسکین بخشی، زمینه تحول آن را فراهم می‌کند و با تحول این سیستم تاب‌آوری در برابر افسردگی و اضطراب را بالا می‌برد و نهایتاً منجر به بهبود سلامت روان می‌گردد [20]. مؤلفه دیگر در اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بهوشیاری است. سازه شفقت به خود از بسیاری از جهات می‌تواند نوعی راهبرد مقابله هیجان محور باشد؛ چراکه آگاهی بهوشیارانه از هیجان‌های خود، عدم اجتناب از احساسات دردناک و ناراحت‌کننده و نزدیکی همراه با مهربانی، فهم و احساس اشتراک‌های انسانی به آن‌ها، نیازمند است. درواقع افراد در این مدل ابتدا با استفاده از بهوشیاری، تجربه هیجانی خودشان را می‌شناسند، و سپس نگرشی مشفقانه نسبت به احساسات منفی خود پیدا می‌کنند [35]. در درمان مبتنی بر شفقت، افراد می‌آموزند که از احساسات دردناک خود اجتناب نکرده و آن‌ها را سرکوب نکنند، بنابراین می‌توانند در گام اول تجربه

- 2016;15(4):461-73.[Persian]
- 2- Solari A, Radice D. Health status of people with multiple sclerosis a community mail survey. *Neurol Sci.* 2001;22(4):307-15.
- 3- Moss-Morris R, McCrone P, Yardley L, van Kessel K, Wills G, Dennison L. A pilot randomised controlled trial of an Internet-based cognitive behavioural therapy self-management programme (MS Invigor8) for multiple sclerosis fatigue. *Behav Res Ther.* 2012;50(6):415-21.
- 4- Masudi R, Mohammadi I, Ahmadi F, Hasanpour-Dehkordi A. The effect of self-care program education based on Orem's theory on mental aspect of quality of life in multiple sclerosis patients. *Iran J Nurs.* 2009;22(60):53-64.[Persian]
- 5- Seyedfatemi N, Heydari M, Hoseini AF. Self-esteem and its associated factors in patients with multiple sclerosis. *Iran J Nurs.* 2012;25(78):14-22.[Persian]
- 6- Sadri Damirchi E, Aghazadehasl M. Effectiveness of cognitive-behavioral group therapy on coping styles in multiple sclerosis patients. *Horizon Med Sci.* 2017;23(2):117-22.
- 7- Attar Sayyah AE, Hoseini Kakhk SAR, Hamedinia MR, Mehrjoo M. Effect of 8-week combined training (resistance and proprioceptive neuromuscular facilitation) on fatigue and quality of life in multiple sclerosis patients. *Horizon Med Sci.* 2016;22(1):43-50.
- 8- Jahanbakhshian N, Zahrakar K, Davarniya R. A study on the effectiveness of caregivers' group supportive-training intervention on the mental health of MS patients. *RJMS.* 2016;23(144):19-29. [Persian]
- 9- Milo R, Osherov M. Daclizumab and its use in multiple sclerosis treatment. *Drugs Today (Barc).* 2017;53(1):7-18.
- 10- Siegert RJ, Abernethy DA. Depression in multiple sclerosis: a review. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2005;76(4):469-75.
- 11- Jean VM, Beatty WW, Paul RH, Mullins L. Coping with general and disease-related stressors by patients with multiple sclerosis: relationships to psychological distress. *Mult Scler.* 1997;3(3):191-6.
- 12- Schubert D, Foliart RH. Increased depression in multiple sclerosis: A Meta-analysis. *Psychosomatics.* 1993;34(2):124-30.
- 13- Riether AM. Anxiety in patients with multiple sclerosis. *Semin Clin Neuropsychiatry.* 1999;4(2):103-13.
- 14- Maurelli M, Marchioni E, Cerretano R, Bosone D, Bergamaschi R, Citterio A, et al. Neuropsychological assessment in MS: clinical, neurophysiological and neuroradiological relationships. *Acta Neurol Scand.* 1992;86(2):124-8.
- 15- Stenager E, Knudsen L, Jensen K. Multiple

فرایندهای مختلف درمان را مورد بررسی قرار دهند. با توجه به نتایج به دست آمده در پژوهش حاضر توصیه می‌شود مطالعات آتی، پایداری اثرات درمان متمرکز بر شفقت در دوره‌های سه‌ماهه یا شش‌ماهه، بر روی سایر ناسازگاری‌های روان‌شناختی در بیماران مبتلا به ام. اس و میزان گستردگی ناتوانی را مورد بررسی قرار دهند. همچنین استفاده فراگیر از روش‌های کل نگر، تیمی و بین‌رشته‌ای در درمان بیماران ام. اس، تدوین برنامه‌های پیشگیرانه بر اساس رویکرد مبتنی بر شفقت و استفاده از نقش پیشگیرانه آن به منظور حمایت از آن‌ها در برابر رویدادهای استرس‌زای زندگی، به متخصصین و درمانگران پیشنهاد می‌گردد.

نتیجه‌گیری

با توجه به یافته‌های این مطالعه می‌توان نتیجه گرفت که مداخله متمرکز بر شفقت می‌تواند به‌عنوان گزینه درمانی مناسبی جهت کاهش مشکلات روان‌شناختی و افزایش سلامت روان بیماران مبتلا به MS در نظر گرفته شود.

تشکر و قدردانی: گروه پژوهشی لازم می‌دانند تا از مسئولین محترم انجمن ام. اس شهر تهران و تمامی بیماران عزیزی که صمیمانه محققین را یاری نمودند، کمال تشکر و قدردانی را داشته باشند.

تأییدیه اخلاقی: نویسندگان کلیه کدهای اخلاقی مربوط به تحقیقات روی نمونه‌های انسانی را رعایت نموده و مجوزهای لازم را از مراجع ذیصلاح اخذ نموده‌اند.

تعارض منافع: هیچ‌گونه تعارض منافی بین نویسندگان وجود دارد.

سهم نویسندگان: آرمان سلیمی (نویسنده اول)، نگارنده مقاله / پژوهشگر اصلی، روش‌شناس، ویرایش مقاله (۰/۳۰)؛ فرشته ارسلان ده (نویسنده دوم) نگارنده مقدمه و بحث، پژوهشگر کمکی، ویرایش مقاله (۰/۲۰)؛ کیانوش زهراکار (نویسنده سوم) نگارنده مقدمه و بحث، روش‌شناس، ویرایش مقاله (۰/۲۰)؛ رضا داوورنیا (نویسنده چهارم)، پژوهشگر کمکی، اجرای برنامه درمانی، ویرایش مقاله (۰/۱۵)؛ محمد شاکرمی (نویسنده پنجم)، پژوهشگر کمکی، تحلیلگر آماری، ویرایش مقاله (۰/۱۵)

منابع مالی: مطالعه حاضر بدون حمایت مالی نهاد خاصی انجام شده است.

منابع

- 1- Esfandeh K, Jamalpour S, Majdinasab N, Emami Dehcheshmeh SF, Abdolkhani F, Rezvani R. Comparison of short term memory in relapsing remitting multiple sclerosis patients with and without depression and normal adults resident in Ahwaz province. *Jundishapur Sci Med J.*

- 26- Braehler C, Gumley A, Harper J, Wallace S, Norrie J, Gilbert P. Exploring change processes in compassion focused therapy in psychosis: results of a feasibility randomized controlled trial. *Br J Clin Psychol*. 2013;52(2):199-214.
- 27- World Medical A. World medical association declaration of helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA*. 2013;310(20):2191-4.
- 28- Rezaei F, Kajbaf MB, Vakili Zarch N, Dehghani F. Effectiveness of cognitive behavioral stress management therapy in general health of asthmatic patients. *Knowledge and Health*. 2011; 6(3):9-15.
- 29- Hoseyni M, Abdkhodai M, Aghamohammadian Sherbaf H. Role of mediating sense of coherence in relationship between duration and number of physical complications of diabetes with mental health in patients with type 2 diabetes mellitus. *Horizon Med Sci*. 2017;23(4):311-7.
- 30- Raes F. The effect of self-compassion on the development of depression symptoms in a nonclinical sample. *Mindfulness*. 2011;2(1):33-6.
- 31- Leaviss J, Uttley L. Psychotherapeutic benefits of compassion-focused therapy: an early systematic review. *Psychol Med*. 2015;45(5):927-45.
- 32- Imrie S, Troop NA. A pilot study on the effects and feasibility of compassion-focused expressive writing in day hospice patients. *Palliat Support Care*. 2012;10(2):115-22.
- 33- Noorbala F, Borjali A, Ahmadian-Attari MM, Noorbala AA. Effectiveness of compassionate mind training on depression, anxiety, and self-criticism in a group of Iranian depressed patients. *Iran J Psychiatry*. 2013;8(3):113-7.
- 34- Judge L, Cleghorn A, McEwan K, Gilbert P. An exploration of group-based compassion focused therapy for a heterogeneous range of clients presenting to a community mental health team. *International Journal of Cognitive Therapy*. 2012; 5(4):420-9.
- 35- Neff KD, Germer CK. A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *J Clin Psychol*. 2013; 69(1):28-44.
- 36- Neff KD, McGehee P. Self-compassion and psychological resilience among adolescents and young adults. *Self and Identity*. 2010;9(3):225-40.
- sclerosis: correlation of anxiety, physical impairment and cognitive dysfunction. *Ital J Neurol Sci*. 1994;15(2):97-101.
- 16- Stenager EN, Stenager E. Suicide and patients with neurologic diseases. Methodologic problems. *Arch Neurol*. 1992;49(12):1296-303.
- 17- Stenager EN, Stenager E, Koch-Henriksen N, Brønnum-Hansen H, Hyllested K, Jensen K, et al. Suicide and multiple sclerosis: an epidemiological investigation. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1992;55(7):542-5.
- 18- Ashworth F, Gracey F, Gilbert P. Compassion focused therapy after traumatic brain injury: Theoretical foundations and a case illustration. *Brain Impairment*. 2011;12(02):128-39.
- 19- Depue RA, Morrone-Strupinsky JV. A neurobehavioral model of affiliative bonding: implications for conceptualizing a human trait of affiliation. *Behav Brain Sci*. 2005;28(3):313-50.
- 20- Gilbert P. Introducing compassion-focused therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*. 2009;15(3):199-208.
- 21- Lincoln TM, Hohenhaus F, Hartmann M. Can paranoid thoughts be reduced by targeting negative emotions and self-esteem? An experimental investigation of a brief compassion-focused intervention. *Cognitive Therapy and Research*. 2013;37(2):390-402.
- 22- Heriot-Maitland C, Vidal JB, Ball S, Irons C. A compassionate-focused therapy group approach for acute inpatients: Feasibility, initial pilot outcome data, and recommendations. *Br J Clin Psychol*. 2011;53(1):78-94.
- 23- Boersma, K, Håkanson A, Salomonsson E, Johansson I. Compassion focused therapy to counteract shame, self-criticism and isolation. A replicated single case experimental study for individuals with social anxiety. *Journal of Contemporary Psychotherapy*. 2015;45(2):89-98.
- 24- Gale C, Gilbert P, Read N, Goss K. An evaluation of the impact of introducing compassion focused therapy to a standard treatment programme for people with eating disorders. *Clin Psychol Psychother*. 2014;21(1):1-12.
- 25- Lucre KM, Corten N. An exploration of group compassion-focused therapy for personality disorder. *Psychol Psychother*. 2013;86(4):387-400.