

اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر کیفیت زندگی و تاب‌آوری مراقبان بیماران مبتلا به ام‌اس

سید مجتبی عقیلی^۱، سعیده تیغ دست^۲، انسیه بابایی^۳

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۰۲/۱۳ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۱/۰۴/۲۸

چکیده

هدف از این پژوهش تعیین اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر کیفیت زندگی و تاب‌آوری مراقبان بیماران مبتلا به ام‌اس بود. روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون پس‌آزمون و گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه مراقبان بیماران مبتلا به ام‌اس بستری در مرکز تحقیقات ام‌اس بیمارستان سینا بودند. از میان مراقبان تعداد ۳۰ نفر به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه ۱۵ نفر) جایگزین شدند. گروه آزمایش تحت ۸ جلسه درمان متمرکز بر شفقت قرار گرفتند، اما گروه گواه تا پایان پژوهش مداخله‌ای دریافت نکردند. ابزار پژوهش پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت و پرسشنامه تاب‌آوری کونور و دیویدسون بود. داده‌های پژوهش با آزمون تحلیل واریانس چند متغیره و نرم افزار spss-26 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج نشان داد که درمان متمرکز بر شفقت بر کیفیت زندگی و تاب‌آوری مراقبان بیماران مبتلا به ام‌اس اثربخش است ($p < 0/05$). بر اساس نتایج این پژوهش می‌توان گفت، درمان مبتنی بر شفقت توانسته است میزان کیفیت زندگی و تاب‌آوری مراقبان بیماران مبتلا به ام‌اس را افزایش دهد. بنابراین آگاهی متخصصان حوزه‌های مشاوره، روان‌شناسی و سلامت از این متغیرها می‌تواند کمک‌کننده باشد.

کلید واژه‌ها: درمان متمرکز بر شفقت، کیفیت زندگی، تاب‌آوری، مراقبان بیماران، ام‌اس

۱. نویسنده مسئول: استادیار، گروه روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

dr_aghili1398@yahoo.com

۲. کارشناس ارشد روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، گلستان، ایران.

۳. استادیار، گروه روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

مقدمه

از جمله بیماری‌های مزمن دستگاه عصبی مرکزی که سبب تخریب غلاف میلین و آسیب آکسون می‌شود، مولتیپل اسکلروزیس^۱ (ام‌اس) است (موتل و سندروف^۲، ۲۰۱۸)، که ماهیت خودایمنی دارد؛ به این معنی که دستگاه ایمنی بدن، علیه قسمتی دیگر از بدن به عنوان یک عامل بیگانه واکنش غیرعادی نشان می‌دهد (درتاج، علی‌اکبری‌دهکردی، مقدسی و علی‌پور، ۱۴۰۰). این آسیب توانایی بخش‌هایی از سیستم عصبی را در انتقال سیگنال‌ها مختل می‌کند و در نتیجه طیف وسیعی از علائم و نشانه‌ها از جمله مشکلات جسمی، روحی و گاه روانپزشکی ایجاد می‌شود (تامپسون، بانول، بارخوف^۳، ۲۰۱۸). بیماری ام‌اس با نسبت ابتلا ۲ تا ۳ برابری زنان به مردان (دابسون و گیووانونی^۴، ۲۰۱۹)، اغلب در بزرگسالان ۱۵ تا ۵۰ سال بروز می‌نماید (یوسفی، ضرغام حاجبی، سراوانی، ۱۴۰۰). بیماری مولتیپل اسکلروزیس منجر به ناتوانی و ایجاد انواع اختلال‌های حسی و حرکتی در فرد بیمار می‌شود (شمس، پاشنگ، صداقت، ۱۴۰۰). و با مشکلاتی مانند شدت و دفعات عود بیماری، پایین بودن حمایت اجتماعی ادراک شده، راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد، کاهش امید به زندگی و مشکلات عاطفی و اقتصادی، و اختلال‌های روانشناختی همراه است (بندیکت، آماتو، دلوکا^۵، ۲۰۲۰). نیازهای بیماران از جمله تجویز دارو، همراهی با بیمار برای درمان، رعایت بهداشت فردی و رژیم غذایی مناسب و همچنین بستری‌های مکرر بیماران بر وضعیت اجتماعی، اقتصادی و روانی مراقبت‌کننده^۶ تأثیر می‌گذارد (چا، جیونگ، کیم و نام^۷، ۲۰۲۲).

مراقبت‌کنندگان گزارش می‌کنند که نیازهای خود را در رابطه با زندگی روزمره‌شان نمی‌توانند برآورده کنند و به خاطر انجام نقش مراقبتی از بیمار مورد علاقه‌شان، نیازهای خودشان را فراموش می‌کنند (طاهرخانی، محمدی، رشوند و مطلبی، ۱۴۰۰). افزایش فشار بر مراقبین می‌تواند سبب انزوای خانواده، قطع امید از حمایت‌های اجتماعی، اختلال در روابط خانوادگی و مراقبت ناکافی و رهایی بیمار شود (مورگان، لنگاچر و رودریگز^۸، ۲۰۲۲). علاوه بر این، ارائه مراقبت طولانی مدت به موازات ایفای نقش‌های اجتماعی، با کاهش کیفیت زندگی و افزایش خطرات ابتلا به بیماری‌های جسمی و روانی برای مراقبان همراه است و رفتارهای آزار دهنده بیمار (ناشی از وجود علائم روانی در آنان)، مدیریت نیازهای (جسمی، اقتصادی، روانی و...) بیماران را برای مراقبان آنها مشکل و پیچیده خواهد ساخت (حسین‌پور، نوروزی، ره‌گوی، قاسمی و همکاران، ۱۴۰۰). سازمان بهداشت جهانی، کیفیت زندگی را درک فرد از موقعیت خود در بافتی از نظام‌های فرهنگی و ارزشی با توجه به اهداف، انتظارات، استانداردها و علاقه

-
1. Multiple sclerosis
 2. Motel and Sandroff
 3. Thompson, Banwell, Barkhoff
 4. Dobson and Giovannoni
 5. Benedict, Amato, DeLuca
 6. protector
 7. Cha, Jeong, Kim & Nam
 8. Morgan, Langacher & Rodriguez

مندی‌ها تعریف کرده است. بنابراین کیفیت زندگی مقوله‌ای فردی بوده، بر درک افراد از جنبه‌های مختلف زندگیشان استوار است (علی محمد، ستوده اصل و کرمی، ۱۳۹۹)، و شامل دو بخش توانایی اجرای فعالیت‌های روزمره و رضایت از سطوح عملکرد، کنترل و درمان بیماری است (کوئنز، دوپک، اسوان و باش^۱، ۲۰۲۰). طی چند دهه اخیر، این مفهوم به عنوان معیار مهم سلامت شناخته شده و این باور را ایجاد نموده است که نتایج خدمات سلامت، نه تنها باید موجب افزایش امید به زندگی شود که باید کیفیت زندگی را ارتقا دهد (ریسانن، برگ وهاسل برگ^۲، ۲۰۱۷). در حال حاضر کیفیت زندگی یکی از نگرانی‌های عمده برای متخصصان بهداشت است و به عنوان شاخصی برای اندازه‌گیری وضعیت سلامت در تحقیقات بهداشتی شناخته شده بکار می‌رود (کازلمی خوبان، پورشریفی، کاکاوند، باقری، ۱۴۰۱). مراقبین زمانی می‌توانند بر استرس مراقبت از بیماران غلبه کنند و سلامت خود و خانواده را حفظ کنند که تاب آور باشند (کریمی راد، سیدفاطمی، نوغانی، اله امینی و کمالی، ۱۳۹۷).

تاب آوری یک ویژگی روانشناختی و شخصیتی است که نقش مهمی در تجربیات استرس و رویدادهای تنیدگی‌زا دارد (گولتکین، کاواک و اوزدمیر^۳، ۲۰۱۹). تاب آوری توانایی مقاومت در برابر استرس و به دست آوردن تعادل پس از تجربه شرایط استرس‌زا است (ایاکوویلو و چارنی^۴، ۲۰۲۰)، و به افراد کمک می‌کند تا اراده و انگیزه بالایی داشته باشند (زین آبادی و خباره، ۱۳۹۹). با توجه به اینکه تاب آوری هم ذاتی و هم اکتسابی است، افراد با یادگرفتن مهارت‌های مرتبط می‌توانند تاب آوری خود را افزایش دهند (گلستانه و تیموری، ۱۳۹۸). به عقیده ماستن (۲۰۰۱) هنگامی که فاجعه از سر بگذرد و نیازهای اولیه انسانی تأمین گردد، آن گاه تاب آوری به ظهور می‌رسد. در نتیجه‌ی فرآیند تاب آوری، اثرات ناگوار، اصلاح، تعدیل و یا حتی ناپدید می‌گردند و سلامت روان حفظ می‌شود.

در سال‌های اخیر، مداخلات زیادی با هدف افزایش کیفیت زندگی و تاب آوری مراقبان انجام شده است. یکی از این مداخلات درمان متمرکز بر شفقت می‌باشد. درمان متمرکز بر شفقت از علوم عصب‌شناسی، روانشناسی اجتماعی، رشد و مدل‌های درمانی بسیاری برگرفته شده است که سه اصل ذهن‌آگاهی، مهربانی با خود و حس اشتراک با انسانیت را دربر می‌گیرد (جوہانسن، اسپلاندر، وسترگارد^۵، ۲۰۲۲). محور اصلی این درمان، پرورش ذهن شفقت‌ورز است؛ از این رو درمانگر از طریق ایجاد و افزایش یک رابطه شفقت‌ورز درونی مراجعان با خودشان، به‌جای سرزنش کردن، محکوم کردن، و یا خودانتقادی، به آنها کمک می‌کند (ابوطالبی، یزدچی و اکبری نژاد، ۱۴۰۱). درمان متمرکز بر شفقت مراجع را به تمرکز بر روی درک و احساس مهربانی با خود در طی فرایندهای تفکر منفی، با تمرکز قوی بر پرورش مهربانی در خود تشویق می‌کند (هایدن، هیجمن^۶، ۲۰۲۰). طبق پژوهش‌های صورت گرفته عامل کلیدی و تاثیرگذار در اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت استفاده از سازه‌های هشیار کننده نسبت به

1. Queens, Duke, Aswan and Bash
2. Rissanen, Berg and Hassel Berg
3. Goltkin, Kavak and Ozdemir
4. Iakovilo and Charny
5. Johansen, Schelander, Westergaard
6. Hayden, Hegeman

مشکل است؛ به عبارت دیگر درمان مبتنی بر شفقت نوعی راهبرد هیجان‌محور است، چرا که مراجعان را نسبت به هیجان خود آگاه می‌کند (آیرون و لاد^۱، ۲۰۱۹). مطالعات نشان داده که افرادی که از شفقت بالاتری نسبت به خود برخوردارند، سطوح پایین افسردگی، اضطراب و نشخوار را در موقعیت‌های اجتماعی چالش‌برانگیز تجربه می‌کنند و از رضایت زندگی بالاتری نیز برخوردارند (کیارسی، عمادیان و حسن زاده، ۱۴۰۰).

در این راستا نتایج مطالعات قدم پور و همکاران (۱۴۰۰) نشان داد که درمان متمرکز بر شفقت بر بهبود کیفیت زندگی و افزایش تاب‌آوری مراقبان بیماران دمانس اثربخش است. طاهر کرمی و همکاران (۱۳۹۷) دریافتند درمان مبتنی بر شفقت خود بر تاب‌آوری، خود‌گسستگی، امید به زندگی و بهزیستی روان‌شناختی زنان اثربخش است. قطور و همکاران (۱۳۹۷) در پژوهش خود نشان دادند که درمان متمرکز بر شفقت در زنان دچار بیماری مولتیپل اسکلروزیس تاب‌آوری و توان تحمل و پذیرش بیماری و شرایط سخت درمان را بالا می‌برد. پژوهش‌قنوتی و همکاران (۱۳۹۷) نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت بر کیفیت زندگی و شادکامی زنان مبتلا به سرطان تاثیر معنادار دارد. همچنین نتایج مطالعات کهولیک^۲ (۲۰۲۱) نشان داد که توانایی‌های شناختی مانند شفقت‌ورزی و فراشناختی مانند ذهن آگاهی می‌توانند با افزایش توانایی فرد برای تنظیم هیجانی و توانش‌های کنار آمدن، تاب‌آوری او را بهبود بخشد. شاهر، زپسنول، زیلچامانو^۳ (۲۰۱۷) دریافتند که درمان متمرکز بر شفقت می‌تواند خود انتقادی را کاهش و هیجانات مثبت و تاب‌آوری را در بیماران افزایش دهد. کلی، وینوسکی، مارتین-واگنر و هافمن^۴ (۲۰۱۷) و کولنیز، گیلیگان و پاوز^۵ (۲۰۱۷) نشان داد که درمان متمرکز بر شفقت بر افزایش میزان تاب‌آوری و توان تحمل رویدادهای سخت زندگی اثربخش است.

افزایش فشار بر مراقبت‌کنندگان از بیماران باعث کاهش و نقصان در امر مراقبت از بیمار و زمینه‌ساز بروز مسایلی همچون خستگی روانی، افت کیفیت زندگی و در نهایت، نادیده گرفتن بیمار و سهل‌انگاری در امر مراقبت از سوی مراقبان می‌گردد. با توجه به این که مراقبت‌کنندگان گروهی هستند که از نظر جسمی و روحی آسیب‌پذیر می‌باشند، در صورت حل نشدن مشکلات آنها، این منبع مراقبتی دچار فرسودگی جسمی و روحی می‌شود و کارایی خود را برای انجام فعالیت‌های مراقبتی از دست می‌دهد. بدین‌سان این موضوع دارای اهمیت است که درمان‌های موثر بر وضعیت روانشناختی مراقبین بیماران مبتلا به ام اس مورد بررسی و شناسایی قرار گیرد تا بتوان با به کارگیری این درمان‌ها در سطح گسترده از بروز و یا تشدید مشکلات روانشناختی این مراقبت‌کنندگان پیشگیری به عمل آورده و در نهایت کیفیت زندگی ایشان را بهبود بخشید، با توجه به مطالب ارائه شده، این پژوهش در نظر دارد به این موضوع بپردازد که آیا درمان متمرکز بر شفقت در بهبود کیفیت زندگی و تاب‌آوری مراقبان بیماران مبتلا به ام اس مؤثر است؟

1. Iron & Lad

2. Coholic

3. Shahr, Szepesenwol, Zilcha

4. Kelly, Wisniewski, Martin-Wagar, Hoffman

5. Collins, Gilligan, Poz

روش

روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون_پس‌آزمون و گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه مراقبان بیماران مبتلا به ام‌اس بستری در مرکز تحقیقات ام‌اس بیمارستان سینا شهر تهران، از ابتدای آبان تا پایان آذر ماه سال ۱۴۰۱ به تعداد ۴۲ نفر بودند. از میان مراقبان تعداد ۳۰ نفر به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه ۱۵ نفر) جایگزین شدند. گروه آزمایش تحت ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای، درمان متمرکز بر شفقت قرار گرفتند، اما گروه گواه تا پایان پژوهش مداخله‌ای دریافت نکردند. ملاک‌های ورود به پژوهش، گذشت حداقل ۶ ماه از مراقبت از بیمار مبتلا به ام‌اس، تمایل به شرکت در پژوهش، حداقل تحصیلات دیپلم، عدم وجود اختلالات روانپزشکی شناخته شده و عدم مصرف داروهای روانپزشکی طبق مصاحبه بالینی و عدم دریافت وجه در قبال مراقبت؛ و ملاک‌های خروج از پژوهش، عدم تمایل به شرکت در پژوهش، غیبت بیش از دو جلسه بود.

ابزار

الف: مداخله درمانی متمرکز بر شفقت: ساختار جلسات برگرفته از کتاب درمان متمرکز بر شفقت اثر گیلبرت^۱، ترجمه اثباتی و فیضی (۱۳۹۷) بوده که مورد تایید اساتید و متخصصان رویکرد متمرکز بر شفقت می‌باشد. شرح جلسات درمان متمرکز بر شفقت در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان متمرکز بر شفقت

جلسات	اهداف	شرح جلسات
اول	آشنایی با اصول کلی درمان مبتنی بر شفقت	اجرای پیش آزمون - 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.
دوم	آشنایی با رفتار و افکار خودانتقادگر	توضیح و تشریح شفقت: اینکه شفقت چیست و چگونه می‌توان از طریق آن بر مشکلات فائق آمد. آموزش ذهن‌آگاهی همراه با تمرین، وارسی بدنی و تنفس، آشنایی با سیستم‌های مغزی مبتنی بر شفقت.
سوم	پذیرش اشتباهات و بخشیدن خود	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، ذهن‌آگاهی، پذیرش، خرد و قدرت، گرمی و عدم قضاوت.
چهارم	درک و توانایی تحمل شرایط دشوار	ترغیب آزمودنی‌ها به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به عنوان «شفقت‌ورز» یا «غیر شفقت‌ورز» با توجه به مباحث آموزشی، شناسایی و کاربرد تمرین‌های «پرورش ذهن شفقت ورز».
پنجم	ایجاد احساسات خوشایند	آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت (شفقت کلامی، شفقت عملی، شفقت مقطعی و شفقت پیوسته) و به کارگیری این روش‌ها در زندگی روزمره.
ششم	آشنایی با رفتار شفقت‌گر	آموزش مهارت‌های شفقت به شرکت‌کنندگان در حوزه‌های توجه شفقت‌ورز، استدلال شفقت‌ورز، رفتار شفقت‌ورز، تصویرپردازی شفقت‌ورز، احساس شفقت‌ورز و ادراک شفقت‌ورز، ایفای نقش فرد در سه بعد وجودی خود انتقادگر، خود انتقاد شونده و خود شفقت‌ورز 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.
هفتم	شناسایی احساسات متناقض	پر کردن جدول هفتگی افکار انتقادگر، افکار شفقت‌ورز و رفتار شفقت‌ورز. پیدا کردن رنگ، مکان و موسیقی شفقت‌گر که اجزای تصویرپردازی‌های شفقت‌ورز می‌توانند باشند، کار بر روی ترس از شفقت به خود و موانع پرورش این خصیصه. آموزش تکنیک‌های تصویرپردازی ذهنی شفقت‌ورز، تنفس تسکین‌بخش ریتمیک، ذهن‌آگاهی و نوشتن نامه شفقت‌ورز.
هشتم	مرور مباحث آموزش داده شده	جمع‌بندی و نتیجه‌گیری و پاسخگویی به سوالات اعضا و ارزیابی کل جلسات، تشکر و قدردانی از اعضا جهت شرکت در جلسات، اجرای پس آزمون.

ب: پرسشنامه کیفیت زندگی^۱: این پرسشنامه توسط وار و شربون^۲ در سال ۱۹۹۲ ساخته شده، مشتمل بر ۳۶ آیتم بوده و به طور گسترده برای ارزیابی کیفیت زندگی به کار برده می‌شود. این پرسشنامه ۸ مولفه کیفیت زندگی شامل سلامت عمومی، عملکرد جسمانی، عدم محدودیت ناشی از سلامت جسمانی، عدم محدودیت ناشی از مشکلات هیجانی، انرژی و نشاط، سلامت عاطفی، عملکرد اجتماعی و عدم درد را ارزیابی می‌کند. ماده‌های این مقیاس به روش لیکرت نمره گذاری می‌شود. دامنه نمرات در این آزمون بین نمره صفر (پایین ترین نمره و بیانگر کیفیت زندگی نامطلوب است) و نمره ۱۰۰ (بالاترین نمره و بیانگر کیفیت زندگی مطلوب است). پایایی پرسشنامه در پژوهش بونومی، پاتریک، بوشنل و مارتین^۳ (۲۰۰۰) ۰/۹۱ به دست آمد. ضریب پایایی گزارش شده برای خرده مقیاس‌ها از ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ است، به غیر از خرده مقیاس سرزندگی که ۰/۶۵ بود. در مجموع یافته‌ها نشان دادند که نسخه ایرانی این پرسشنامه ابزاری مناسب برای اندازه‌گیری کیفیت زندگی در بین جمعیت عمومی است (پورصادق و رضاخانی، ۱۳۹۷). پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۷ به دست آمد.

ج: پرسش‌نامه تاب آوری کانور و دیویدسون^۴: کانر و دیویدسون مقیاس تاب‌آوری را در سال ۲۰۰۳ طراحی کردند که به منظور سنجش میزان تاب‌آوری در افراد مختلف ساخته شده است. این مقیاس به صورت خودگزارشی و دارای ۲۵ سؤال است. نمره‌گذاری این مقیاس براساس یک طیف لیکرتی بین صفر (کاملاً نادرست تا چهار، همیشه درست) نمره‌گذاری می‌شود. برای به دست آوردن امتیاز کلی پرسشنامه، مجموع امتیازات همه‌ی سؤالات باید با هم جمع شوند. این امتیاز دامنه‌ای از صفر تا صد خواهد داشت. هرچه امتیازات بالاتر باشد، میزان تاب‌آوری فرد پاسخ‌دهنده بیشتر خواهد بود. نقطه برش این پرسشنامه نمره ۵۰ است؛ یعنی نمره بالاتر از ۵۰ نشان‌دهنده‌ی افرادی است که تاب‌آوری بالاتر دارند و هرچه این نمرات بالاتر از ۵۰ باشد، میزان تاب‌آوری بالاتر خواهد بود. پایایی (به روش بازآزمایی و آلفای کرونباخ) و روایی (به روش تحلیل عوامل و روایی همگرا و واگرا) توسط سازندگان آزمون در گروه‌های مختلف (عادی و درخطر) احراز شده است (عظیمی لولتی و کردان، ۱۳۹۷). کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) ضریب آلفای کرونباخ مقیاس تاب‌آوری را ۰/۸۹ گزارش کرده‌اند. همچنین، ضریب پایایی حاصل از روش بازآزمایی در یک فاصله ۴ هفته‌ای ۰/۸۷ بوده است. خوش‌نظری، حسینی، فلاحی خوش‌کتاب و بخشی (۱۳۹۴)، تاب‌آوری را ترجمه و روایی محتوایی آن را ۰/۸۴ و ضریب پایایی آن را ۰/۹۴ گزارش کردند. همچنین، آلفای کرونباخ محاسبه‌شده در پژوهش حاضر، ۰/۸۶ محاسبه شد.

1. Quality of life questionnaire

2. Ware, & Sherburne

3. Bonomi, Patrick, Bushnell, & Martin

4. Connor & Davidson Resilience Questionnaire

روش اجرا

پس از دریافت کد اخلاق (IR.PNU.REC.1401.387) از واحد پژوهش دانشگاه پیام نور و هماهنگی با مسئولین بیمارستان سینا، با همکاری مددکار و مشاور بیمارستان جلسه‌ای توجیهی برای مراقبان بیماران مبتلا به ام‌اس که تعداد آنها ۴۲ نفر بود، برگزار گردید، با بیان اهداف پژوهش، ۳۳ نفر اعلام آمادگی برای همکاری داشتند که از میان آنها ۳۰ نفر با توجه به ملاکهای ورود و خروج، به صورت تصادفی انتخاب و در دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و گواه جایگزین شدند. با اعلام رضایتنامه آگاهانه از سوی شرکت کنندگان، قبل از شروع مداخله هر دو گروه آزمایش و گواه، به پرسشنامه‌های کیفیت زندگی و تاب آوری به عنوان پیش‌آزمون پاسخ دادند و گروه آزمایش تحت ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای درمان متمرکز بر شفقت قرار گرفتند، اما گروه گواه تا پایان پژوهش هیچ نوع مداخله‌ای دریافت نکرد. پس از اتمام دوره آموزش، هر دو گروه مجدد به پرسشنامه‌های پژوهش به عنوان پس‌آزمون پاسخ دادند. لازم به ذکر است که پس از اتمام پس‌آزمون به لحاظ رعایت مسائل اخلاقی، جلسات درمان متمرکز بر شفقت برای گروه گواه هم برگزار شد. جلسات درمان متمرکز بر شفقت به صورت گروهی و هفته‌ای دو بار به شکل گروهی در اتاق مشاوره و مددکاری بیمارستان سینا که از لحاظ محیط، فضا و تجهیزات مناسب است، برگزار شد. ملاحظات اخلاقی در این پژوهش شامل اعلام رضایت آگاهانه برای شرکت در جلسات درمانی، تکمیل کردن پرسشنامه‌ها با میل و رغبت توسط اعضا، محرمانه ماندن اطلاعات و نام افراد در پژوهش بود.

نتایج

یافته‌های جمعیت شناختی نشان داد که میانگین سنی شرکت کنندگان در پژوهش ۳۵/۴ سال بود. بیشترین فراوانی مربوط به تحصیلات کارشناسی معادل ۳۳/۳ بود. ۷۲/۵ درصد از مراقبان متاهل و ۲۷/۵ مجرد بودند. از میان شرکت کنندگان در پژوهش ۸۰/۳ زن و ۱۹/۷ مرد بودند. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	گروه آزمایش		گروه کنترل	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
کیفیت زندگی				
پیش‌آزمون	۳۵/۴۰	۱۶/۵۶	۵۲	۱۱/۳۲
پس‌آزمون	۵۸/۸۰	۱۵/۷۹	۵۲/۰۷	۱۲/۴۸
تاب آوری				
پیش‌آزمون	۳۵/۸۰	۵/۳۴	۲۴/۲۰	۵/۴۱
پس‌آزمون	۵۱/۴۷	۵/۱۵	۲۳/۸۰	۶/۰۹

جدول ۲ میانگین و انحراف معیار کیفیت زندگی و تاب آوری برای مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون را نشان می‌دهد که پس از درمان متمرکز بر شفقت، نمرات گروه آزمایش تفاوت معنادار داشته است. بدلیل آنکه سطوح معنی‌داری آزمون کولموگروف اسمیرنوف در هر دو مرحله و برای متغیرها بیش از ۵ درصد شده است لذا متغیرهای مورد مطالعه از توزیع نرمال برخوردار خواهد بود. نتایج آزمون لوین نشان داد که فرض همگنی واریانس‌ها برای متغیرهای کیفیت زندگی ($f=3/07$)، تاب آوری ($f=2/16$) در سطح $p>0/05$ معنی‌دار می‌باشد.

جدول ۳: نتایج آزمون‌های چهارگانه تحلیل واریانس

نام آزمون	مقدار	F	Df فرضیه	Df خطا	سطح معناداری
اثر پیلائی	۰/۰۱۰	۰/۰۸۸	۳	۲۶	۰/۹۶
لامبدای ویکلز	۰/۹۹	۰/۰۸۸	۳	۲۶	۰/۹۶
اثر هتلینگ	۰/۰۱۰	۰/۰۸۸	۳	۲۶	۰/۹۶
بزرگترین ریشه روی	۰/۰۱۰	۰/۰۸۸	۳	۲۶	۰/۹۶

با توجه به نتایج جدول ۳ از آنجایی که مقادیر آزمون‌های اثر پیلائی (۰/۰۱۰)، لامبدای ویکلز (۰/۹۹)، اثر هتلینگ (۰/۰۱۰)، و بزرگترین ریشه روی (۰/۰۱۰) معنادار نمی‌باشند ($P<0/02$)، بنابراین تفاوتی در دو متغیر کیفیت زندگی و تاب آوری در پیش‌آزمون بین دو گروه آزمایشی و کنترل وجود ندارد. در ادامه برای درک دقیق‌تر و بررسی تاثیر جداگانه متغیر مستقل بر متغیرهای وابسته، از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره استفاده می‌شود.

جدول ۴: نتایج آزمون کوواریانس تک متغیری برای مقایسه گروه کیفیت زندگی و تاب آوری

متغیر	مراحل	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
کیفیت زندگی	پیش‌آزمون	۱۱۲۳/۸۳	۱	۱۱۲۳/۸۳	۱۷/۷۱	۰/۰۰۱	-
	گروه	۳۰۱۷/۰۲	۱	۳۰۱۷/۰۲	۴۷/۵۵	۰/۰۰۱	۰/۶۳
	خطا	۱۷۱۲/۹۶	۲۷	۶۳/۴۴			
	مجموع	۱۵۹۳۸۷	۳۰				
تاب آوری	پیش‌آزمون	۲۲۳۵/۸۸	۱	۲۲۳۵/۸۸	۴۳/۷۶	۰/۰۰۱	-
	گروه	۴۹۳۷/۲۹	۱	۴۹۳۷/۲۹	۹۶/۶۳	۰/۰۰۱	۰/۷۸
	خطا	۱۳۷۹/۴۵	۲۷	۵۱/۰۹			
	مجموع	۱۵۴۹۶۵	۳۰				

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که بین دو گروه آزمایش و گواه در کیفیت زندگی ($f=47/55$) و تاب آوری ($f=96/63$) تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p<0/001$). ضریب اتا به دست آمده بیانگر این است که واریانس مربوط به تفاوت دو گروه در پس‌آزمون، ناشی از تاثیر درمان متمرکز بر شفقت می‌باشد.

بحث

این پژوهش با هدف تعیین اثر بخشی درمان متمرکز بر شفقت بر کیفیت زندگی و تاب‌آوری مراقبان بیماران مبتلا به ام‌اس انجام شد. یافته‌های نشان داد که درمان متمرکز بر شفقت منجر به بهبود کیفیت زندگی و افزایش تاب‌آوری مراقبان بیماران مبتلا به ام‌اس می‌شود. این یافته با نتایج مطالعات مطالعات قدم پور و همکاران (۱۴۰۰)، طاهر کرمی و همکاران (۱۳۹۷)، قطور و همکاران (۱۳۹۷)، پژوهش قنواتی و همکاران (۱۳۹۷)، کهولیک (۲۰۲۱)، شاهار و همکاران (۲۰۱۷)، کلی و همکاران (۲۰۱۷) و کولنیز و همکاران (۲۰۱۷) همسو بود.

این یافته اینگونه تبیین می‌شود که آموزش و درمان مبتنی بر شفقت به مراقبان بیماران گسترش مهربانی، درک خود، پرهیز از گرایش بیش از حد به انتقاد، قضاوت ناگوار نسبت به خود و موقعیتی که در آن قرار دارند را آموزش می‌دهد. افرادی که شفقت بالایی نسبت به خود دارند، بیشتر نسبت به خود و دیگران مهربان هستند و سعی در درک رویدادهای موجود در زندگی دارند. از آنجاکه درمان مبتنی بر شفقت موجب تسهیل بیشتر بازخوردهای مثبت، توانایی برخورد با بازخوردهای خنثی و ایجاد نگرش صمیمانه در افراد می‌شود، موجب سهیم شدن بیشتر آنان در حالات هیجانی دیگران و تقویت نگرش صمیمانه می‌شود و احساس به هم پیوستگی را به میزان زیادی افزایش می‌دهد و بالطبع گرایش به روابط اجتماعی را نیز افزایش می‌دهد. از سویی افراد معمولاً به به تجربیات ناخوشایند و رویدادهای دردناک از طریق تلاش‌های اجتنابی یا گواه افراطی پاسخ می‌دهند (ابوطالبی و همکاران، ۱۴۰۱). در چنین شرایطی ذهن به ما می‌گوید، موقعیت را بهتر نگاه کرده و نباید افکار و احساسات ناخوشایندی داشته باشیم. بدیهی است چنانچه این نوع نگرش تند و منتقدانه باشد، در تضاد با سلامتی است و در درمان مبتنی بر شفقت از طریق ذهن‌آگاهی و پذیرش مشکلات آموزش داده می‌شود که مشکلات اجتناب‌ناپذیر هستند و همه افراد با مشکلات مواجه می‌شوند (آیرون و لاد، ۲۰۱۹). درمان متمرکز بر شفقت، فرصتی برای حمایت متقابل و وسیله‌ای برای کمک به مراقبان بیماران برای مقابله مؤثر با تنیدگی و سازش با موانع کاهنده کیفیت زندگی است. همچنین مراقبان بیماران در نتیجه درمان متمرکز بر شفقت درمی‌یابند که می‌توانند واکنش خود را آزادانه برای موقعیت‌های پیش رو انتخاب کنند و مسئولانه نتایج اعمال و انتخاب‌های خود را بپذیرند. در فرایند درمان متمرکز بر شفقت، افراد متوجه می‌شوند غم و اندوه، کمبودها، بیماری‌ها و مشکلات جسمانی و روانی اجتناب‌ناپذیر هستند و فقط یک فرصت باقی می‌ماند که در این موقعیت، شیوه نگرش و طرز برخورد با مشکل و تحمل مصائب را تغییر دهند و با معنا دادن به رنج‌ها و دردها بر از دست رفته‌ها تمرکز نکنند و با توجه به گذار بودن زندگی، وقت، عمر و امکانات خود را صرف کیفیت بخشیدن به زندگی کنند. در این درمان با جایگزین

کردن خود به عنوان زمینه، افراد می‌توانند رویدادهای درونی ناخوشایند را در زمان حال به سادگی تجربه کنند و قادر به جدا کردن خود از واکنش‌ها، خاطرات و افکار ناخوشایند باشند (قدم پور و همکاران، ۱۴۰۰). در نتیجه درمان متمرکز بر شفقت از طریق فرایندهای توضیح داده شده موجب افزایش کیفیت زندگی مراقبان بیماران مبتلا به ام اس می‌شود.

در درمان متمرکز بر شفقت، افراد می‌آموزند که از احساسات دردناک خود اجتناب نکرده و آنها را سرکوب نکنند، بنابراین می‌توانند در گام اول تجربه خود را بشناسند و نسبت به آن احساس شفقت داشته باشند. در این فن درمانی به جای تمرکز بر تغییر خودارزیابی افراد، رابطه افراد با خودارزیابی آنان تغییر می‌یابد. در تمرین‌های شفقت بر تنش زدایی، ذهن آرام، دلسوز و ذهن آگاهی تاکید می‌شود که نقش بسزایی در آرامش ذهن فرد، کاهش تنیدگی و افکار خودآیند منفی خواهد داشت (کولنیز و همکاران، ۲۰۱۷). همچنین مراقبان بیماران مبتلا به ام اس که با احساساتی از جمله افسردگی و اضطراب درگیر هستند، سیستم تهدید و محافظت از خود، به نوعی 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 تاب آوری در برابر اضطراب را بالا می‌برد و در نهایت منجر به بهبود تاب‌آوری می‌گردد (قطور و همکاران، ۱۳۹۷).

این پژوهش مانند هر پژوهش دیگری محدودیت‌هایی داشت. نخستین محدودیت این مطالعه مربوط به قلمرو مکانی و زمانی است؛ این مطالعه بر روی مراقبان بیماران مبتلا ام اس بیمارستان سینا شهر تهران صورت گرفته، لذا تعمیم دهی آن به سایر اقصای یا شهرهای دیگر با احتیاط صورت گیرد. انتخاب نمونه از یک محدوده جغرافیایی مشخص از جمله محدودیت‌های دیگر این پژوهش بود. نداشتن دوره پیگیری به دلیل کمبود وقت و همچنین مرخص و از دسترس خارج شدن بیشتر بیماران و مراقبانشان محدودیت دیگری است که متوجه این پژوهش است. بر اساس محدودیت‌های گزارش شده، به پژوهشگران پیشنهاد می‌شود که در آینده مطالعاتی را طرح ریزی کنند که اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت را با متغیرهای مختلف دیگر و انجام دوره پیگیری مورد بررسی قرار دهند تا از این طریق دانش منسجمی در خصوص روش‌های ذکر شده و روابط این سازه‌ها با سایر سازه‌ها که قابلیت بیشتری در برنامه ریزی‌های مربوطه دارد، حاصل شود. پیشنهاد دیگر این بوده که این مداخله را می‌توان بر روی افراد دیگر در شهرهای دیگر مورد مطالعه قرار داد. اطلاع رسانی به آحاد جامعه و خانواده‌ها برای مثال از طریق برگزاری کارگاه‌های آموزشی در زمینه مدیریت دردهای مزمن از جمله ام اس، می‌تواند به عنوان یک راهکار مفید در جهت پیشگیری از بروز مشکلات روان شناختی این بیماران و مراقبان آنان در نظر گرفته شود.

منابع

- ابوطالبی، حمید؛ یزدچی، نفیس و اسمخانی اکبری نژاد، هادی (۱۴۰۱). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر اضطراب مرگ و کیفیت زندگی زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. فصلنامه علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی تهران، ۳۲(۱)، ۹۲-۱۰۱.
- پورصادق، فاطمه و رضاخانی، سیمین دخت (۱۳۹۷). تأثیر آموزش ابراز وجود بر کیفیت زندگی و تمایز یافتگی دانشجویان دختر ساکن خوابگاه. دانش و پژوهش در روان شناسی کاربردی، ۱۹(۲)، ۶۲-۵۴.
- حسین پور، موسی؛ نوروزی، کیان؛ ره‌گوی، ابولفضل؛ قاسمی، سیما؛ نوروزی، مهدی و بابائی، مهرزاد (۱۴۰۰). بررسی رابطه بین فشار مراقبتی، آمادگی برای مراقبت و کیفیت زندگی در مراقبین خانگی سالمندان مبتلا به آلزایمر در انجمن آلزایمر ایران. سالمندشناسی، ۶(۲)، ۱۸-۱۰.
- خوش نظری، صدیقه؛ حسینی، محمدعلی؛ فلاحی خشکناز، مسعود و بخشی، عنایت اله (۱۳۹۴). تأثیر آموزش مهارت‌های هوش هیجانی بر تاب آوری پرستاران بخش‌های روان پزشکی. روان پرستاری، ۳(۴)، ۳۷-۲۸.
- درتاج، افسانه؛ علی اکبری دهکردی، مهناز؛ ناصرمقدسی، عبدالرضا و علی پور، احمد (۱۴۰۰). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی، ادراک درد و اینترلوکین ۱۲ در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس، فصلنامه روان شناسی کاربردی، ۱۵(۱)، ۷۲-۴۹.
- زین آبادی، حسن رضا و خباره، کبری (۱۳۹۹). تأملی بر پدیده معلم تاب‌آور؛ پدیدارشناسی نگرش‌ها و تجربیات زیسته معلمان. مدیریت و برنامه ریزی در نظام‌های آموزشی، ۱۳(۱)، ۳۶-۱۳.
- شمس، گلشید؛ پاشنگ، سارا و صداقت، مستوره (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت و واقعیت درمانی بر خودکارآمدی بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس. طب پیشگیری، ۱۸(۱)، ۸۰-۷۰.
- طاهرخانی، مهدیه؛ محمدی، فاطمه؛ رشوند، فرنوش و مطلبی، سیده آمنه (۱۴۰۰). پیش بینی کننده‌های فشار مراقبتی در مراقبین سالمندان تحت درمان با دیالیز. مجله سالمندی ایران، ۱۶(۴)، ۴۹۷-۴۸۲.
- طاهر کرمی، ژیلا؛ حسینی، امید و دشت بزرگی، زهرا (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت خود بر تاب آوری، خود گسستگی، امید به زندگی و بهزیستی روان شناختی زنان در حال یائسگی شهر اهواز. سلامت اجتماعی، ۵(۳)، ۱۸۹-۱۹۷.
- علی محمد، فاطمه؛ ستوده اصل، نعمت و کرمی، ابوالفضل (۱۳۹۹). تدوین مدل کیفیت زندگی بر اساس باورهای فراشناختی با میانجی‌گری استرس ادراک شده سالمندان. روان‌شناسی پیری، ۶(۴)، ۳۴۱-۳۵۵.

- قدم پور، عزت اله؛ نصرت‌آبادی، مطهره؛ پورآبادی، پریسا و میردریکوند، فضل اله (۱۳۹۹). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر بهبود کیفیت زندگی و افزایش تاب‌آوری مراقبان بیماران دمانس. پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری، ۵(۴۳)، ۴۳-۵۵.
- عظیمی لولتی، حمیده و کردان، زینب (۱۳۹۷). جنبه‌های روانی - اجتماعی مرتبط با تاب‌آوری در مبتلایان به سرطان: یک مطالعه مروری نقلی. تعالی بالینی، ۸(۳)، ۳۲-۴۷.
- قطور، زینب؛ پوریحیی، سید مصطفی؛ داورنیا، رضاع سلیمی، آرمان و شاکرمی، محمد (۱۳۹۷). تأثیر درمان متمرکز بر شفقت بر تاب‌آوری زنان مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس، ارمغان دانش، ۲۳(۳)، ۳۴۳-۳۵۰.
- قنواتی، سجاد؛ بهرامی، فاطمه؛ گودرزی، کوروش و روزبهانی، مهدی (۱۳۹۷). اثر بخشی درمان مبتنی بر شفقت بر کیفیت زندگی و شادکامی زنان مبتلا به سرطان سینه شهر اهواز. آموزش پرستاری، ۲(۲۷)، ۶۱-۵۳.
- کاظمی خوبان، سیده زهرا؛ پورشریفی، حمید؛ کاکاوند، علیرضا و ژیان‌باقری، معصومه (۱۴۰۱). اثربخشی پروتکل بازنگری شده درمان شناختی- رفتاری متمرکز بر تروما بر کیفیت زندگی و پریشانی روانشناختی زنان قربانی خشونت خانگی. مجله روانشناسی و روانپزشکی شناخت، ۹(۲)، ۶۲-۷۵.
- کریمی راد، محمدرضا؛ سیدفاطمی، نعیمه؛ نوغانی، فاطمه؛ امینی، احسان و کمالی، راضیه (۱۳۹۷). تاب‌آوری مراقبین خانوادگی مبتلایان به اختلالات روانی شهر تهران. نشریه پژوهش پرستاری ایران، ۱۳(۱)، ۶۳-۵۷.
- کیارسی، زیبا؛ عمادیان، سیده علیا و حسن‌زاده، رمضان (۱۴۰۰). مقایسه درمان متمرکز بر شفقت و معنادرمانی بر اضطراب مرگ در زنان مبتلا به سرطان پستان. رویش روان‌شناسی، ۱۰(۸)، ۱۹۶-۱۸۵.
- گیلبرت، پاول (۲۰۱۰). درمان متمرکز بر شفقت. مترجمان: مهرنوش اثباتی، علی فیضی (۱۳۹۷). انتشارات ابن سینا.
- گلستانه، موسی و تیموری، اسفندیار (۱۳۹۸). بررسی برخی از پیشایندها و پیامدهای مهم تاب‌آوری معلّمان. مجله دست‌آوردهای روان‌شناختی، ۲۶(۱)، ۱۶۹-۱۹۰.
- یوسفی، خدیجه؛ ضرغام حاجبی، مجید و سراوانی، شهرزاد (۱۴۰۰). پیش‌بینی گرایش به افکار خودکشی بر اساس سرسختی روانشناختی و تصویر بدنی ادراک‌شده در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. فصلنامه علمی-پژوهشی روانشناسی سلامت، ۱۰(۳۹)، ۱۵۷-۱۷۰.

- Benedict, R., Amato, M., DeLuca, J., & Geurts, J. (2020). Cognitive impairment in multiple sclerosis: clinical management, MRI, and therapeutic avenues. *The lancet neurology*, 19(10), 860-871.
- Bonomi, A. E., Patrick, D., Bushnell, D., & Martin, M. (2000). Validation of the united-states version of the world Health organization Quality of life (WHOQOL) instrument. *Clinical Epidemiological*, 53(1), 19-23.
- Coens, C., Dueck, A., Sloan, J., Basch, E., & Colvert, M. (2020). International standards for the analysis of quality-of-life and patient-reported outcome endpoints in cancer randomised controlled trials: recommendations of the SISAQOL Consortium. *The Lancet Oncology*, 21(2), 83-96.
- Coholic, D. A. (2021). Exploring the feasibility and benefits of arts-based mindfulness-based practices with young people in need: Aiming to improve aspects of self-awareness and resilience. In *Child & Youth Care Forum*, 4(40), 303-317.
- Cha, C., Jeong, J., Kim, H., Nam, S., & Seong, M. (2022). Survival benefit from axillary surgery in patients aged 70 years or older with clinically node-negative breast cancer: A population-based propensity-score matched analysis. *European Journal of Surgical Oncology*, 16(4), 101-109.
- Connor, K., & Davidson, J. (2003). Development of new resilience scale: the Connor-Davidson, Resilience scale (CD-RISC). *Journal of Depression and Anxiety*, 18, 76-82.
- Collins, R. N., Gilligan, L. J., & Poz, R. (2017). The evaluation of a compassion-focused therapy group for couples experiencing a dementia diagnosis. *Clin Gerontol*, 11, 1-13.
- Dobson, R., & Giovanini, G. (2019). Multiple sclerosis – a review. *European Journal of Neurology*, 1(26), 27-40.
- Gultekin, A., Kavak, F., & Ozdemir, A. (2019). The correlation between spiritual well-being and psychological resilience in patients with liver transplant. *Medicine*, 8(3), 531-536.
- Haeyen, S., & Heijman, J. (2020). Compassion Focused Art Therapy for people diagnosed with a cluster B/C personality disorder: An intervention mapping study. *The Arts in Psychotherapy*, 69(7), 16-26.
- Iacoviello, M., & Charney, S. (2020). Cognitive and behavioral components of resilience to stress. In *Stress Resilience* (pp. 23-31). Academic Press.
- Irons, C., & Lad, S. (2019). Using compassion focused therapy to work with shame and self-criticism in complex trauma. *Australian Clinical Psychologist*, 3(1), 47-54.
- Johannsen, M., Schlander, C., & Vestergaard, I. (2022). Group-based compassion-focused therapy for prolonged grief symptoms in adults – Results from a randomized controlled trial. *Psychiatry Research*, 314(9), 46-53.
- Kelly, A., Wisniewski, L., Martin-Wagar, C., & Hoffman, E. (2017). Group-based compassion-focused therapy as an adjunct to outpatient treatment for eating disorders: A pilot randomized controlled trial. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24(2), 475-87.
- Morgan, S., Lengacher, C., & Rodriguez, C. (2022). Caregiver burden in caregivers of patients with advanced stage cancer: A concept analysis. *European Journal of Oncology Nursing*, 60(11), 52-60.
- Motl, R., & Sandroff, B.M. (2018). Exercise as a countermeasure to declining central nervous system function in multiple sclerosis. *Clin Ther*, 40(1), 16 -25.
- Masten, A. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *Am Psychol*, 56(3), 227-238.

- Rissanen, R., Berg, H., & Hasselberg, M. (2017). Quality of life following road traffic injury: a systematic literature review. *Accident; analysis and prevention*, 108, 308-320.
- Shahar, B., Szepsenwol, O., Zilcha, M., Haim, N., Zamir, O., Levi-Yeshuvi, S., & Levit-Binnun, N. (2017). A Wait-List Randomized Controlled Trial of Loving-Kindness Meditation Programme for Self-Criticism, *Clin Psychol Psychother.* Jul-Aug, 22(4), 346-56.
- Thompson, A. J., Banwell, B. L., Barkhof, F., Carroll, W. M., Coetzee, T., Comi, G., & Fujihara, K. (2018). Diagnosis of multiple sclerosis: 2017 revisions of the McDonald criteria. *The Lancet Neurology*, 17(2), 162-173.
- WHO Quality of Life Group. (1996). WHOQOL-BREF Introduction, Administration and scoring, Field Trial version, World Health Organization. Geneva.
- Ware, Jr., & Sherburne, CD. (1992). The Mos36- Item Short-form Health Survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care*, 30(1), 473-483.

The Effectiveness of Compassion-Focused Therapy on the Quality of Life and Resilience of Caregivers of Patients with MS

Seyed Mojtaba Aghili¹, Saeedeh Tighdast² Ensiyeh Babae³

Abstract

The aim of this study was to determine the effectiveness of compassion-focused therapy on the quality of life and resilience of caregivers of patients with MS. The research method was semi-experimental with a pre-test-post-test design and a control group. The statistical population of this research included all caregivers of MS patients admitted to the MS Research Center of Sinai Hospital. Among the caregivers, 30 people were selected through available sampling and randomly replaced in two experimental and control groups (15 people in each group). The experimental group underwent 8 sessions of compassion-focused therapy, but the control group did not receive any intervention until the end of the study. The research tools were World Health Organization's Quality of Life Questionnaire and Connor and Davidson's Resilience Questionnaire. Research data was analyzed by multivariate analysis of variance test and spss-26 software. The results showed that the treatment focused on compassion is effective on quality of life and resilience in caregivers of patients with MS ($p < 0.05$). Based on the results of this research, it can be said that compassion-based treatment has been able to increase the quality of life and resilience of caregivers of MS patients. Therefore, the awareness of experts in the fields of counseling, psychology and health about these variables can be helpful.

Keywords: Compassion-focused treatment, quality of life, resilience, patient caregivers, MS

1. Department of Psychology, Payam Noor University, Gorgan, Iran.

2. Master of Psychology, Payam Noor University, Golestan, Iran.

3. Assistant Professor, Department of Psychology, Payam Noor University, Tehran, Iran.