

Effectiveness of compassion-focused therapy on death anxiety and quality of life among women with multiple sclerosis

Hamid Aboutalebi¹, Nafiseh Yazdchi², Hadi Smkhani Akbarinejad³

¹ MA in Conseling, Islamic Azad University, Central Branch, Tehran, Iran

² MA in Educational Psychology, Islamic Azad University, Central Branch, Tehran, Iran

³ Department of Psychology, University College of Nabi Akram, Tabriz, Iran

Abstract

Background: Because multiple sclerosis (MS) affects both the body and the mind, in addition to pharmacological and physiological interventions, psychological interventions should be considered in the treatment of these patients. The aim of this study was to determine the effectiveness of compassion-focused therapy on death anxiety and quality of life in women with multiple sclerosis.

Materials and methods: This study was a semi-experimental with a pre-test, post-test control group design. This study consisted of all women with MS in Esfahan who were members of the MS Society in 2019. In total, 30 women were selected and randomly divided into two groups by a purposive sampling method. Members of the experimental group received their treatment in eight sessions of 1.5 hours; however, the control group did not receive any treatment. Data were analyzed using ANOVA with repeated measures.

Results: In the pre-test, mean and standard deviation of death anxiety score and quality of life were not significantly different in the experimental and control groups ($p > 0.05$). Compassion-focused therapy reduced patients' death anxiety post-test, and increased their quality of life ($p < 0.001$). At the follow-up stage, the effect of this treatment was lasting ($p < 0.001$).

Conclusion: Compassion-focused therapy can reduce death anxiety and thus better cope with the disease and increase the quality of life of women with MS.

Keywords: *Compassion-focused therapy, Death anxiety, Quality of life, Multiple sclerosis.*

Cited as: Aboutalebi H, Yazdchi N, Smkhani Akbarinejad H. Effectiveness of compassion-focused therapy on death anxiety and quality of life among women with multiple sclerosis. Medical Science Journal of Islamic Azad University, Tehran Medical Branch 2022; 32(1): 92-101.

Correspondence to: Hadi Smkhani Akbarinejad

Tel: +98-41-34421999

E-mail: Hadiakbarinejad@yahoo.com

ORCID ID: 0000-0001-5997-1790

Received: 4 Sep 2021; **Accepted:** 30 Oct 2021

مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی
دوره ۳۲، شماره ۱، بهار ۱۴۰۱، صفحات ۹۲ تا ۱۰۱

اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر اضطراب مرگ و کیفیت زندگی زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس

حمید ابوطالبی^۱، نفیسه یزدچی^۲، هادی اسمخانی اکبری نژاد^۳

^۱ کارشناس ارشد مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی، تهران، ایران

^۲ کارشناس ارشد روان‌شناسی تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی، تهران، ایران

^۳ گروه روان‌شناسی، موسسه آموزش عالی نبی اکرم (ص)، تبریز، ایران

چکیده

سابقه و هدف: از آن‌جا که بیماری ام‌اس هم جسم و هم روان را درگیر می‌کند، باید در درمان و پرداختن به مشکلات این بیماران، علاوه بر مداخلات دارویی و فیزیولوژیکی، مداخلات روان‌شناختی را نیز مورد توجه قرار داد. پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر اضطراب مرگ و کیفیت زندگی زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس صورت گرفت.

روش بررسی: روش پژوهش، نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری از زنان مبتلا به ام‌اس شهر اصفهان که در سال ۱۳۹۸ عضو انجمن ام‌اس این شهر بودند تشکیل دادند. ۳۰ نفر با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب، و به‌صورت تصادفی در دو گروه قرار گرفتند. اعضای گروه آزمایش درمان مختص گروه خود را در ۸ جلسه دریافت کردند، اما گروه کنترل درمانی دریافت نکرد. داده‌ها توسط آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تحلیل شدند.

یافته‌ها: در پیش‌آزمون، میانگین و انحراف معیار نمره اضطراب مرگ و کیفیت زندگی در گروه آزمایش و کنترل اختلاف معنی‌داری نداشت ($p > 0.05$). درمان متمرکز بر شفقت، اضطراب مرگ بیماران را در پس‌آزمون کاهش، و کیفیت زندگی آن‌ها را افزایش داد ($p < 0.01$). در مرحله پیگیری، اثر این درمان ماندگار بود ($p < 0.01$).

نتیجه‌گیری: درمان متمرکز بر شفقت می‌تواند باعث کاهش اضطراب مرگ و در نتیجه مقابله بهتر با بیماری و افزایش کیفیت زندگی زنان مبتلا به ام‌اس شود.

واژگان کلیدی: درمان متمرکز بر شفقت، اضطراب مرگ، کیفیت زندگی، مولتیپل اسکلروزیس.

مقدمه

اختلالات حسی و حرکتی پدیدار می‌شود (۲). افراد مبتلا به MS به دلیل اختلال سیستم ایمنی، در برابر عفونت‌ها آسیب‌پذیرند (۳). زنان سه برابر مردان به این بیماری مبتلا می‌شوند و میانگین سنی ابتلا به آن ۳۰ سال است (۴). اضطراب مرگ (death anxiety) زیاد (۵)، تاب‌آوری کم (۶) از شایع‌ترین علائم بیماران مبتلا به MS می‌باشد. این علائم تأثیر منفی و مخرب قابل‌توجهی بر کیفیت زندگی (quality of life) این افراد دارد، عملکردهای آن‌ها را محدود کرده و هزینه‌های سنگینی را به آن‌ها و خانواده‌شان تحمیل می‌نماید (۷).

مولتیپل اسکلروزیس (multiple sclerosis) بیماری مزمن ناتوان‌کننده‌ای است که میلین سیستم اعصاب مرکزی و نخاع را تخریب می‌کند و به‌سبب آن، عضلات بدن بخشی از توانایی خود را از دست می‌دهند (۱) و علائمی هم‌چون تاری دید و

آدرس نویسنده مسئول: تبریز، گروه روان‌شناسی، موسسه آموزش عالی نبی اکرم (ص)، هادی اسمخانی اکبری نژاد (email: Hadiakbarinejad@yahoo.com m)

ORCID ID: 0000-0001-5997-1790

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳/۰۶/۱۴۰۰

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۰/۸/۸

می‌توانند به‌عنوان پادزهری در برابر احساس تهدیدشدگی عمل کنند. فعالیت‌های اصلی این درمان، ایجاد قابلیت شفقت‌ورزی است (۱۳). مطالعات نشان می‌دهند که این درمان بر تاب‌آوری (۱۵)؛ سلامت روان (۱۶) و نگرش‌های ناکارآمد، خودانتقادی و شفقت به خود (۱۷) بیماران مبتلا به ام‌اس؛ و اضطراب مرگ سالمندان (۱۸) و کیفیت زندگی (۱۹) بیماران اثربخش است.

با توجه به این که هیچ پژوهشی در راستای اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر اضطراب مرگ و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ام‌اس در دسترس نیست، در این پژوهش پژوهشگران سعی دارند رویکردی را عملیاتی کنند که ضمن قابلیت اجرایی پژوهش، جنبه جدیدی را دربر داشته باشد و در عین حال، فرضیه اساسی آن‌ها را که معتقدند این درمان بر اضطراب مرگ و کیفیت زندگی زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس مؤثر می‌باشد، مورد بررسی قرار دهد و مشخص سازد که آیا این درمان روش مناسبی برای اضطراب مرگ و کیفیت زندگی این بیماران است. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف آزمایش این درمان به‌عنوان درمان تکمیلی برای این نوع از بیماران و با این امید که این اقدامات تکمیلی بتوانند حالات روان‌شناختی آن‌ها را بهبود ببخشند انجام شد. لذا هدف پژوهش حاضر این است که اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت که جزو درمان‌های موج سوم رفتاری هست را بر اضطراب مرگ و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ام‌اس مورد مطالعه قرار دهد.

مواد و روشها

روش پژوهش حاضر، نیمه‌تجربی و طرح آن از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه زنان مبتلا به ام‌اس شهر اصفهان بود که در سال ۱۳۹۸ عضو انجمن ام‌اس این شهر بودند. جهت نمونه‌گیری از روش نمونه‌گیری غیراحتمالی در دسترس مبتنی بر هدف استفاده شد. پس از کسب رضایت مسئولین انجمن و بیماران، پرسشنامه‌های اضطراب مرگ Templer و کیفیت زندگی در بین ۱۶۱ بیمار توزیع شد که ۸۶ نفر در این پرسشنامه‌ها به‌ترتیب یک انحراف معیار بالاتر و پایین‌تر از میانگین نمره کسب کردند. از این بین، ۳۰ نفر با در نظر گرفتن معیارهای ورود (سن ۲۵ تا ۴۰ سال، متأهل بودن، ابتلا به بیماری ام‌اس بیش از ۳ سال، شرکت کامل در جلسات درمانی) و معیارهای خروج از مطالعه (ابتلا به بیماری جدی دیگری به‌غیر از ام‌اس، استفاده از داروهای روان‌پزشکی، شرکت در جلسات مشاوره و روان‌درمانی فردی و گروهی) انتخاب،

اضطراب مرگ «نوعی احساس وحشت، هراس یا نگرانی زیاد است که هنگام فکر کردن در مورد فرآیند مردن یا قطع ارتباط خود با دنیا و یا آن‌چه که بعد از مرگ اتفاق می‌افتد، رخ می‌دهد (۸). چون مرگ هرگز تجربه نشده و هیچ کس آن را به‌وضوح لمس نکرده، همه به‌نوعی در مورد آن دچار اضطراب هستند و این ترس و اضطراب در افراد مبتلا به بیماری به‌مراتب بیشتر از سایر افراد جامعه است (۹).

کیفیت زندگی شرایطی است که در آن بیمار از نظر عاطفی، اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی، معنوی و جنسی احساس رضایت می‌کند. کیفیت زندگی، ابعاد فیزیکی، روانی و اجتماعی را شامل می‌شود و در واقع احساسی است که شخص بیمار از وضعیت سلامتی خود دارد (۱۰). مطالعات بیانگر این است که بین بیماری و کیفیت زندگی ارتباط متقابل وجود دارد و اختلالات جسمانی و وجود علائم جسمی اثر مستقیم روی تمام جنبه‌های کیفیت زندگی دارد (۱۱).

چون MS جسم و روان را درگیر می‌کند، برای درمان و پرداختن به مشکلات آن‌ها، هم مداخلات دارویی و فیزیولوژیکی، و هم مداخلات روان‌شناختی (۱۲) باید مورد توجه قرار گیرد. در مورد مداخلات روان‌شناختی، می‌توان به انواع رویکردهای مشاوره و روان‌درمانی، از جمله درمان متمرکز بر شفقت (Compassion-Focused therapy) اشاره کرد.

درمان متمرکز بر شفقت در پاسخ به این مشاهده تدوین شد که بسیاری از افراد، به‌ویژه آن‌هایی که شرم و خودانتقادی بالایی دارند، هنگام ورود به درمان‌های سنتی در ایجاد صدای درونی مهربان و خود-حمایت‌گر مشکلاتی داشتند. تمرکز این درمان بر چهار حوزه تجارب پیشین و تاریخچه‌ای، ترس‌های اساسی، راهکارهای احساس امنیت و پیامدها و نتایج پیش‌بینی نشده است (۱۳). محور اصلی این درمان، پرورش ذهن شفقت‌ورز است؛ از این‌رو 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. اصول اساسی در درمان متمرکز بر شفقت، به این موضوع اشاره دارد که افکار، عوامل، تصاویر و رفتارهای تسکین‌بخش بیرونی باید درونی شوند و در این صورت، ذهن انسان همان‌گونه که نسبت به عوامل بیرونی واکنش نشان می‌دهد، در مواجهه با این عوامل درونی نیز آرام شود (۱۴). دو هدف اساسی این رویکرد، کاهش خصومت خود-جهت‌داده و افزایش توانایی‌های فرد جهت ایجاد احساس خود-اطمینانی، مهربانی و خود-تسکینی است که

توجیه می‌نمود. این پرسش‌نامه از پایایی و روایی لازم برخوردار است (۲۳).

پس از اجرای پیش‌آزمون، اعضای گروه آزمایش طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (۲ ماه، هفته‌ای یک جلسه) از درمان متمرکز بر شفقت به صورت گروهی، طبق برنامه درمانی Gilbert (۱۴) برخوردار شدند (جدول ۱). برای جلوگیری از تبادل اطلاعات بین اعضای گروه‌های آزمایش، از آن‌ها خواسته شد تا ۵ ماه پس از اتمام درمان، درباره محتوای جلسات با یکدیگر گفتگویی نداشته باشند. جلسات درمانی، توسط ۲ کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی و تربیتی و ۱ متخصص با درجه دکتری تخصصی مشاوره در یک مرکز مشاوره خصوصی در شهر اصفهان برگزار شد. بعد از اتمام جلسات (پس‌آزمون)، و ۵ ماه پس از اتمام درمان (پیگیری)، اعضای هر دو گروه با استفاده از ابزار اندازه‌گیری ارزیابی شدند.

فرضیه پژوهش: درمان متمرکز بر شفقت بر اضطراب مرگ و کیفیت زندگی زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس اثربخش است.

متغیر مستقل: درمان متمرکز بر شفقت

متغیر وابسته: اضطراب مرگ و کیفیت زندگی

برای تجزیه و تحلیل آماری از نسخه ۲۴ نرم‌افزار SPSS استفاده شد. جهت بررسی فرضیه پژوهش از آنالیز واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی، و برای مقایسه سن و مدت زمان ابتلا به ام اس آزمودنی‌ها از آنالیز واریانس

استفاده شد. در این پژوهش سطح معنی‌داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

همان‌طور که در جدول ۲ آورده شده است، میانگین و انحراف معیار سن شرکت‌کنندگان در مطالعه $34/29 \pm 4/43$ سال و میانگین و انحراف معیار مدت زمان ابتلا به بیماری ام اس $4/23 \pm 1/32$ سال بود. در جدول ۲، میانگین و انحراف معیار سن و مدت زمان ابتلا به بیماری آزمودنی‌ها مقایسه شده است. نتایج نشان می‌دهد که بین دو گروه از نظر سن و مدت زمان ابتلا به بیماری ام اس تفاوت معنی‌داری وجود ندارد ($p > 0/05$).

در بررسی پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، آزمون شاپیرو ویلک نشان داد پیش‌فرض نرمال بودن توزیع متغیرهای مورد مطالعه در نمونه مورد مطالعه محقق شده است، چرا که مقادیر Z محاسبه‌شده در سطح ($p < 0/05$) معنی‌دار نیست. در آزمون ام‌باکس، چون متغیرهای اضطراب مرگ ($F = 3/022$) و کیفیت زندگی ($F = 2/917$) به ترتیب در سطح ($0/544$ و $0/338$) معنادار نبودند، بنابراین می‌توان گفت که مفروضه همسانی ماتریس

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار سن و مدت زمان ابتلا به بیماری آزمودنی‌ها

متغیر	گروه	انحراف معیار \pm میانگین	p
سن	درمان متمرکز بر شفقت	$34/71 \pm 4/18$	۰/۸۱۱
	کنترل	$33/88 \pm 4/68$	
	کل	$34/29 \pm 4/43$	
مدت زمان ابتلا به بیماری	درمان متمرکز بر شفقت	$4/14 \pm 1/23$	۰/۵۳۹
	کنترل	$4/33 \pm 1/42$	
	کل	$4/23 \pm 1/32$	

آزمون: t مستقل، #تفاوت معنی‌دار $p < 0/05$

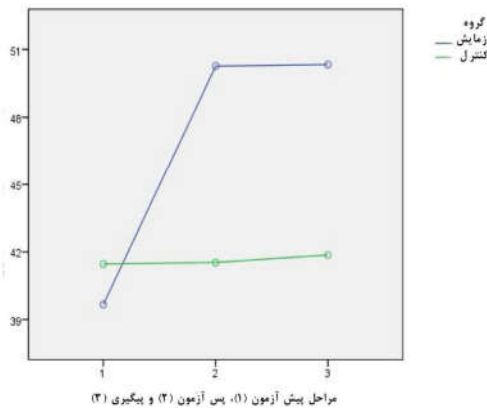
جدول ۳. نمرات متغیرهای اضطراب مرگ و کیفیت زندگی پژوهش در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری	تغییرات داخل گروهی	تغییرات بین گروهی
اضطراب مرگ	آزمایش	$10/07 \pm 2/25$	$7/33 \pm 1/95$	$7/40 \pm 2/13$	$P < 0/001$	$< 0/001$
	کنترل	$10/27 \pm 2/52$	$10/47 \pm 2/38$	$10/60 \pm 2/26$	$P > 0/8$	
	سطح معنی‌داری بین گروه‌ها	$p > 0/820$	$p < 0/001$	$p < 0/001$	-	
کیفیت زندگی	آزمایش	$39/67 \pm 4/82$	$50/27 \pm 5/28$	$50/33 \pm 5/03$	$P < 0/001$	$< 0/001$
	کنترل	$41/47 \pm 3/22$	$41/53 \pm 3/24$	$41/87 \pm 3/15$	$P > 0/8$	
	سطح معنی‌داری بین گروه‌ها	$p > 0/239$	$p < 0/001$	$p < 0/001$	-	

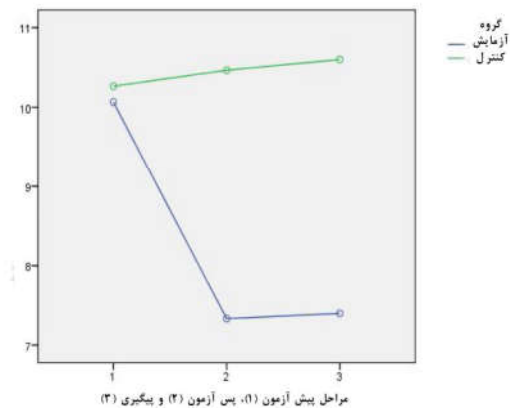
جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره در نمرات متغیرهای پژوهش در گروه آزمایش و کنترل

متغیر	تأثیر	مقدار	F	فرضیه درجه آزادی	خطای درجه آزادی	سطح معنی‌داری	مجذور اتا
اضطراب مرگ	زمان	۰/۸۷	۹۰/۱۲	۲/۰	۲۷/۰	۰/۰۰۱	۰/۸۷
	زمان*مداخله	۰/۸۹	۱/۱۸	۲/۰	۲۷/۰	۰/۰۰۱	۰/۸۹
کیفیت زندگی	زمان	۰/۹۱	۱/۵۳	۲/۰	۲۷/۰	۰/۰۰۱	۰/۹۱
	زمان*مداخله	۰/۹۱	۱/۴۰	۲/۰	۲۷/۰	۰/۰۰۱	۰/۹۱

میانگین تغییر کیفیت زندگی در گروه آزمایش و کنترل



میانگین متغیر اضطراب مرگ در گروه آزمایش و کنترل



نمودار ۱. میانگین نمره اضطراب مرگ و کیفیت زندگی گروه آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

آن، تأثیر درمان متمرکز بر شفقت بر اضطراب مرگ و کیفیت زندگی زنان مبتلا به ام اس بعد از ۵ ماه پیگیری نیز ماندگار بوده است ($P < 0.001$). نتایج آزمون تحلیل واریانس آمیخته نشان داد اختلاف میانگین نمره اضطراب مرگ و کیفیت زندگی گروه آزمایش با گروه کنترل معنی‌دار می‌باشد ($P < 0.001$). جدول ۳ نشان می‌دهد که بین نمرات متغیر اضطراب مرگ و کیفیت زندگی در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P < 0.001$). همچنین نتایج نشان می‌دهد نمرات اضطراب مرگ و کیفیت زندگی گروه آزمایش در پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون تفاوت معنی‌داری دارد ($P < 0.001$). علاوه بر آن، تأثیر درمان متمرکز بر شفقت بر اضطراب مرگ و کیفیت زندگی زنان مبتلا به ام اس بعد از ۵ ماه پیگیری نیز ماندگار بود ($P < 0.001$). نتایج آزمون تحلیل واریانس آمیخته نشان داد اختلاف میانگین نمره اضطراب مرگ و کیفیت زندگی گروه آزمایش با گروه کنترل معنی‌دار می‌باشد ($P < 0.001$). نمودار ۱ میانگین نمره اضطراب مرگ و کیفیت زندگی گروه آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری را نشان می‌دهد.

واریانس-کوواریانس برای متغیرها برقرار شده است. همچنین نتایج آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس خطا در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نشان داد که با توجه به عدم معنی‌داری مقدار F متغیرها در سطح خطای کوچک‌تر از (0.05) می‌توان گفت که واریانس خطای متغیر پژوهش در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با هم برابر بوده و از این جهت فرض همسانی واریانس‌های خطا نیز برقرار است. در آخر، آزمون کرویت موخلی نشان داد چون مقدار کرویت موخلی (0.550) متغیر اضطراب مرگ در سطح خطای داده‌شده (0.233) و مقدار کرویت موخلی (0.650) متغیر کیفیت زندگی در سطح خطای داده‌شده (0.567) معنی‌دار نیست، لذا می‌توان کرویت ماتریس واریانس-کوواریانس متغیرهای وابسته را پذیرفت. پس، این پیش‌فرض نیز برقرار است.

جدول ۳ نشان می‌دهد که بین نمرات متغیر اضطراب مرگ و کیفیت زندگی در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P < 0.001$). همچنین نتایج نشان می‌دهد نمرات اضطراب مرگ و کیفیت زندگی گروه آزمایش در پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون تفاوت معنی‌داری دارد ($P < 0.001$). علاوه بر

چون آزمون اثر پیلائی در موقعیت‌های عملی قدرت بیش تری نسبت به سایر آزمون‌ها دارد، در جدول ۴ نتایج آن گزارش شده است. اطلاعات بخش اول جدول ۴ برای متغیر اضطراب مرگ بیان می‌کند که بین نمرات این متغیر در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌داری وجود دارد. همچنین بخش دوم نتایج این جدول نشان می‌دهد که بین نمرات متغیر اضطراب مرگ در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌داری وجود دارد. به عبارتی بین زمان و مداخله تعامل وجود دارد. اطلاعات بخش اول جدول ۴ برای متغیر کیفیت زندگی بیان می‌کند که بین نمرات این متغیر در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌داری وجود دارد. همچنین بخش دوم نتایج این جدول نشان می‌دهد که بین نمرات متغیر کیفیت زندگی در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌داری وجود دارد؛ به عبارتی بین زمان و مداخله تعامل وجود دارد.

بحث

هدف از پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر اضطراب مرگ و کیفیت زندگی زنان مبتلا به ام اس بود. تحلیل داده‌ها نشان داد که درمان متمرکز بر شفقت بر کاهش اضطراب مرگ و افزایش کیفیت زندگی زنان مبتلا به ام اس تأثیر دارد. همچنین، یافته‌ها نشان داد که تغییرات نمره اضطراب مرگ و کیفیت زندگی در زمان‌های مورد بررسی در گروه‌ها متفاوت بوده و اثر زمان معنی‌دار است؛ یعنی اثر متقابلی بین زمان و مداخله وجود دارد و با گذشت زمان از شروع مداخله، نمرات اضطراب مرگ و کیفیت زندگی تغییر یافتند و تأثیرات ناشی از حضور در گروه آزمایش با نزدیک شدن به پایان مداخله بر روی نمرات اضطراب مرگ و کیفیت زندگی افراد در گروه آزمایش مثبت بود.

در راستای اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر اضطراب مرگ و کیفیت زندگی زنان مبتلا به ام اس می‌توان به نتایج پژوهش‌های Ghatore و همکارانش (۱۵)، Salimi و همکارانش (۱۶) و Zamanian Najafabdi (۱۷) اشاره کرد که نشان دادند درمان متمرکز بر شفقت بر تاب‌آوری، سلامت روان، و نگرش‌های ناکارآمد، خودانتقادی و شفقت به خود بیماران مبتلا به ام اس اثربخش است که در نتیجه پژوهش حاضر به‌نوعی با نتایج پژوهش‌های مذکور همسواست. هیچ پژوهشی

مبنی بر ناهمسو بودن با نتیجه پژوهش حاضر پیدا نشد، تا بتوان علت شباهت و تفاوت نتایج مطالعات را بحث و بررسی کرد.

در بیماران مبتلا به ام اس که با مشکلات روان‌شناختی از جمله افسردگی و اضطراب مرگ درگیر هستند، سیستم تهدید و محافظت از خود، به‌نوعی پرکاری شدید دارد، که نتیجه آن سطوح بالای استرس و نگرانی در این افراد است. از طرف دیگر سیستم رضایت و تسکین نیز در این افراد سطح رشدیافتگی 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 مقاومت در برابر افسردگی و اضطراب مرگ را بالا می‌برد و در نهایت منجر به بهبود کیفیت زندگی در آن‌ها می‌شود (۱۳).

درمان مبتنی بر شفقت، افکار، هیجانات و رفتارهای مثبت جدیدی را می‌سازد و گسترش می‌دهد که با افکار و هیجانات منفی درگیر با افسردگی، اضطراب و خودانتقادی در تضاد است. رفتار مشفقانه که یکی از مهارت‌های درمان مبتنی بر شفقت است و به‌معنای انجام هر کاری است که برای شکوفاشدن به آن نیاز داریم می‌باشد از این نوع است. از طرف دیگر می‌توان به ماهیت و محتوای تمرینات درمان مبتنی بر شفقت استناد نمود. در این تمرینات بر تن‌آرامی، ذهن آرام و مشفق و ذهن‌آگاهی تأکید می‌شود، که می‌تواند نقش به‌سزایی در آرامش فرد و کاهش اضطراب مرگ داشته باشد. درمان مبتنی بر شفقت مراجعان را به‌تمرکز بر روی درک و احساس شفقت به خود در طول فرآیندهای تفکر منفی، با تمرکز قوی بر پرورش شفقت در خود تشویق می‌کند همچنین 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 خود را بشناسند و نسبت به آن احساس شفقت داشته باشند (۲۴). افزایش شفقت در مقابل اثرات وقایع منفی مانند یک ضربه‌گیر عمل می‌کند. افرادی که شفقت به خود بالایی دارند، خود را کم‌تر ارزیابی می‌کنند، بر خود کم‌تر سخت می‌گیرند و با مشکلات و اثرات منفی در زندگی راحت‌تر کنار می‌آیند. عکس‌العمل‌ها و واکنش‌هایشان در برابر مشکلات‌شان بیش‌تر بر مبنای عملکرد واقعیت است، چون قضاوت‌هایشان نه به‌سمت خود-دفاعی و نه به‌سمت خودانتقادی و سرزنش خود پیش می‌رود (۲۵).

ذهن آگاهانه و تمرینات آرام‌بخشی یکی دیگر از حوزه‌های مورد تأکید در این درمان بود. اثرگذاری این تکنیک‌ها بر متغیرهای پژوهش در تحقیقات گذشته نشان داده شده است. به نظر می‌رسد تکنیک‌ها و اصول درمان مبتنی بر شفقت با افزایش همدلی و احساس خود-بخشودگی بر روند پذیرش بیماری اثرگذار است (۲۸).

در این پژوهش، درمان متمرکز بر شفقت با کاربرد اصول، مبانی و فنون خاص خود توانسته به بیماران مبتلا به ام اس کمک کند تا با مشکلات خود مقابله نمایند و آن‌ها را بهبود دهند. این رویکرد با روش‌های منحصر به فرد خود در کاهش اضطراب مرگ و افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ام اس اثربخش بوده است.

نمونه پژوهش حاضر را زنان متأهل ۲۵-۴۰ ساله مبتلا به ام اس شهر اصفهان تشکیل دادند که این مورد یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر است و تعمیم یافته‌ها به زنان مبتلا به ام اس جوان‌تر و مسن‌تر، و زنان غیرمتأهل که از حمایت همسر و خانواده برخوردار نیستند را دشوار می‌سازد. همچنین، در این پژوهش جمع‌آوری داده‌ها توسط پرسش‌نامه انجام شد که به دلیل خودگزارشی بودن ابزارها، سوگیری در پاسخ‌دهی محتمل است. پیشنهاد می‌شود پژوهش حاضر در جوامع آماری مختلف و در سایر شهرها اجرا گردد و از سایر روش‌های گردآوری اطلاعات نظیر مشاهده و مصاحبه نیز استفاده شود.

با توجه به نتایج پژوهش می‌توان گفت که درمان متمرکز بر شفقت، با کاربرد فنون و روش‌های خاص خود، سبب کاهش اضطراب مرگ و افزایش کیفیت زندگی زنان مبتلا به ام اس شده است. با توجه به نقش مهم زنان در خانواده و جامعه و از طرفی، لزوم توجه به سلامت جسمانی و روان‌شناختی آن‌ها پیشنهاد می‌شود در انجمن‌های ام اس، و در کلینیک‌های روان‌شناسی بیمارستان‌ها و کلینیک‌های دولتی و خصوصی، علاوه بر مداخلات پزشکی، از این درمان‌ها به صورت فردی و گروهی در زمینه کاهش اضطراب مرگ و افزایش کیفیت زندگی زنان مبتلا به ام اس استفاده شود.

تشکر و قدردانی

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از شرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر تقدیر و تشکر کنند.

درمان متمرکز بر شفقت بر پایه دو فرآیند اصلی بنیان نهاده شده است. اولین فرآیند به تمامی فرآیندهای تجربی اشاره دارد که شامل افزایش مهرورزی و مهربانی به خود و دیگران است. همچنین فرآیندهای رفتاری این مدل شامل شرطی‌زدایی، مدیریت تقویت آزادی خود و روابط یاری‌رسان است (۱۴). فرآیندهای تجربی این مدل مرتبط با سازه مدیریت احساسات است. این موازنه تصمیمی اشاره بر این دارد که یک شخص جنبه‌های مثبت و منفی رفتار خاص خود را سبک و سنگین می‌کند. این موازنه تصمیمی افراد مبتلا به ام اس، در خلال آموزش‌های درمان مبتنی بر شفقت به صورتی خاص بر عوامل مثبت روان‌شناختی (کیفیت زندگی) تأثیر گذار است. زنان مبتلا به ام اس با آموزش‌های مبتنی بر شفقت راهبردهایی را فرا می‌گیرند که با سازه موازنه تصمیمی مدل شفقت درمانی هماهنگ است. با توجه به نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر، افراد گروه آزمایش پس از برخورداری از ۸ جلسه درمانی مدل شفقت عوامل محافظت کننده روان‌شناختی (کیفیت زندگی) را در پس‌آزمون افزایش یافته نشان دادند. این موضوع بیانگر آن است که زنان مبتلا به ام اس با گذراندن مدل درمانی شفقت آگاهی نسبت به وضعیت خود را در طی مراحل می‌آموزند و توانایی ارزیابی مجدد خود را در مواجهه با استرس‌ورهای ساقدهنده به سوی وخیم‌تر شدن وضعیت جسمی و روان‌شناختی افزایش می‌دهند و همچنین قادر به گواهی محرک‌های محیطی در حین درمان جسمی خود برای ام اس هستند. این افزایش آگاهی و توانایی در ارزیابی مجدد خود و کنترل بر محیط پیرامونی خود سبب تغییر به کارگیری راهبردهای بهتر برای مبارزه و ادامه درمان‌های جسمی طولانی مدت خواهد شد (۲۶).

یکی از حوزه‌های مورد تأکید در درمان مبتنی بر شفقت همدلی و گسترش علاقه به دیگران است که در جلسات درمانی مورد تأکید قرار گرفتند. گسترش بخشش و همدلی با دیگران نهایتاً منجر به افزایش شبکه حمایت اجتماعی در افراد می‌شود. این موضوع در سایر مطالعات نیز مورد تأکید قرار گرفته است (۲۷). اثرگذاری این درمان بر کیفیت زندگی بیماران می‌تواند از مسیر اثرگذاری بر گسترش و غنی‌سازی روابط اجتماعی بیمار باشد. از سوی دیگر، تفسیر مجدد رویدادها با توجه به شرایط اصلاح‌شده سبب افزایش سرزندگی که به نوبه خود باعث افزایش کیفیت زندگی در زنان مبتلا به ام اس در طی گذراندن آموزش می‌شود. همچنین به کارگیری مداخلات

REFERENCES

1. National Multiple Sclerosis Society. WHAT IS MS? [Cited 2019 Oct 22]. Available from: <https://www.nationalmssociety.org/>

2. Huang WJ, Chen WW, Zhang X. Multiple sclerosis: pathology, diagnosis and treatments. *Exp Ther Med* 2017; 13:3163-6.
3. Mahdizadeh A, Lokzadeh S, Riyahi A, Hosseini S A, Jalili N. The Investigation of Factors Affecting the Gait of the Patients Suffering From Multiple Sclerosis. *jrehab* 2019; 20:64-73. [In Persian]
4. Tsang BK, Macdonell R. Multiple sclerosis: Diagnosis, management and prognosis. *Aust Fam Physician* 2011; 40:948-955.
5. Mohammadizadeh A, Askarizadeh G, Bagheri M. The Relationship between Spiritual Health and Death Anxiety in Patients with Multiple Sclerosis. *JRH* 2017; 4:20-28. [In Persian]
6. Ziaian T, De Anstiss H, Georgia A, Baghurst P, Sawyer M. Resilience and its association with depression, emotional and behavioral problems, and mental health service utilization among refugee adolescents living in South Australia. *Int J Popul Res* 2012; 22:9-17. [In Persian]
7. Oraki M, Sami P. The Effect of Mindfulness Integrated Behavior- Cognitive Therapy on psychological well-being and quality of life among multiple sclerosis patients. *Health Psycho.* 2017; 5:34-47. [In Persian]
8. Venes D, Taber CW, Editors. *Taber's cyclopedic medical dictionary*. 23en ed. Philadelphia: F.A. Davis Company; 2017. P.55-56.
9. Degi CL. Non-disclosure of cancer diagnosis: an examination of personal, medical and psychosocial factors. *Support Care Cancer* 2009; 17:1101-1107. doi: 10.1007/s00520-008-0568-0
10. Thompson DR, Yu CM. Quality of life in patients with coronary heart disease-I: assessment tools. *Health Qual Life Outcomes* 2003; 1:42.
11. Zimmet P. The burden of type 2 diabetes: are we doing enough? *Diabetes Metab* 2003; 29:6s9-6s18.
12. Schapiro RT. *Managing the symptoms of multiple sclerosis*. 1nd ed. New York: Demos; 2007. P.71-72.
13. Ashworth F, Gracey F, Gilbert P. Compassion focused therapy after traumatic brain injury: Theoretical foundations and a case illustration. *Brain Impairment* 2011; 12:128-139.
14. Gilbert P. Introducing compassion-focused therapy. *Advances in psychiatric treatment* 2009; 15:199-208.
15. Ghator Z, Pouryahya S, Davarniya R, Salimi A, Shakarami M. The Effect of Compassion-Focused Therapy (CFT) on Resiliency of Women with Multiple Sclerosis (MS). *Armaghane Danesh* 2018; 23: 350-363. [In Persian]
16. Salimi A, Arsalandeh F, Zaharakar K, Davarniya R, Shakarami M. The Effectiveness of Compassion-Focused Therapy on Mental Health of Women with Multiple Sclerosis. *Horizon Med Sci* 2018; 24: 125-131. [In Persian]
17. Zamanian Najafabdi M. The effectiveness of compassion-based treatment on dysfunctional attitudes, Self-criticism and compassion for the patients with MS [Master's Degree in Clinical Psychology]. Najafabad , Iran: Islamic Azad University, Najafabad Branch; 2018: 94-95. [In Persian]
18. Baharvandi B, Kazemianmoghadam K, Haroon Rashidi H. The Effectiveness of Compassion-Focused Therapy on Ambiguity Tolerance and Death Anxiety in the Elderly. *Aging Psychol* 2020; 6: 13-26. [In Persian]
19. Rezaei A, Sharifi T, Ghazanfari A, Aflaki E, Bahredar HJ. Effectiveness of Treatment Based on Acceptance and Commitment, Compassion-Based Therapy and Combination Therapy on Depression, Anxiety Quality of Life in Patients with Lupus. *Quarterly J Health Psychol* 2020; 9: 127-144. [In Persian]
20. Motamed N, Zamani F, Editors. *Sample size in medical research: with a practical approach*. Tehran: Asre Roshanbin; 2019. [In Persian]
21. Rajabi G, Naderi Nobandegani Z. Reliability and Validity of the Persian Version of Reasons for Death Fear Scale. *PCP* 2020; 8: 9-16.
22. Saggino A, Kline P. Item factor analysis of the Italian version of the Death Anxiety Scale. *J Clin Psychol* 1996; 52:329-333.
23. Rafiei N, Sharifian Sani M, Rafiey H, Behnampour N, Foroozesh K. Reliability and Validity of Persian Version of "Quality of Life Index". *J Mazandaran Univ Med Sci* 2014; 24:75-83. [In Persian]
24. Neff K D. Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self Identity* 2003; 2:85-101.
25. Saeedi Z, Ghorbani N, Reza Sarafraz M, Sharifian MH. The effect of inducing self-compassion and self-esteem on the level of the experience of shame and guilt. *BJCP*. 2013; 8:91-102. [In Persian]

26. Alighanavati S, Bahrami F, Goudarzi K, Rrouzbahani M. Effectiveness of compassion-based therapy on Quality of Life and Happiness of women with breast cancer in Ahvaz city. JNE 2018; 7:53-61. [In Persian]
27. Nejat S, Montazeri A, Holakouie Naieni K, Mohammad K, Majdzadeh S. The World Health Organization quality of Life (WHOQOL-BREF) questionnaire: Translation and validation study of the Iranian version. J Sch Public Health Inst Public Health Res 2006; 4:1-12. [In Persian]
28. Albertson ER, Neff KD, Dill-Shackleford KE. Self-Compassion and Body Dissatisfaction in Women: A Randomized Controlled Trial of a Brief Meditation Intervention. Mindfulness 2015; 6:444-54.