

اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر شفقت خود بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس مرد شهر اصفهان

Investigate the effectiveness of group therapy based on compassion-focused therapy, on increasing self-compassion in male patients diagnosed with multiple sclerosis in Isfahan

Abbas Rouhani (Corresponding author)

Assistant Professor, Department of Educational Psychology, Islamic Azad University, Mobarakeh Branch, Mobarakeh, Isfahan, Iran
Email: abas1345r@yahoo.com

Yaghoub Harouni

M.A. of Clinical Psychology, Islamic Azad University, Najafabad Branch, Isfahan, Iran

عباس روحانی (نویسنده مسئول)

استادیار گروه روانشناسی تربیتی دانشگاه آزاد اسلامی واحد مبارکه، مبارکه، اصفهان، ایران

Email: abas1345r@yahoo.com

یعقوب هارونی

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

Abstract

Aim: This study aimed to investigate the effectiveness of group therapy based on compassion-focused therapy, on increasing self-compassion in male patients diagnosed with multiple sclerosis in Isfahan. Using A pretest-posttest quasi experimental Design, this study was conducted with an experimental group and a control group. **Method:** for study was chosen with available sampling from the male patients who came to MS society and among them a group of 30 patients was randomly divided into a experimental group and a control group of 15 individuals. In the pretest stage, Beck's questionnaire of self-compassion was used. The experimental group of compassion-focused therapy received 8 90-minute sessions and the control group received no treatment. In the post-test, the questionnaire was administered to both groups again. And the data were analyzed using variance and covariance method. **Results:** The results demonstrated that in the post-test stage, score of self-compassion of the experimental group increased significantly compared to the control group. Therefore, group therapy which was based on compassion-focused therapy have been effective in increasing self-compassion in men with Multiple Sclerosis. **Conclusion:** The results emphasize the importance of these interventions in the treatment of self-compassion of people with multiple sclerosis and also put emphasis on presenting new horizons in clinical interventions.

Keywords: compassion-focused therapy, group therapy, self-compassion, multiple sclerosis

چکیده

هدف: پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی گروه درمانی به شیوه درمان متمرکز بر شفقت، بر شفقت خود بیماران مرد مولتیپل اسکلروزیس شهر اصفهان بود. روش: در این مطالعه که یک کار نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل بود. نمونه مورد مطالعه به روش نمونه گیری در دسترس و از مردان مراجعه کننده به انجمن ام اس انتخاب شد که از میان آنها تعداد ۳۰ نفر به طور تصادفی، به دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و کنترل تقسیم شدند. در مرحله ی پیش آزمون به منظور سنجش میزان شفقت خود، از پرسشنامه شفقت خود استفاده شد. گروه آزمایش تحت درمان متمرکز بر شفقت طی ۸ جلسه ی ۹۰ دقیقه ای قرار گرفت و گروه کنترل، هیچ گونه درمانی دریافت نکرد. در مرحله پس از آزمون پرسشنامه فوق روی هر دو گروه مجددا اجرا شد. داده ها با استفاده از روش تحلیل واریانس کواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. یافته ها: نتایج پژوهش به خوبی نشان داد که در مرحله پس آزمون، نمره شفقت خود گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل به طور معنا داری افزایش یافت. بنا براین گروه درمانی، درمان متمرکز بر شفقت در افزایش شفقت خود در مردان مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلروزیس موثر بوده است. نتیجه گیری: نتایج بر اهمیت کاربرد این مداخلات در شفقت خود افراد مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلروزیس و ارائه افق های جدید در مداخلات بالینی بیماران تاکید دارد.

کلید واژه ها: درمان متمرکز بر شفقت، گروه درمانی، شفقت خود، بیماری مولتیپل اسکلروزیس

مقدمه

مولتیپل اسکلروزیس^۱ یک بیماری میلین زدای سیستم عصبی مرکزی است. این بیماری یکی از شایع‌ترین بیماری‌های نورولوژیک در انسان بوده و ناتوان‌کننده‌ترین بیماری سنین جوانی است. در این بیماری پوشش میلین سیستم عصبی مرکزی از قبلی مغز، عصب بینایی^۲ و نخاع شوکی^۳ دچار آسیب می‌شود. رایج‌ترین دوره شروع آن جوانی بوده و در زنان حدود دو برابر مردان شایع است. (هولند^۴ و هالپر^۵، ۲۰۰۵). ابتلا به مولتیپل اسکلروزیس بین سن ۲۰ تا ۴۰ سالگی است و تشخیص بر پایه مطالعات MRI^۶ می‌باشد. (وثوقی و فریدمن^۷، ۲۰۰۸). سازمان بهداشت و خدمات مردمی آمریکا، مرگ ناشی از این بیماری را در سال ۱۹۹۲ رقمی حدود ۱۹۰۰ شهروند آمریکایی (حدود ۰/۷ درصد هزار نفر) اعلام نمود (بردلی^۸، داروف^۹، فینکل^{۱۰} و جانکوویک^{۱۱}، ۲۰۱۲).

طبق اطلاعات انجمن ام اس ایران ۵۰/۰۰۰ بیمار مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس در ایران وجود دارد و میزان شیوع آن تقریباً ۹ در ۱۰۰/۰۰۰ می‌باشد (اعتمادی فر و اشتری، ۱۳۹۱، ۳۶). نشانه‌های بالینی مولتیپل اسکلروزیس شامل: ضعف، خستگی، لرزش^{۱۲}، درد، فلجی، اختلال عملکرد مثانه و روده و اسپاسم عضله^{۱۳}، تغییرات بینایی و کاهش عملکرد جنسی آقایان (به صورت کاهش میل جنسی) می‌باشد. اختلالات خواب، کاهش فعالیت زندگی روزانه، عفونت مجاری ادراری، بی‌اختیاری ادرار و مدفوع، آسیب پوستی، انقباضات عضلانی، مشکلات عصبی محیطی، افسردگی، از دست دادن شغل، تغییرات در خانواده، طلاق، از دست دادن توانایی و انجام فعالیت‌های اقتصادی، اجتماعی و شغلی نیز در این بیماری رایج است. (هالپر، ۲۰۰۴)

در مطالعه‌ای که تحت عنوان اثرات بیماری مولتیپل اسکلروزیس بر روی خانواده و کار انجام شده است، بسیاری از بیماران گزارش کرده‌اند که دوستان قدیمی خود را از دست داده‌اند. در مطالعه‌ای که توسط جدیزلوگلو^{۱۴} در ترکیه انجام شده است نتایج نشان داده است که اغلب بیماران درآمد ماهیانه پایین و بسیار پایینی داشته‌اند. بیماری مولتیپل اسکلروزیس منابع مالی خانواده را تهی کرده است و موجب بوجود آمدن مشکلات اقتصادی شده است. تغییر در شغل و کاهش درآمد در میان مردان بسیار بیشتر از زنان گزارش شده است. مطالعات دیگر نشان داده است که مردان اثرات بیشتری را بر روی شغل و درآمد نسبت به زنان تجربه کرده‌اند (جدیزلوگلو^{۱۵}، موویوگلو^{۱۶} و اوزونل^{۱۷}، ۲۰۰۳).

¹ Multiple Sclerosis

² Optic nerves

³ Spinal cord

⁴ Holland

⁵ Halper

⁶ Magnetic resonance imaging

⁷ Freedman

⁸ Bradley

⁹ Daroff

¹⁰ Feichel

¹¹ Jankovic

¹² Tromor

¹³ Spasticity

¹⁴ Gedizluglu

¹⁵ Gedizluglu

¹⁶ Movioglu

¹⁷ Uzunel

جانسون^۱ تخمین زده است که بهایی که هر فرد در سال در اروپا پرداخت می‌کند بین ۲۸۰۰۰ تا ۴۹۰۰۰ یورو متغیر است (جانسون، کوبلت^۲ و میلتنلوگر^۳، ۲۰۰۰).

همچنین مقبولیت استفاده از درمان‌های تکمیلی در سیستم بهداشتی نیز افزایش یافته است و استفاده از مداخلات غیر دارویی برای تکمیل طب پیشرفته در بین پرستاران در تجارب بالینی در حال گسترش است. درمان‌های مکمل می‌توانند روند و سیر بیماری ام اس را کند سازند، تعداد حملات را کاهش دهند و شروع ناتوانی همیشگی را به تاخیر اندازند. یکی از مفاهیم اصلی بوداییسم که در روان‌شناسی غرب کمتر شناخته شده اما در پژوهش‌هایی که به مفهوم خود و نگرش خود پردازند می‌بیشتر به چشم می‌خورد، مفهوم خود شفقت ورزی (گیلبرت ۲۰۰۹، بایر ۲۰۱۰) است.

(کندی^۴، الربای^۵، ۲۰۱۶) در پژوهشی «یک رویکرد شفقت محور جهت کار با فرد دچار اختلال اسکیزوفرنی» را بررسی کردند. این مطالعه موردی یک درمان به اشتراک گذاشته شده با رویکرد شفقت محور بین یک درمانگر و فردی با سابقه ۲۰ ساله اسکیزوفرنی است. نتایج این مطالعه، سودمندی شفقت در تسهیل شجاعت برای کنترل بدترین علائم روان پریشی را نشان می‌دهد. این کار با افزایش تمرکز حواس ذهنی و تنظیم هیجان صورت می‌گیرد. این رویکرد کمک به ایجاد یک موقعیت جایگزین می‌کند که از آن می‌توان ترس‌های روانی بسیار خود را به زمین لنگر زد که در گذشته، بیمار تسلط کمتری بر آنها داشت.

(آشوورث^۶، کلرک^۷، جونز^۸، جنینگز^۹ و لانگوورث^{۱۰}، ۲۰۱۵) پژوهشی با عنوان «کاوشی در رابطه با تأثیر درمان متمرکز بر شفقت بر آسیب مغزی اکتسابی» را بررسی کردند. در این تحقیق آنها به این نتیجه رسیدند که درمان متمرکز بر شفقت در ارتباط با کاهش قابل توجه در میزان انتقاد از خود، اضطراب و افسردگی و افزایش توانایی القای قوت قلب به خود موثر می‌باشد. آنها در مطالعه خود هیچ اثر نامطلوبی را گزارش نکردند.

(لوسر^{۱۱} و کورتن^{۱۲}، ۲۰۱۳) پژوهشی با عنوان «یک کاوش گروه درمانی با تمرکز بر درمان متمرکز بر شفقت برای افراد با سابقه اختلال شخصیت» را بررسی کردند. افراد مبتلا به اختلالات شخصیت، به ویژه کسانی که نیز تجربه خود انتقادی و شرم بالایی را داشته، یک چالش درمانی محسوب شده و میزان بالای ترک درمان در آنها وجود دارد. درمان با تمرکز بر روی درمان متمرکز بر شفقت (CFT) به طور ویژه برای یافتن شرم و خود انتقادی و برای توسعه توانایی افراد جهت شفقت به خود و اطمینان بیشتر به خود و دیگران طراحی شده است. نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که تغییرات قابل توجهی در همه متغیرهای CORE، رفاه، خطر، عملکرد، و مشکلات وجود داشت. همچنین جالب این

¹ Johnson

² Koblet

³ Miltenloarger

⁴ Angella Kennedy

⁵ Mark Ellerby

⁶ Fiona Ashworth

⁷ Alexis Clarke

⁸ Lisa Jones

⁹ Caroline Jennings

¹⁰ Catherine Longworth

¹¹ Catherine Lucre

¹² Naomi Corten

بود که تمام متغیرها، نشان از یک روند ادامه دار بهبود در اسال پیگیری را می‌دادند، که از نظر آماری معنی دار نبودند. تجزیه و تحلیل محتوا نشان داد که بیماران دریافته بودند که این روش، فرایندی محرک و بسیار مهم در تلاش‌های خود برای توسعه تنظیم هیجان و درک خویش است.

(پاولی، مک فرسون، ۲۰۱۰) مطالعه ای با عنوان «تجربه و معنای درمان متمرکز بر شفقت و خود شفقت برای افراد با دو اختلال افسردگی و اضطراب» انجام دادند. طبق نتایج آنها بازتاب به دست آمده از شرکت کنندگان در این مطالعه نشان می‌دهد که آنها به درمان متمرکز بر شفقت به عنوان دو کیفیت محوری نگاه می‌کنند: یکی مهربانی و دیگری عمل. شرکت کنندگان گزارش داده‌اند که تصور می‌کنند شفقت به خود در ارتباط با تجربه ی آنها معنا دار است و به منظور یاری رسانی به کاهش افسردگی و اضطراب مفید می‌باشد. در هر صورت شرکت کنندگان گفته‌اند که حس می‌کنند شفقت به خود کاری مشکل است. هم به این دلیل اینکه آنها به خودی خود احساس می‌کنند به چالش کشیده شده‌اند و هم به دلیل تجربه اختلالات روانشناختی که در آنها وجود دارد و بر روی قابلیت آنها به شفقت به خود اثر می‌گذارد.

تاریخ روان‌شناسی سرشار از مفاهیمی است که در راستای افزایش سلامت روان، بهبود روش‌های پردازش هیجانی و فکری و ارتقای سیستم‌های روان‌درمانی مطرح شده‌اند. همگام با گسترش پژوهش‌ها در این زمینه، سازه ای جدید با عنوان «شفقت به خود» در روان‌شناسی مطرح شد. نف^۱ شفقت به خود را به عنوان سازه ای سه مولفه ای، شامل این موارد تعریف می‌کند: مهربانی با خود در مقابل قضاوت خود (درک خود به جای قضاوت یا انتقاد و نوعی مهرورزی و حمایت نسبت به کاستی‌ها و بی‌کفایتی‌های خود)، اشتراک‌های انسانی در مقابل انزوا (اعتراف به اینکه همه انسان‌ها دارای نقص هستند و اشتباه می‌کنند) و بهوشیاری^۲ در مقابل همسان‌سازی افراطی (آگاهی متعادل و روشن از تجارب زمان حال که باعث می‌شود جنبه‌های دردناک یک تجربه، نه نادیده گرفته شود و نه به طور مکرر ذهن را اشغال کند). امروزه ترکیب این سه مولفه مرتبط، مشخصه فردی است که نسبت به خود شفقت دارد. (نف، ۲۰۰۳) و (نف، ۲۰۰۹) مطالعات زیادی نشان داده‌اند که شفقت به خود بالاتر، با اضطراب و افسردگی پایین تر مرتبط است. (نف، ۲۰۰۳)، (نف، ۲۰۰۷)، (نف، ۲۰۰۸) و (قربانی، واتسون^۳، چن و نوربالا، ۲۰۱۲) همچنین پژوهش‌هایی دیگر نشان داده‌اند که شفقت به خود بالاتر با اختلال‌های روانی کمتر، بهزیستی روانی بیشتر و تاب‌آوری بالاتر در مقابل استرس همبسته است. (گیلبرت^۴، ۲۰۰۵، مک‌بث^۵ و گاملی، ۲۰۱۲، فیلدمن^۶ و کیوکین^۷، ۲۰۱۱) براساس یافته‌ها و در راستای تحقیق‌هایی که در حوزه شفقت به خود انجام گرفت، گیلبرت^۸ به استفاده از این سازه در فضای جلسات درمان اقدام کرد و در نهایت، نظریه درمان متمرکز بر شفقت را مطرح کرد. سیر تاریخی شکل‌گیری این مدل درمانی در عدم بهبود هیجان‌های منفی در درمان‌های شناختی رفتاری ریشه دارد (گیلبرت، ۲۰۰۹).

^۱ Neff, K. D.

^۲ Mindfulness

^۳ Watson

^۴ Gilbert

^۵ Macbeth

^۶ Feldman

^۷ Kuyken

^۸ Gilbert

پایه و اساس درمان متمرکز بر شفقت بر این اصل اشاره میکند که اندیشه، عوامل، تصویرها و رفتارهای آرامش بخش بیرونی باید درونی شود. بر این منوال ذهن انسان همان طور که به مسائل بیرونی واکنش نشان می‌دهد، در روبرو شدن با این درونیات نیز آرام می‌شود (گیلبرت، ۲۰۰۵). تا به حال چندین تحقیق بالینی تاثیر پذیری این مدل درمانی را بر کاهش نشانه‌های اضطراب، افسردگی و خود انتقادی تایید کرده است. اثر بخشی این مدل درمانی در تحقیق بر روی کسانی که با شرم، خود انتقادی و سرزنش گری بالا مواجه بودند تایید شده است (گیلبرت، ۲۰۰۵).

اهمیت موضوع بیماری ام اس از آنجایی است که خود سبب ساز اختلالات خلقی می‌شود که می‌تواند. سبب ساز عود این بیماری شود و حملات عصبی این بیماران تشدید و علائم بالینی وخیم تری را بوجود می‌آورد. که به تبعه آن افراد مبتلا را دچار مشکلات جسمانی و روحی شدید کرده و هزینه‌های زیادی برای این بیماران به بار می‌آورد. لزوم درمان متمرکز بر شفقت برای این دسته از بیماران دیده شد. مزیت این درمان نسبت به سایر روان درمانی‌ها این است که هیجانات منفی مانند خود سرزنش گری احساس بی کفایتی و حرمت نفس پایین را به هیجان‌های مثبت نظیر مهربانی درک خود و مسؤلیت پذیری بیماران تبدیل میکنند.

لذا با توجه به اهمیت درمان اختلالات ناشی از بیماری مولتیپل اسکلروزیس این پژوهش به دنبال پاسخ به این سوال است که آیا گروه درمانی به شیوه درمان متمرکز بر شفقت، در شفقت خود در بیماران مولتیپل اسکلروزیس مرد شهر اصفهان اثربخش است.

روش

در پژوهش حاضر شبه آزمایشی، از نوع پیش آزمون - پس آزمون با گروه آزمایش و کنترل است. جامعه آماری مورد مطالعه در این پژوهش عبارت بودند از مردان ۲۰ تا ۴۰ ساله مبتلا به بیماری ام اس که در سال ۱۳۹۴ به انجمن ام اس مراجعه کرده بودند. نمونه مورد مطالعه در این پژوهش به صورت نمونه گیری در دسترس و با توجه به ماهیت مطالعه که دارای مداخلات است، از روش نمونه گیری داوطلبانه استفاده شد. ابتدا از تمام بیمارانی که به انجمن ام اس مراجعه کرده بودند. ثبت نام به عمل آمد. از میان ۴۲ نفر از ثبت نام کنندگان در نهایت ۳۲ نفر که امکان شرکت در جلسات گروهی را داشتند انتخاب شدند. سپس افراد انتخاب شده به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. همچنین مدل درمانی به شکل تصادفی به گروه‌ها اختصاص داده شده است. البته به علت ریزش، ۱ نفر از هر گروه (در مجموع ۲ نفر) جلسات را نیمه تمام باقی گذاشتند و پژوهش براساس ۱۵ نفر در هر گروه انجام شد.

ملاک‌های ورودی: ۱. عدم مصرف هیچ داروی اختلالات خلقی، ۲. عدم ابتلا به بیماری به جز ام اس، ۳. عدم ابتلا به بیماری روانی حاد، ۴. جنسیت مرد، انجام دادن تکالیف درمانی، ۵. دادن اختیار ترک جلسات به بیمارانی که احساس می‌کنند توانایی ادامه درمان را ندارند، ۶. تشخیص بیماری ام اس توسط پزشک معالج، ۷. دامنه سنی بین ۲۰ تا ۴۰ سال. **ملاک‌های خروجی:** ۱. عدم غیبت بیش از دو جلسه، ۲. در صورت مشکلات ناشی از عود بیماری اجازه ترک گروه را دارند، ۳. عدم همکاری.

ابزار

خود دلسوزی یا شفقت خود از سازه‌های نسبتاً جدید در روانشناسی است که در نتیجه تناقضات موجود در رابطه با متغیرهایی همچون عزت نفس پدید آمد. پژوهشگران عقیده دارند که خود دلسوزی یا شفقت خود به معنی این است که فرد در مواجهه با ناکامی‌ها، نقائص و عیب‌هایش آن‌ها را بپذیرد. همچنین این سازه اشاره دارد که خود دلسوزی به معنی نادیده گرفتن عیب‌ها و نقص‌ها نیست و در آن فرد به جای انتقاد از خود به مهربانی نسبت به خود می‌پردازد. در رابطه با سنجش شفقت خود یا خود دلسوزی چند ابزار در دسترس است که در میان آن‌ها پرسشنامه شفقت خود فرم کوتاه (SCS-SF) و همچنین پرسشنامه خود دلسوزی فرم بلند (SCS-LF) بیشتر شناخته شده هستند.

مقیاس ۱۲ ماده‌ای خود دلسوزی فرم کوتاه یا همان پرسشنامه شفقت خود توسط ریس، پامیر، نف و ون‌گاجت در سال ۲۰۱۱ ساخته شد. نسخه بلند این مقیاس در سال ۲۰۰۳ و با ۲۶ ماده ساخته شده بود. این پرسشنامه دارای ۶ عامل دو وجهی است که عبارتند از: مهربانی با خود؛ قضاوت در مورد خود؛ احساس مشترکات انسانی؛ انزوا؛ ذهن آگاهی؛ و فزون همانندسازی. این پرسشنامه در طیف لیکرت از ۱ تا ۵ نمره‌گذاری می‌شود.

ریس و همکاران (۲۰۱۱) در مطالعه خود، همسانی درونی مقیاس را ۰/۸۶ گزارش کرده‌اند. تحلیل عامل مواد مقیاس نیز، هم چون فرم بلند مقیاس، شش عامل بیان شده و یک عامل مرتبه بودم خود شفقت را نشان داد. در مطالعه سبزه آرایبی لنگرودی (۱۳۹۲) علاوه بر بررسی ساختار عاملی مقیاس در نمونه ایرانی، آلفای کرونباخ مقیاس ۰/۸۶ گزارش شد. در مطالعه قربانی، واتسن، ژو و نو بالا (۲۰۱۲) همسانی درونی مقیاس ۰/۸۴ گزارش شد. در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ ۷۵ درصد می‌باشد.

روند اجرای پژوهش

ابتدا از تمام بیمارانی که به انجمن ام‌اس مراجعه کرده بودند و متمایل به شرکت در گروه درمانی بودند، ثبت نام به عمل آمد. از میان ۴۲ نفر از ثبت نام کنندگان به در نهایت ۳۲ نفر که امکان شرکت در جلسات گروهی را داشتند انتخاب شدند. البته به علت ریزش، ۱ نفر از هر گروه (در مجموع ۲ نفر) جلسات را نیمه تمام باقی گذاشتند و پژوهش براساس ۱۵ نفر در هر گروه انجام شد. سپس افراد انتخاب شده به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. گروه اول، گروه آزمایشی که تحت درمان متغیر مستقل (درمان متمرکز بر شفقت) قرار گرفتند. گروه دوم گروه کنترل که هیچ گونه درمانی بر روی آنها انجام نشد. به دنبال آن، با توافق با استفاده از ابزارهای مورد نظر مورد ارزیابی قرار گرفتند. در پژوهش پرسشنامه شفقت خود به عنوان پیش تست گرفته شد. سپس برای آزمودنی‌های گروه آزمایش جلسات درمان متمرکز بر شفقت به صورت گروهی (همراه با تکالیف در بین جلسات و تکالیف در منزل و بحث گروهی) طی ۸ جلسه (۹۰ دقیقه) برگزار شد. لازم به ذکر است که جلسات درمانی به صورت دو بار در هفته برگزار گردید در جلسه هشتم مجدداً از افراد خواسته شد پرسشنامه‌های مذکور را پاسخ دهند.

جلسات درمانی به این صورت اجرا گردید

خلاصه جلسات درمانی

جلسات	محتوا
جلسه اول	آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و برقراری رابطه درمانی: آشنا نمودن افراد با مفهوم سازی شفقت خود و موضوع پژوهش. بررسی بیماری ام اس در هریک از افراد گروه، آتم از مدت بیماری و اقدامات انجام شده: سنجش کلی و سنجش شیوه‌های کنترلی و پاسخ به پرسشنامه‌ها
جلسه دوم	شفقت نسبت به خود: پذیرش اشتباهات و بخشیدن به خاطر اشتباهات برای سرعت بخشیدن به ایجاد تغییرات
جلسه سوم	شفقت نسبت به دیگران: شکل گیری و ایجاد احساسات بیشتر و متنوع تر در ارتباط با مسائل افراد در مراقبت و توجه به سلامت خود
جلسه چهارم	تصویر سازی مشفقانه نکته اصلی این آموزش این است که با استفاده از افکار و تصورات می توانیم مغز و بدن خود را طوری با قدرت تحریک کنیم که واکنش نشان دهد
جلسه پنجم	پرورش خود مشفقانه: آموزش رشد احساسات ارزشمند و متوالی، ایجاد احساسات ارزشمند در خود تا بتوانند برخورد مناسب و کارآمدی با محیط داشته باشند.
جلسه ششم	یافتن مکان امن در این آموزش به بدن اجازه خواهیم داد به حالت‌های چهره خود فکر کنیم و اجازه بدهیم لذت بودن در جای امن را ببرد.
جلسه هفتم	آموزش مسئولیت پذیری: آموزش مسئولیت پذیری آموزش شفقت به خود است که براساس آن آزمودنی‌ها یاد میگیرند تفکر خودانتقادی داشته باشند تا بتوانند دیدگاه و احساسات جدیدی که کارآمدتر هستند را در خود ایجاد کنند.
جلسه هشتم	آموزش و تمرین مهارت‌ها، مرور و تمرین مهارت‌های ارائه شده در جلسات گذشته برای کمک به آزمودنی‌ها تا بتوانند به روش‌های مختلف با شرایط متفاوت زندگی خود مقابله کنند و پاسخ مجدد به پرسشنامه‌ها

یافته‌ها

از لحاظ عوامل درون گروهی، دو نمره سنجش در زمان قبل از مداخله، و بعد از مداخله وجود داشته. از عوامل بین گروهی، گروه آزمایش و کنترل هر کدام ۱۵ نفر بودند. میانگین و انحراف معیار اندازه گیری مقیاس شفقت خود در گروه‌های آزمایش و کنترل ارائه شده است (جدول ۱).

جدول (۱) مقایسه میانگین و انحراف معیار پیش آزمون و پس آزمون شفقت خود در دو گروه

گروه	پیش آزمون		پس آزمون	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
کنترل	۲۲/۱۶۶	۴/۹۳	۲۲/۶۶	۵/۰۳
شفقت خود	۲۲/۰۸	۵/۷۴	۴۹/۵۰	۵/۶۴

براساس نتایج جدول (۴-۱) میانگین نمره شفقت خود در گروه کنترل در پیش آزمون ۲۲/۱۶۶ با انحراف معیار \pm ۴/۹۳ در پس آزمون ۲۲/۶۶ با انحراف معیار \pm ۵/۰۳ بوده است. میانگین نمره شفقت خود در گروه آزمایش در پیش آزمون ۲۲/۰۸ با انحراف معیار \pm ۵/۷۴ و در پس آزمون ۴۹/۵۰ با انحراف معیار \pm ۵/۶۴ بوده است.

جدول (۲) نتایج آزمون نرمال بودن توزیع متغیرهای تحقیق در پیش آزمون و پس آزمون در گروه کنترل

گروه‌ها	شاپرو - ویلکز	سطح معناداری
پیش آزمون	/۹۰۱	/۱۶۲
پس آزمون	/۸۸۰	/۰۸۸

همانگونه که در جدول ۴-۶ آمده است سطح معناداری این آماره بزرگتر از ۰/۰۵ است این به معنای آن است که توزیع متغیر با توزیع نرمال تفاوت معناداری ندارد، پس توزیع صفت نرمال است.

در این تحقیق همراه با آزمون لوین و آزمون شاپرو - ویلکز (به ترتیب آزمون تجانس واریانس‌ها و پیش فرض طبیعی بودن توزیع متغیرهای وابسته در سطوح مختلف عامل) ذکر می‌گردد. هم چنین جهت تجزیه و تحلیل اطلاعات به دست آمده در بین گروه‌های مورد مطالعه از آزمون تحلیل کواریانس واریانس استفاده شده است. حداقل سطح معنی‌داری در آزمون فرض‌های تحقیق حاضر ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

جدول (۳) آزمون لوین (همگنی واریانس خطاها) در گروه‌ها

آماره f لوین	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
۱/۱۵۳	۱	۲۲	/۲۹۵

بنابراین میان واریانس خطاهای دو گروه تفاوت معناداری وجود ندارد و شرط همگنی واریانس خطاها برقرار است.

جدول (۴) نتایج تحلیل کوواریانس یک راه روی میانگین نمرات پس آزمون شفقت خود در دو گروه با کنترل پیش آزمون

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	F	سطح معناداری P	مجدور تا	توان آماری
پیش آزمون	۴۳/۲۶۲	۱	۱/۵۴۹	/۲۲۷	/۰۶۹	/۲۲۱
گروه	۴۳۲۶/۹۱۲	۱	۱۵۴/۹۵	/۰۰۱	/۸۸۱	/۱۰۰

همان طور که در جدول ۴-۱۱ نشان داده شده است با کنترل پیش آزمون، بین آزمودنی‌های در گروه‌های کنترل و آزمایش دید ورزشی از لحاظ نمره کیفیت زندگی تفاوت معنی داری وجود دارد ($p=0.01$ و $F=63/65$). میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۷۵٪ می‌باشد، یعنی ۷۵ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات کیفیت زندگی مربوط به تأثیر یک شیوه درمان متمرکز بر شفقت می‌باشد. بنابراین فرضیه پژوهش پذیرفته می‌گردد.

بحث و نتیجه گیری

یافته‌ها حاکی از آن است که در انتهای درمان با کنترل پیش آزمون بین آزمودنی‌های در گروه‌های کنترل و آزمایش دید ورزشی از لحاظ نمره افسردگی تفاوت معنی داری وجود دارد. بنابراین فرضیه پژوهش پذیرفته می‌گردد. یکی از دلایل اثربخشی این درمان به دلیل نوعی از هوشیاری است که از بسیاری جنبه‌ها مانع از نوعی راهبرد هیجان محور است. چرا که آگاهی هوشیارانه از هیجان‌های خود، فرد را مساله محور می‌کند و به جای اجتناب از احساسات دردناک ورنج به دیدن رنج و التیام رنج می‌پردازد و نگاه مهربانانه خواهد داشت. در این پژوهش با استفاده از تمرین‌های درمان متمرکز بر شفقت از جمله شفقت به خود و دیگران طی هشت جلسه سبب افزایش خود شفقت ورزی بیماران ام اس می‌شود. و در نتیجه مراحل بهبود بهتری راسپری کنند و پیامد مهم این درمان اثربخشی برای اعضای گروه آزمایشی است که تحت درمان بودند و سیر صعودی درخود شفقت ورزی داشته‌اند. جای آن دارد افراد مبتلا به بیماری ام اس و بیماران مزمنی که دچار خودسرزنش گری و نامهربانی نسبت به خود هستند و بدین وسیله این خودسرزنش گری و نامهربانی نسبت به خود مسبب وخیم تر شدن حال این بیماران می‌شود، از این رویکرد درمانی استفاده کنند. افرادی که خود شفقت ورزی بالایی دارند از هیجانان منفی کمتری و انگیزش بالا برای درمان برخوردار هستند.

این یافته‌های پژوهشی با نتایج تحقیقات زیر همسو می‌باشد: بر اساس یافته‌های لیری و همکاران (۲۰۰۷) شفقت خود در ۳ موقعیت مواجهه با حوادث منفی گذشته و تصور حوادث منفی خیالی با سطوح پایین تر عواطف منفی در ارتباط است و منجر به تسهیل توانایی افراد در مقابله با عواطف منفی می‌شود. افرادی که شفقت خود بالایی دارند تمایل بیشتری برای پذیرش نقش و مسوولیت خود در حوادث منفی دارند، می‌توانند اتفاقات منفی را با آن چه که هستند در ارتباط ببینند، اما همین حوادث منفی را کمتر نشخوار می‌کنند و در نتیجه در مواجهه با اشتباهات شان کمتر هیجان‌های منفی را تجربه می‌کنند.

افرادی که خود شفقت ورز هستند سلامت روانی بیشتری نسبت به افرادی که خود شفقت ورزی کمتری دارند تجربه می‌کنند. زیرا تجربه درد و شکست از طریق خود محکوم سازی (لی^۱، ۲۰۱۳) احساس انزوا (ون دام، شپارد، فورست و ارلی وین^۲، ۲۰۱۱). بزرگنمایی^۳ افکار و احساسات (رایس^۳، ۲۰۱۰) تقویت می‌شود. هم چنین داشتن احساس خود شفقت ورزی دلالت بر این دارد که فرد تلاش می‌کند که از تجربه درد جلوگیری نماید. این امر منجر به بروز سبک‌های مقابله فعال در جهت ارتقا و حفظ سلامت روانی می‌شود. افراد خود شفقت ورز درد و نقص کمتری را نسبت به سایرین تجربه می‌کنند و دیدگاه حمایت گرایانه ای نسبت به خود دارند که سبب افسردگی کمتری و اضطراب و افزایش رضایت آن‌ها از زندگی می‌شود (آلیک و سدکیدز^۴، ۲۰۰۹) بر این اساس، خود شفقت ورزی یکی از جنبه‌های هوش هیجانی است که در بردارنده توانایی برای ثبت هیجان‌ها استفاده از اطلاعات برای هدایت افکار و اعمال است (لوتس، اسلگتر، دان و دیویسون^۵، ۲۰۰۸).

در پژوهش حاضر اثربخشی روش درمان مبتنی بر شفقت در بیماران مرد مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس اصفهان مورد بررسی قرار گرفت. و نتایج نشان داد که روش درمان مبتنی بر شفقت می‌تواند در بهبود سلامت این بیماران موثر باشد. به طور کلی یافته‌های پژوهش حاضر بیان گر کاربردهای مهم درمان متمرکز بر شفقت در سلامت روانی است درمان متمرکز بر شفقت مفهوم نسبتاً جدیدی است که می‌تواند از رشد مداخله ای و پژوهش را در حوضه روان درمانی به دنبال داشته باشد. همچنین اهمیت مقابله با رویدادهای منفی برای ارتقا سلامت روانی را برجسته می‌سازد. این روش می‌تواند به صورت فردی و گروهی برای انواع مشکلات بالینی مورد استفاده قرار گیرد و موجب افزایش سلامت و واکنش‌های سازگارانه ای شود که در پژوهش‌های آتی می‌توان آن را جست و جو کرد. مساله بعدی این است که مفهوم درمان متمرکز بر شفقت پدیده ای است نوپا و حوضه‌های گسترده ای در حیطه سلامت روانی وجود دارد که با توجه به اثر حاضر آزمودنی‌های پژوهش فقط از مردان مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلروزیس و مشخص نیست که آیا روش‌های مداخله ای مورد استفاده برای گروه‌های دیگر از جمله زنان و گروه‌های مختلف دیگر سنی موثر است. اثر اجرایی پیش آزمون بر نمرات پس آزمون و عدم اجرای پیگیری به منظور بررسی تداوم اثربخشی روش‌های مورد استفاده بر افراد مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلروزیس از محدودیت‌های پژوهش می‌باشد.

از دیگر محدودیت‌های پژوهش می‌توان به موارد زیر اشاره نمود: ۱. جنسیت نمونه تنها شامل مردهاست. ۲. بعلا محدود بودن تعداد نمونه، تعمیم به خصوص به سنین مختلف بیماران باید با احتیاط صورت بگیرد. ۳. این پژوهش بر روی افراد مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلروزیس انجام شده است. بنابراین در تعمیم نتایج به سایر بیماری‌ها باید احتیاط کرد. ۴. پژوهش حاضر بر روی بیماران مرد مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس در شهر اصفهان انجام شده است. بنابراین در تعمیم نتایج به دست آمده به سایر شهرها و مناطق کشور باید احتیاط نمود. ۵. محدودیت سنی اعضای گروه

¹ Lee

² Van Dam, N. T., Sheppard, S. C., Forsyth, J., & Earleywine, M

³ Rice

⁴ Alicke, M. D., & Sedikides

⁵ Lutz, A., Slagter, H. A., Dunne, J. D., & Davidson, R. J.

پیشنهاد می‌شود پژوهش مورد نظر روی گروه بزرگتر گروه زنان مورد آزمایش مجدد قرارگیرد تا اعتبار این روش با اعتبار بیشتری برآورد شود. ۲. بهتراست این روش با روش‌های دیگر درمانی مقایسه شود و در دوره پیگیری طولانی تری تداوم اثر درمانی آن بررسی شود. ۳. پیشنهاد می‌شود این درمان به صورت فردی و همچنین در بیماران ام اس که مشکلات جسمانی بیشتری دارند انجام شود؛ ۴. با توجه به اثربخش بودن این درمان بر اضطراب و افسردگی بیماران ام اس، براهمیت کاربرد این روش درمان، در مورد افرادی با بیماری‌های خاص نیز تایید می‌شود.

۱. نتایج این پژوهش را می‌توان در جلسات آموزشی و کارگاه‌های آموزشی برای دانشجویان به منظور آگاه ساختن آنان از تاثیر درمان متمرکز بر شفقت‌انه بر جنبه‌های مختلف شخصیت مورد استفاده قرار داد. ۲. از نتایج پژوهش حاضر می‌توان در کلینیک‌های مشاوره و سازمان بهزیستی جهت افزایش آگاهی افراد از روش‌های درمانی نوین و موثر (درمان متمرکز بر شفقت) استفاده نمود. ۳. این پژوهش از طریق گروه درمانی به رفع مشکل مراکز مشاوره ای دانشگاه‌ها و مؤسسات دیگر در ارتباط با تعداد زیاد مراجعان و کمبود مشاور کمک می‌کند.

منابع

- Alicke, M. D., & Sedikides, C. (2009). Self-enhancement and self-protection: What they are and what they do. *European Review of Social Psychology*, 20, 1-48.
- Ashworth, F. Clarke, A. Jones, L. Jennings, C. Longworth, C. An exploration of compassion focused therapy following acquired brain injury, *Psychology and Psychotherapy: Theory Research and Practice*, 2015, 88, 143-162.
- Bradley WG, Daroff RB, Fenichel GM, Jankovic J. 2012, *Clinical practice*. Philadelphia: Butler Worth-Heinemann.
- Brajkovic L, Bras M, Milunovic V, Busic I, Boban M. The Connection between Coping Mechanisms, Depression, Anxiety and Fatigue in Multiple Sclerosis. *Collegium ntropologicum* 40-135: (2) 33; 2009.
- Chwastiak LA, Ehde DM. Psychiatric Issues in Multiple Sclerosis. *Psychiatric Clinic NorthAm*. 18-803 : 4(30); 2007.
- Esterling BA, L'Abate L, Murray EJ, Pennebaker JW. Empirical foundations for writing in prevention and psychotherapy: Mental and physical health outcomes. *Clinical psychology review*. 1999; 19(1): 79-96 .
- Etemadifar, M., & Ashtari, F (2012). *Diagnosis and treatment of multiple sclerosis*. Isfahan charbagh company. (Persian).
- Feldman C, Kuyken W. 2011, *Compassion in the landscape of suffering*. *Contem Buddh* 12: 143-155.
- Gedizluglu M, Mavioglu H, Uzunel F. 2003, *Impact of multiple sclerosis on family and employment*. *Int JMS core serial on line*. Oct 2(3).
- Ghorbani N, Watson PJ, Chen Z, Norballa F. 2012, *Self-compassion in Iranian Muslims: relationships with integrative self-knowledge, mental health, and religious orientation*. *Int J Psychol Relig* 22: 106-118.
- Gilbert, P. (2005). *Compassion and cruelty: A biopsychosocial approach*. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy* (pp. 9-74). Hove, UK: Routledge.
- Gilbert P. *Compassion: Conceptualization, Research and use in psychotherapy*, New York: Routledge publication; 2005.
- Gilbert P. Irons C. *Focused therapies and compassionate mind training for shame and self-attacking*. In: Gilbert P. ed. *Compassion: Conceptualizations, research and use in psychotherapy*. London: Routledge publications; 2005. P. 263-325.
- Halper J. 2004, *The evaluation of nursing care in multiple sclerosis*. *Int J MS Care*. 2(1): 40-48.
- Hansen M. *Cancer nursing. Principles and practice*. 5 th ed. London: Jones & Bartlet. 2000.

- Holland NJ, Halper J. 2005, multiple sclerosis: a selfcare guide to wellness. New York: Demos Medical Publishing. p. 1-10.
- Kirchner T, Lara S. Stress and depression symptoms in patients with multiple sclerosis: the mediating role of the loss of social functioning. *Acta Neurol Sc* 2012; 12(4): 215-21 .
- Kloss JD, Lisman SA. An exposure -based examination of the effects of written emotional disclosure. *British Journal of Health Psychology*. 2002; 7(1);
- Leary, M. R., Tate, E. B., Adams, C. E., Allen, A. B., & Hancock, J. (2007). Self-compassion and reactions to unpleasant self-relevant events: The implications of treating oneself kindly. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92, 887-904.
- Lee, W. K. (2013). Self-compassion as a moderator of the relationship between academic burn-out and psychological health in Korean cyber university students. *Personality and Individual Differences*, 54, 899–902.
- Liu XJ, Ye HX, Li WP, Dai R, Chen D, Jin M. Relationship between Psychological Factors and Onest of Multiple Sclerosis. *Eur J Neurol* 2009 ;6-130: 3(62).
- Lutz, a., slagter, h. A., dunne, j. D., & Davidson, r. J. (2008). Attention regulation And monitoring in meditation. *Trends in Cognitive sciences*, 12, 163–169.
- Neff, K. D. (2003a). The development and validation of a scale to measure self -compassion. *Self and Identity*, 2, 223-250.
- Neff, K. D. (2003b). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2, 85 -
- Neff, K. D. (2009). The role of self-compassion in development: A healthier way to relate to oneself. *Human Development*, 52, 211-214 .Neff, K. D. (2011). Self-compassion, Self-esteem
- Phillips CJ. The cost of multiple sclerosis and the cost effectiveness of disease-modifying agents in its treatment. *CNS Drugs* 2004; 18(3): 561-74.
- Poser CM. The diagnosis and management of multiple sclerosis. *J Acta Neural Scand* 2005.199-201 : (3)112;
- Raes, F. (2010). Rumination and worry as mediators of the relationship between self-compassion and depression and anxiety. *Personality and Individual Differences*, 48, 757-76.
- Jonsson B, Koblet G, Miltenloarger C. 2000, Health Economics, Economic Evaluation and clinical practice outcomes. *Research in multiple sclerosis*. September 35
- psy.unsw.edu [homepage on the internet. Australia. Psychology Department. Available from
- MacBeth A, Gumley A. 2012, Exploring compassion: a meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clin Psychol Rev* 32: 545-552.
- Leary, M. R., Tate, E. B., Adams, C. E., Allen, A. B., & Hancock, J. (2007). Self-compassion and reactions to unpleasant self-relevant events: The implications of treating oneself kindly. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92, 887-904.
- Moradipanah F. The effects of light music on stress and anxiety of cardiac catheterism patients. [Ms thesis]. Tarbiat Modarres University. Tehran. 2005.
- Neff, K. D. (2003a). The development and validation of a scale to measure self -compassion. *Self and Identity*, 2, 223-250.
- Neff, K. D. (2003b). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2, 85 -102.
- Neff, K. D. (2009). The role of self-compassion in development: A healthier way to relate to oneself. *Human Development*, 52, 211-214 .
- Neff, K. D. (2011). Self-compassion, Self-esteem
- Neff KD, Rude SS, Kirkpatrick K. An examination of self-compassion in relation to positive psychological functioning and personality traits. *J Res Pers* 2007; 41: 139-154.
- Pauley G, McPherson S. The experience and meaning of compassion and self-compassion for individuals with depression or anxiety. *Psychol Psychother* 2010; 83: 129-143.
- Rezaie, O., Mirzaie, Q.M.,& Dolatshahie., B.(2010). The personality styles in multiple sclerosis. *Cong of Iran psychology*.(Persian).

- Van Dam, N.T, Sheppard, S. C., Forsyth, J., & Earleywine, M. (2011). Self-sliffe in mixed anxiety and depression. *Journal of Anxiety Disorders*, 25, 123-130.
- Vosoughi R, Freedman MS. Therapy of MS. *J Neurol neuros: Atlas mult*. 2008; (112):85-365. (Persian). <http://www.psy.unsw.edu.au/dass> .