



Effectiveness of Compassion-focused Therapy on Demoralization Syndrome and Pain Catastrophizing of Men with Multiple Sclerosis

Haniyeh Naseriniya¹ , Hadi Smkhani Akbarinejhad^{*2} 

1. MA in Educational Psychology, University College of Charkhe Nilofari Azarbaijan, Tabriz, Iran

2. Department of Psychology, Nabi Akram University, Tabriz, Iran

ABSTRACT

Aims and background: The aim of this study was to determine the effectiveness of compassion-focused therapy on demoralization syndrome & pain catastrophizing in men with multiple sclerosis.

Materials and Methods: This study was semi-experimental with a pretest-posttest & follow up control group design. Thirty people with inclusion criteria were selected by purposive sampling method from all men with MS in Tabriz in 1399 who were members of the MS Association of this city, and were randomly divided into two experimental (n=15) and control groups (n=15). The experimental group received compassion-focused therapy in 8 sessions of 1.5 hours (2 months, one session per week), but the control group did not receive any treatment. Members in both groups responded to the 24-items Demoralization Syndrome and 13-items Pain Catastrophizing before, after and 4 months after the intervention. Analysis of findings through repeated measures analysis of variance test.

Results: In the pretest, mean and standard deviation of the experimental group were 46.67 ± 6.29 for demoralization syndrome and 39.73 ± 4.74 for pain catastrophizing; And the control group were 47.13 ± 5.27 for demoralization syndrome and 38.67 ± 5.02 for pain catastrophizing ($P > 0.05$). Compassion-focused therapy (demoralization syndrome 38.00 ± 5.58 & pain catastrophizing 31.60 ± 4.92) compared to the control group (demoralization syndrome 47.60 ± 5.26 & pain catastrophizing 38.53 ± 4.85) reduced demoralization syndrome and pain catastrophizing of men with multiple sclerosis after the test ($p < 0.001$). In the follow-up phase, the effect of compassion-focused therapy on demoralization syndrome 38.20 ± 5.53 and pain catastrophizing 31.87 ± 4.96 was lasting ($p < 0.001$).

Conclusion: Based on the findings of this study, it can be concluded that compassion-focused therapy has reduced demoralization syndrome and pain catastrophizing in men with multiple sclerosis.

Keywords: Compassion-focused Therapy, Demoralization Syndrome, Pain Catastrophizing, Multiple Sclerosis

► Please cite this paper as:

Naseriniya H, Smkhani Akbarinejhad [Effectiveness of Compassion-focused Therapy on Demoralization Syndrome and Pain Catastrophizing of Men with Multiple Sclerosis (Persian) *J Anesth Pain* 2021;13(2):85-97.

Corresponding Author: Hadi Smkhani Akbarinejhad, Department of Psychology, Nabi Akram University, Tabriz, Iran

Email: hadiakbarinejhad@yahoo.com

فصلنامه علمی پژوهشی بیهوشی و درد، دوره ۱۳، شماره ۲، تابستان ۱۴۰۱

اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر نشانگان افت روحیه و فاجعه‌پنداری درد مردان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس

هانیه ناصری نیا^۱، هادی اسمخانی اکبری نژاد^{۲*}

۱. کارشناس ارشد روان‌شناسی تربیتی، موسسه آموزش عالی چرخ نیلوفری آذربایجان، تبریز، ایران
۲. گروه روان‌شناسی، موسسه آموزش عالی نبی اکرم (ص)، تبریز، ایران

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۲/۵

تاریخ بازبینی:

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۱/۳

چکیده

زمینه و هدف: هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر نشانگان افت روحیه و فاجعه‌پنداری درد مردان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس بود.

مواد و روش‌ها: این پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. ۳۰ نفر با داشتن ملاک‌های ورود به مطالعه با روش نمونه‌گیری هدفمند و از میان کلیه مردان مبتلا به ام اس شهر تبریز در سال ۱۳۹۹ که عضو انجمن ام اس این شهر بودند انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. گروه آزمایش درمان متمرکز بر شفقت را در ۸ جلسه ۱/۵ ساعته (۲ ماه، هفته‌ای یک جلسه) دریافت کردند، ولی گروه گواه هیچ درمانی را دریافت نکردند. هر دو گروه، پیش، پس و ۴ ماه پس از مداخله به پرسشنامه‌های ۲۴ سوالی نشانگان افت روحیه و ۱۳ سوالی فاجعه‌پنداری درد پاسخ دادند. تجزیه و تحلیل یافته‌ها از طریق آزمون تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر انجام گرفت.

یافته‌ها: در پیش‌آزمون، میانگین و انحراف معیار گروه آزمایش برای نشانگان افت روحیه $۴۶/۶۷ \pm ۶/۲۹$ و برای فاجعه‌پنداری درد $۳۹/۷۳ \pm ۴/۷۴$ ، و در گروه کنترل برای نشانگان افت روحیه $۴۷/۱۳ \pm ۵/۲۷$ و برای فاجعه‌پنداری درد $۳۸/۶۷ \pm ۵/۰۲$ بود ($p > ۰/۰۵$). درمان متمرکز بر شفقت (نشانگان افت روحیه $۳۸/۰۰ \pm ۵/۵۸$ و فاجعه‌پنداری درد $۳۱/۶۰ \pm ۴/۹۲$) در مقایسه با گروه کنترل (نشانگان افت روحیه $۴۷/۶۰ \pm ۵/۲۶$ و فاجعه‌پنداری درد $۳۸/۵۳ \pm ۴/۸۵$) نشانگان افت روحیه و فاجعه‌پنداری درد مردان مبتلا به ام اس را در پس‌آزمون کاهش داده است ($p < ۰/۰۰۱$). در مرحله پیگیری، اثر درمان متمرکز بر شفقت بر نشانگان افت روحیه $۳۸/۲۰ \pm ۵/۵۳$ و فاجعه‌پنداری درد $۳۱/۸۷ \pm ۴/۹۶$ ماندگار بود ($p < ۰/۰۰۱$).

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که درمان متمرکز بر شفقت موجب کاهش نشانگان افت روحیه و فاجعه‌پنداری درد مردان مبتلا به ام اس شده است.

واژه‌های کلیدی: درمان متمرکز بر شفقت، نشانگان افت روحیه، فاجعه‌پنداری درد، مولتیپل اسکلروزیس

مقدمه

مولتیپل اسکلروزیس (multiple sclerosis) بیماری مزمن ناتوان‌کننده است که میلین سیستم اعصاب مرکزی و نخاع را تخریب می‌کند، و به سبب آن، عضلات بدن بخشی از توانایی خود را از دست می‌دهند^(۱) و علائمی هم‌چون تاری دید و اختلالات حسی و حرکتی پدیدار می‌شود^(۲). افراد مبتلا به ام اس به دلیل اختلال سیستم ایمنی، در برابر عفونت‌ها آسیب‌پذیرند^(۳). میانگین سنی ابتلا به این بیماری ۳۰ سال است^(۴). اضطراب مرگ^(۵)، نشانگان افت روحیه (demoralization syndrome)^(۶)، و فاجعه‌پنداری درد (pain catastrophizing)^(۷) از شایع‌ترین علائم بیماران مبتلا به MS می‌باشد. این علائم تأثیر منفی و مخرب قابل توجهی بر کیفیت زندگی (quality of life) این افراد دارد، عملکردهای آن‌ها را محدود کرده و هزینه‌های سنگینی را به آن‌ها و خانواده‌شان تحمیل می‌کند^(۸).

Frank و Frank^(۸) در سال (۱۹۹۱) برای اولین بار مفهوم نشانگان افت روحیه را در زمینه درمان روان‌شناختی بیماران روان‌پریش به کار بردند و مضامینی چون منزوی، مأیوس، بیگانه، مطرود و عزت‌نفس پایین را در تعریف آن به کار بردند. در سال‌های بعد این مفهوم را به معنی اضطراب، فقدان اطمینان و احساس تسلط، یأس، درماندگی، احساس انزوا و ناتوانی در مقابله با یک رویداد پرفشار، ناامیدی و احساس کم‌ارزشی فردی^(۹) لحاظ کردند. مشخصه اصلی نشانگان افت روحیه احساس بی‌کفایتی ذهنی و درماندگی است. فرد دچار نشانگان افت روحیه، اگرچه ممکن است بتواند از زمان حال لذت ببرد اما به دلیل سردرگمی، عملاً احساس درماندگی، بی‌کفایتی و بازداری کرده و دچار بی‌لذتی پیشگرایان شده و آینده در نظرش بی‌ارزش خواهد آمد^(۱۰).

فاجعه‌سازی درد به مجموع پاسخ‌های شناختی و آشکار روانی و رفتاری اشاره دارد که معمولاً به عنوان اضطراب قلمداد، و در پاسخ به درد یا رویدادهای مرتبط با درد نشان داده می‌شوند^(۱۱). سطح بالای اضطراب مرتبط با

درد و فاجعه‌سازی آن، به اجتناب از فعالیت‌هایی که گمان می‌رود درد را گسترش می‌دهند کمک می‌کند که به نوبه خود اغلب اوقات به شرطی‌زدایی جسمانی، مشکلات رفتاری ثانویه و کاهش تماس اجتماعی منجر می‌شود و سرانجام به صورت یک چرخه درمی‌آید. همچنین گوش‌به‌زنگی نسبت به محرک‌های درد را به دنبال دارد^(۱۲).

با توجه به این‌که ام اس هم جسم و هم روان را درگیر می‌کند، برای درمان و پرداختن به مشکلات مبتلایان، باید هم مداخلات دارویی و فیزیولوژیکی، و هم مداخلات روان‌شناختی^(۱۳) 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، به ویژه 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^(۱۴). محور اصلی این درمان، پرورش ذهن شفقت‌ورز است؛ از این‌رو درمانگر از طریق ایجاد و افزایش یک رابطه شفقت‌ورز درونی مراجعان با خودشان، به جای سرزنش کردن، محکوم کردن، و یا خودانتقادی، به آن‌ها کمک می‌کنند. 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^(۱۵). دو هدف اساسی این رویکرد، کاهش خصومت خود-جهت‌داده و افزایش توانایی‌های فرد جهت ایجاد احساس خود-اطمینانی، مهربانی و خود-تسکینی است که می‌توانند به عنوان پادزهری در برابر احساس

اس شهر تبریز در سال ۱۳۹۹ که عضو انجمن ام اس این شهر بودند تشکیل داد. جهت نمونه‌گیری از روش غیراحتمالی هدفمند استفاده شد. پس از کسب رضایت مسئولین انجمن و بیماران، پرسشنامه‌های نشانگان افت روحیه Kissane و همکاران و فاجعه‌پنداری درد Sullivan و همکاران در بین ۱۷۵ بیمار توزیع شد که ۱۲۶ نفر در این پرسشنامه‌ها یک انحراف معیار بالاتر از میانگین نمره کسب کردند. از این بین، ۳۰ نفر با در نظر گرفتن معیارهای ورود به مطالعه چون (۱) سن ۲۵ تا ۴۰ سال، (۲) متأهل بودن، (۳) ابتلا به بیماری ام اس بیش از ۳ سال، (۴) شرکت کامل در جلسات درمانی، و معیارهای خروج از مطالعه چون (۱) ابتلا به بیماری جدی دیگری به غیر از ام اس، (۲) استفاده از داروهای روان‌پزشکی، (۳) شرکت در جلسات مشاوره و روان‌درمانی فردی و گروهی انتخاب، و به صورت تصادفی (به شیوه قرعه‌کشی از طریق پرتاب سکه) به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند (هر کدام ۱۵ نفر). جهت تعیین حجم نمونه از معادله برآورد فرمول حجم نمونه Fleiss استفاده شد. تعداد ۱۵ نفر برای هر گروه بر اساس نرم‌افزار تعیین حجم نمونه G Power ۳ و با در نظر گرفتن پارامترهای زیر محاسبه شد. اندازه اثر = ۰/۴۸؛ ضریب آلفا = ۰/۰۵؛ توان آزمون = ۰/۶۸

Noncentrality parameter $\lambda=11/998$ ؛ Repetitions=2
Denomi=29؛ Numerator df=1؛ Critical F=2/465
Pillai V=۰/45؛ Actual power=81/0؛ nator df
از تقسیم تصادفی (به شیوه قرعه‌کشی از طریق پرتاب سکه)، کلیه افراد از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناسی نظیر سن و مدت زمان ابتلا به بیماری ام اس همسان شدند. توضیح این‌که در پژوهش حاضر ریزش نمونه نداشتیم. همه اصول اخلاقی در این مقاله رعایت شده است. شرکت‌کنندگان اجازه داشتند هر زمان که مایل بودند از پژوهش خارج شوند. اطلاعات آن‌ها محرمانه نگه داشته شدند و در پایان درمان، گروه کنترل نیز تحت مداخله قرار گرفتند. برای برگزاری جلسات درمانی، از

تهدیدشدگی عمل کنند. فعالیت‌های اصلی این درمان، ایجاد قابلیت شفقت‌ورزی است^(۱۴). این درمان بر نشانگان افسردگی، اضطراب، استرس فراد مبتلا به اختلال خوردن^(۱۶)، بر فاجعه‌پنداری درد، تحمل پریشانی و رشد پس از سانحه بیماران مبتلا به سندرم فیبرومیالژیا^(۱۷)؛ و بر اضطراب مرگ و کیفیت زندگی^(۱۸)، بر تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی^(۱۹)، بر سلامت روان^(۲۰) و نگرش‌های ناکارآمد، خودانتقادی و شفقت به خود^(۲۱) بیماران مبتلا به ام اس اثربخش است.

با توجه به این‌که هیچ پژوهشی در راستای اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر نشانگان افت روحیه و فاجعه‌پنداری درد بیماران مبتلا به ام اس 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 نشانگان افت روحیه و فاجعه‌پنداری درد مردان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس مؤثر می‌باشد، مورد بررسی قرار دهد و مشخص سازد که آیا این درمان روش مناسبی برای نشانگان افت روحیه و فاجعه‌پنداری درد 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 بخشند انجام شد. لذا هدف پژوهش حاضر این است که اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت که جزو درمان‌های موج سوم رفتاری هست را بر نشانگان افت روحیه و فاجعه‌پنداری درد بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس مورد مطالعه قرار دهد.

مواد و روش‌ها

کد اخلاق پژوهش حاضر (IR.IAU.Z.REC.۱۳۹۹، ۱۷۱) بود. روش پژوهش حاضر، نیمه‌آزمایشی و طرح آن از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه مردان مبتلا به ام

نشخوار را ۰/۷۰، بزرگ‌نمایی را ۰/۵۹، درماندگی را ۰/۸۳ و نمره کل پرسشنامه را ۰/۸۷ گزارش کردند^(۲۴). در پژوهش Mohammadi و همکاران^(۲۵) آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس نشخوار ۰/۶۵، بزرگ‌نمایی ۰/۵۳، درماندگی ۰/۸۱ و نمره کل پرسشنامه ۰/۸۴ گزارش شده است. در پژوهش حاضر، آلفای کرونباخ کل پرسشنامه ۰/۷۹ به‌دست آمد. قبل از شروع مداخله، پرسشنامه‌ها به‌صورت خودگزارشی بر روی نمونه‌ها اجرا شدند (پیش‌آزمون). سپس، اعضای گروه آزمایش، طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (۲ ماه، هفته‌ای یک جلسه) درمان متمرکز بر شفقت را به‌صورت گروهی، طبق برنامه درمانی Gilbert^(۱۵) دریافت کردند (جدول ۱). در طول دوره مطالعه، اعضای گروه آزمایش و کنترل، از درمان روتین خود برای بیماری‌شان برخوردار بودند. در طول دوره مطالعه اعضای گروه کنترل هیچ درمان و آموزش روان‌شناختی را دریافت نکردند. برای جلوگیری از تبادل اطلاعات بین افراد گروه‌ها، از آن‌ها خواسته شد تا ۴ ماه پس از اتمام درمان، درباره محتوای جلسات با یکدیگر گفتگویی نداشته باشند. جلسات درمانی، توسط ۱ مشاور با درجه دکتری تخصصی مشاوره، و ۱ روان‌شناس با مدرک کارشناسی ارشد در یک مرکز مشاوره خصوصی در شهر تبریز در روزهای یکشنبه از ساعت ۱۵ تا ۱۶ و نیم برگزار شد. بعد از اتمام جلسات (پس‌آزمون)، و ۴ ماه پس از اتمام درمان (پیگیری)، اعضای هر دو گروه با استفاده از ابزارهای اندازه‌گیری ارزیابی شدند. جهت جلوگیری از ریزش اعضای گروه‌ها، حین مصاحبه اولیه با تک‌تک آن‌ها، از اعضا خواستیم تعهد خود را نسبت به شرکت در کل جلسات حفظ کنند. این امر در طول جلسات هم‌رصد می‌شد و همبستگی گروهی که بین اعضا ایجاد شده بود، مانع ریزش افراد گروه شد. برای تجزیه و تحلیل آماری از نسخه ۲۴ نرم‌افزار SPSS استفاده شد. جهت بررسی فرضیه پژوهش از آزمون تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. در این پژوهش سطح معنی‌داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

افراد هیچ هزینه‌ای دریافت نشد. پرسشنامه نشانگان افت روحیه: Kissane و همکاران در سال ۲۰۰۴ این پرسشنامه را برای سنجش نشانگان افت روحیه در بیماران مبتلا به سرطان ساختند^(۲۲). این ابزار ۲۴ سؤال پنج‌گزینه‌ای از نوع درجه‌بندی پاسخ لیکرت (هرگز (۰)، به‌ندرت (۱)، گاهی اوقات (۲)، اغلب (۳) و همیشه (۴)) دارد؛ و شامل ۵ خرده‌مقیاس فقدان معنا (۵ سؤال)، احساس ملامت (۵ سؤال)، یأس (۶ سؤال)، درماندگی (۴ سؤال) و احساس شکست (۴ سؤال) می‌شود. حداقل نمره در این پرسشنامه ۰ و حداکثر ۱۲۰ است. نمره بالا نشان‌دهنده افت روحیه بیش‌تر در بیمار است. این پرسشنامه سوالاتی چون "آیا در این اواخر احساس درماندگی کرده‌اید" دارد. سوالات ۱، ۶، ۱۲، ۱۷ و ۱۹ به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند^(۲۲). Kissane و همکاران ضریب پایایی این پرسشنامه را از طریق آلفای کرونباخ ۰/۹۴ گزارش کرده‌اند^(۲۲). نمره بالاتر از ۳۰، به‌معنی رنج بردن از نشانگان افت روحیه است. در پژوهشی^(۲۳) ضریب روایی این پرسشنامه را از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۶ محاسبه کرده‌اند. ضریب روایی این پرسشنامه را از طریق آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر ۰/۸۲ محاسبه شد.

پرسشنامه فاجعه‌پنداری درد PCS: این پرسشنامه توسط Sullivan و همکاران ساخته شده^(۲۴) و هدف آن ارزیابی ابعاد مختلف فاجعه‌سازی درد و مکانیزم اثر این فاجعه‌سازی است. این پرسشنامه ۱۳ سوالی دارای سه خرده‌مقیاس نشخوار، بزرگ‌نمایی و درماندگی می‌باشد و این سه خرده‌مقیاس افکار منفی مرتبط با درد را ارزیابی می‌کنند. پرسشنامه به‌صورت لیکرتی از صفر (هیچ وقت) تا ۴ (همیشه) می‌باشد و شرکت‌کنندگان از بین آن‌ها برای توصیف ۱۳ احساس و فکر متفاوت مرتبط با تجربه درد انتخاب می‌کنند. حداقل نمره فرد در این آزمون صفر و حداکثر ۵۲ می‌باشد. نمرات پایین‌تر نشان‌دهنده فاجعه‌سازی کم‌تر می‌باشد^(۲۴). در پژوهش Sullivan و همکاران آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس

جدول ۱: محتوای جلسات و پروتکل درمان متمرکز بر شفقت

جلسه	شرح جلسات (هدف و موضوع)
اول	هدف: آشنایی درمانگر و اعضای گروه با یکدیگر، گفتگو درباره هدف تشکیل جلسات و ساخت کلی آن، بررسی انتظارات از برنامه درمانی. موضوع: معرفی اصول کلی درمان متمرکز بر شفقت و تمایز شفقت با تأسف برای خود.
دوم	هدف: توضیح و تشریح شفقت: این که شفقت چیست، و چگونه می‌توان از طریق آن بر مشکلات فائق آمد. موضوع: آموزش ذهن‌آگاهی همراه با تمرین وارسی بدنی و تنفس، آشنایی با سیستم‌های مغزی مبتنی بر شفقت.
سوم	هدف: آشنایی با خصوصیات افراد شفقت‌ورز، شفقت نسبت به دیگران، پرورش احساس گرمی و مهربانی نسبت به خود، پرورش و درک این که دیگران نیز نقایص و مشکلاتی دارند (پرورش حس اشتراکات انسانی) در مقابل احساسات خودتخریب‌گرانه. موضوع: آموزش افزایش گرمی، ذهن‌آگاهی، پذیرش، خرد و قدرت، گرمی و عدم قضاوت.
چهارم	هدف: ترغیب اعضا به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به‌عنوان «شفقت‌ورز» یا «غیر شفقت‌ورز». موضوع: شناسایی و کاربرد تمرین‌های «پرورش ذهن شفقت‌ورز»، ارزش شفقت، همدلی و همدردی نسبت به خود و دیگران.
پنجم	هدف: آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت (شفقت کلامی، شفقت عملی، شفقت مقطعی و شفقت پیوسته). موضوع: به‌کارگیری روش‌های ابراز شفقت در زندگی روزمره و برای والدین، دوستان و آشنایان.
ششم	هدف: 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-انتقادشونده و خودشفقت‌ورز با استفاده از تکنیک صندلی خالی گشتالت. موضوع: پیدا کردن لحن و تن صدای خودانتقادگر و خودشفقت‌گر درونی هنگام گفتگوی درونی و مشابهت آن با الگوی گفتگوی آدم‌های مهم زندگی مانند پدر و مادر.
هفتم و هشتم	هدف: پُر 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. موضوع: آموزش تکنیک‌های تصویرپردازی ذهنی شفقت‌ورز، تنفس تسکین‌بخش ریتمیک، ذهن‌آگاهی و نوشتن نامه شفقت‌ورز. جمع‌بندی و نتیجه‌گیری و پاسخ‌گویی به‌سوالات اعضا، و ارزیابی کل جلسات.

نتایج

میانگین و انحراف معیار سن اعضای گروه آزمایش ۲۹/۵۳±۵/۲۷، اعضای گروه کنترل ۳۰/۱۳±۶/۱۷، و کل آزمودنی‌ها ۲۹/۸۳±۵/۶۵ سال ($P=0/705$)، و میانگین و انحراف معیار مدت زمان ابتلا به ام اس اعضای گروه آزمایش ۴/۸۰±۰/۷۷، اعضای گروه کنترل ۴/۶۷±۰/۷۲، و کل آزمودنی‌ها ۴/۷۳±۰/۷۴ بود ($P=0/887$)، میانگین و انحراف معیار سن و مدت زمان ابتلا به ام اس آزمودنی‌ها مقایسه شده است. نتایج نشان می‌دهد که بین دو گروه از نظر سن و مدت زمان ابتلا به ام اس تفاوت معنی‌داری وجود ندارد ($P>0/05$).

در بررسی پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر، آزمون شاپیرو ویلک نشان داد پیش‌فرض نرمال بودن توزیع متغیرهای نشانگان افت روحیه و فاجعه‌پنداری درد در نمونه مورد مطالعه محقق شده است، چرا که مقادیر Z محاسبه‌شده معنی‌دار نیست ($P>0/05$). در آزمون ام باکس، چون F متغیرهای نشانگان افت روحیه ($F=2/177$) و فاجعه‌پنداری درد

($F=2/117$) به ترتیب در سطح ($0/511$ و $0/389$) معنادار نبودند، بنابراین می‌توان گفت که مفروضه همسانی ماتریس واریانس-کوواریانس برای متغیرها برقرار شده است. آزمون کرویت موخلی نشان داد چون مقدار کرویت موخلی ($0/455$) متغیر نشانگان افت روحیه در سطح خطای داده‌شده ($0/402$) و مقدار کرویت موخلی ($0/565$) متغیر فاجعه‌پنداری درد در سطح خطای داده‌شده ($0/651$) معنی‌دار نیست، لذا می‌توان کرویت ماتریس واریانس-کوواریانس متغیرهای وابسته را پذیرفت. پس، این پیش‌فرض نیز برقرار است. در آخر، نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانسها در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در متغیرهای پژوهش نشان داد که با توجه به عدم معنی‌داری مقدار F همه متغیرها در سطح خطای کوچک‌تر از ($0/05$) در همه متغیرها، می‌توان گفت که واریانس خطای متغیرهای پژوهش در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با هم برابر بوده و از این جهت فرض همسانی واریانس‌های خطا برقرار است.

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در گروه آزمایش و کنترل مردان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس شهر تبریز در سال ۱۳۹۹ (تعداد در هر گروه ۱۵ نفر)

متغیر	گروه	پیش‌آزمون انحراف معیار ± میانگین	پس‌آزمون انحراف معیار ± میانگین	پیگیری انحراف معیار ± میانگین
نشانگان افت روحیه	آزمایش	۴۶/۶۷±۶/۲۹	۳۸/۰۰±۵/۵۸	۳۸/۲۰±۵/۵۳
	کنترل	۴۷/۱۳±۵/۲۷	۴۷/۶۰±۵/۲۶	۴۷/۷۳±۵/۲۰
	کل	۴۶/۹۰±۵/۷۱	۴۲/۸۰±۷/۲۲	۴۲/۹۷±۷/۱۶
فاجعه‌پنداری درد	آزمایش	۳۹/۷۳±۴/۷۴	۳۱/۶۰±۴/۹۲	۳۱/۸۷±۴/۹۶
	آزمایش	۳۸/۶۷±۵/۰۲	۳۸/۵۳±۴/۸۵	۳۸/۶۷±۵/۰۲
	کل	۳۹/۲۰±۴/۸۳	۳۵/۰۷±۵/۹۵	۳۵/۲۷±۶/۰۰

درد بیان می‌کند که بین نمرات متغیر فاجعه‌پنداری درد در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین بین نمرات متغیر فاجعه‌پنداری درد در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارتی بین زمان و مداخله تعامل وجود دارد.

اطلاعات جدول ۳ برای متغیر نشانگان افت روحیه بیان می‌کند که بین نمرات متغیر نشانگان افت روحیه در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین بین نمرات متغیر نشانگان افت روحیه در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارتی بین زمان و مداخله تعامل وجود دارد. همچنین، اطلاعات جدول ۲ برای متغیر فاجعه‌پنداری

جدول ۳: نتایج آزمون تحلیل واریانس متغیرهای پژوهش در گروه آزمایش و کنترل مردان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس شهر تبریز در سال ۱۳۹۹ (تعداد در هر گروه ۱۵ نفر)

متغیر	تأثیر	مقدار	F	فرضیه درجه آزادی	خطای درجه آزادی	سطح معنی‌داری	اندازه اثر
زمان	اثر پیلایی	۰/۵۹۵	۱۹/۸۷۱	۲/۰۰۰	۲۷/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۵۹۵
	لامبدا و یلکز	۰/۴۰۵	۱۹/۸۷۱	۲/۰۰۰	۲۷/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۵۹۵
	اثر هتلینگ	۱/۴۷۲	۱۹/۸۷۱	۲/۰۰۰	۲۷/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۵۹۵
نشانگان افت روحیه	بزرگ‌ترین ریشه روی	۱/۴۷۲	۱۹/۸۷۱	۲/۰۰۰	۲۷/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۵۹۵
	اثر پیلایی	۰/۶۴۵	۲۴/۵۳۴	۲/۰۰۰	۲۷/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۶۴۵
زمان*مداخله	لامبدا و یلکز	۰/۳۵۵	۲۴/۵۳۴	۲/۰۰۰	۲۷/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۶۴۵
	اثر هتلینگ	۱/۸۱۷	۲۴/۵۳۴	۲/۰۰۰	۲۷/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۶۴۵
	بزرگ‌ترین ریشه روی	۱/۸۱۷	۲۴/۵۳۴	۲/۰۰۰	۲۷/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۶۴۵
زمان	اثر پیلایی	۰/۹۲۹	۱/۷۵۸	۲/۰۰۰	۲۷/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۹۲۹
	لامبدا و یلکز	۰/۰۷۱	۱/۷۵۸	۲/۰۰۰	۲۷/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۹۲۹
	اثر هتلینگ	۱۳/۰۲۲	۱/۷۵۸	۲/۰۰۰	۲۷/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۹۲۹
فاجعه‌پنداری درد	بزرگ‌ترین ریشه روی	۱۳/۰۲۲	۱/۷۵۸	۲/۰۰۰	۲۷/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۹۲۹
	اثر پیلایی	۰/۹۲۴	۱/۶۴۵	۲/۰۰۰	۲۷/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۹۲۴
زمان*مداخله	لامبدا و یلکز	۰/۰۷۶	۱/۶۴۵	۲/۰۰۰	۲۷/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۹۲۴
	اثر هتلینگ	۱۲/۱۸۲	۱/۶۴۵	۲/۰۰۰	۲۷/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۹۲۴
	بزرگ‌ترین ریشه روی	۱۲/۱۸۲	۱/۶۴۵	۲/۰۰۰	۲۷/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۹۲۴

روحیه و فاجعه‌پنداری درد در پس‌آزمون و پیگیری تأثیر معنی‌داری بگذارد. همچنین ضرایب اتای به‌دست آمده برای متغیر نشانگان افت روحیه نشان می‌دهد که ۵۷ درصد از تغییرات این متغیر در مرحله زمان، و ۵۸ درصد از تغییرات آن، در مرحله تعاملی متغیر زمان و مداخله، حاصل تأثیر درمان متمرکز بر شفقت بوده است. و نیز، ضرایب اتای به‌دست آمده برای متغیر فاجعه‌پنداری درد نشان می‌دهد که ۶۲ درصد از تغییرات این متغیر در مرحله زمان، و ۶۵ درصد از تغییرات آن، در مرحله تعاملی متغیر زمان و مداخله، حاصل تأثیر درمان متمرکز بر شفقت بوده است.

جدول ۴ تأثیرات متغیرهای زمان، و تعامل زمان و مداخله را بر متغیرهای نشانگان افت روحیه و فاجعه‌پنداری درد نشان می‌دهد. همان‌گونه که در جدول مشاهده می‌شود اثر متغیر زمان بر متغیرهای نشانگان افت روحیه و فاجعه‌پنداری درد معنادار است ($p < 0/001$). یعنی نمرات متغیرهای نشانگان افت روحیه و فاجعه‌پنداری درد گروه آزمایش در پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون تفاوت معنی‌داری دارد. همچنین اثر تعاملی متغیر زمان و مداخله نیز در متغیرهای نشانگان افت روحیه و فاجعه‌پنداری درد معنادار بوده است ($p < 0/001$). یعنی درمان متمرکز بر شفقت توانسته است بر نشانگان افت

جدول ۴: نتایج آزمون تحلیل واریانس آمیخته در بین گروه آزمایش و کنترل در متغیر پژوهش در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری مردان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس شهر تبریز در سال ۱۳۹۹ (تعداد در هر گروه ۱۵ نفر)

متغیر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معنی‌داری	مجذور اتا
زمان	۲۳۲/۰۶۷	۱	۲۳۲/۰۶۷	۳۸/۲۹۸	۰/۰۰۱	۰/۵۷۸
	خطا (زمان)	۱۶۹/۶۶۷	۲۸			
نشانگان افت روحیه	زمان	۲	۱۶۱/۵۴۴	۳۹/۰۷۶	۰/۰۰۱	۰/۵۸۳
	زمان*مداخله	۲	۲۰۷/۰۳۳	۵۰/۰۷۹	۰/۰۰۱	۰/۶۴۱
	خطا (زمان)	۵۶	۴/۱۳۴			
زمان	۲۳۲/۰۶۷	۱	۲۳۲/۰۶۷	۳۱۱/۳۹۹	۰/۰۰۱	۰/۶۲۷
	خطا (زمان)	۲۸	۲۰/۸۶۷			
فاجعه‌پنداری درد	زمان	۲	۱۶۲/۹۷۸	۳۱۸/۸۷۰	۰/۰۰۱	۰/۶۵۱
	زمان*مداخله	۲	۱۵۷/۳۷۸	۳۰۷/۹۱۳	۰/۰۰۱	۰/۶۳۰
	خطا (زمان)	۵۶	۰/۵۱۱			

بحث

و بهزیستی روان‌شناختی؛ سلامت روان و نگرش‌های ناکارآمد، خودانتقادی و شفقت به خود بیماران مبتلا به ام اس اثربخش است، که نتایج این پژوهش‌ها به‌نوعی با نتایج پژوهش حاضر همسو می‌باشد.

شفقت به خود در سه موقعیت مواجهه با حوادث منفی واقعی، به‌یادآوردن حوادث منفی گذشته و تصور حوادث منفی خیالی با سطوح پایین‌تر عواطف منفی در ارتباط است و منجر به تسهیل توانایی افراد در مقابله با عواطف منفی می‌شود. افرادی که شفقت به خود بالایی دارند، تمایل بیش‌تری برای پذیرش نقش و مسئولیت در حوادث منفی دارند و می‌توانند اتفاقات منفی را با آن‌چه که هستند، در ارتباط ببینند؛ اما همین حوادث منفی را کم‌تر نشخوار می‌کنند و در نتیجه در مواجهه با اشتباهات‌شان کمتر هیجانات منفی، افسردگی، اضطراب و استرس دارند^(۱۶) و از این رو، افت روحیه در آن‌ها کم‌تر است.

زمانی که بیماران مبتلا به ام اس، به شفقت نسبت به خود دست یافتند، به پذیرش این نکته نائل شدند که رنج، شکست و نابسندگی‌ها بخشی از شرایط انسانی است و همه انسان‌ها و از جمله خود فرد مستحق مهربانی و شفقت است. در طول جلسات درمانی، بیماران مطلع شدند که شرایط زندگی هر انسانی کامل نیست و فرد در رنج‌ها، کاستی‌ها و نواقش خود تنها نبوده و غبط او نیست که درگیر چنین مشکلاتی است و در نتیجه یک رویکرد ارتباطی در خود پرورش می‌دهد که شامل دیگران هم هست. ایجاد یک رویکرد ارتباطی از نشخوار فکری مردان مبتلا به ام اس، در راستای درد و هیجانات منفی می‌کاهد، به‌عبارتی افزایش شفقت به خود که در نتیجه درمان متمرکز بر شفقت بود، تمرکز زیاد بیماران بر روی احساسات و افکار منفی‌شان که منجر به محدودشدن نگرش‌شان به زندگی شده بود را از بین برده و با افزایش آرامش درونی و اجتناب از نادیده‌گرفتن درد، فرد را از فرقی شدن در هیجانات منفی و نشخوار فکری پیرامون درد رهایی بخشیده که پیامد آن،

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر نشانگان افت روحیه و فاجعه‌پنداری درد مردان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس بود. تحلیل داده‌ها نشان داد که درمان متمرکز بر شفقت بر نشانگان افت روحیه و فاجعه‌پنداری درد مردان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس تأثیر دارد، و تأثیر آن در مرحله پیگیری نیز ماندگار است. همچنین یافته‌ها نشان داد که تغییرات نمره نشانگان افت روحیه و فاجعه‌پنداری 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 نشانگان افت روحیه و فاجعه‌پنداری درد کاهش یافتند و تأثیرات ناشی از حضور در گروه آزمایشی با نزدیک‌شدن به پایان مداخله بر روی نمرات نشانگان افت روحیه و فاجعه‌پنداری درد افراد در گروه آزمایشی مثبت بود.

تطابق نتایج پژوهش حاضر با پژوهش‌های مشابه که از لحاظ موضوعی با این پژوهش تطابق داشته باشد، به‌دلیل نوین‌بودن درمان متمرکز بر شفقت، و از طرفی به‌سبب در دسترس نبودن اثربخشی این درمان بر نمرات نشانگان افت روحیه و فاجعه‌پنداری درد بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس، مقدور نبود؛ ولی می‌توان گفت که نتایج حاصل از این پژوهش با یافته‌های مطالعات زیر همسو می‌باشد. همچنین، لازم به‌ذکر است که در هیچ پژوهشی نتایج مغایر با نتایج پژوهش حاضر به‌دست نیامده تا دلیل ناهم‌سویی را مورد بحث قرار دهیم.

TaherPour و همکاران^(۱۶)، EzzatPanah و Latifi^(۱۷)، Aboutalebi همکاران^(۱۸)، Akbarpor و همکاران^(۱۹)، Salimi و همکاران^(۲۰)، و Zamanian Najafabdi^(۲۱) در پژوهش‌های خود نشان دادند که درمان متمرکز بر شفقت به‌ترتیب بر نشانگان افسردگی، اضطراب، استرس فرد مبتلا به اختلال خوردن؛ فاجعه‌پنداری درد، تحمل پریشانی و رشد پس از سانحه بیماران مبتلا به سندرم فیبرومیالژیا؛ اضطراب مرگ و کیفیت زندگی؛ تاب‌آوری

مفهوم‌سازی، اجرا، تحلیل و تفسیر داده‌ها، تهیه پیش‌نویس، بازبینی و اصلاح، ویراستاری و نهایی‌سازی مقاله مشارکت یکسانی داشته‌اند.

تشکر و قدردانی

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

کاهش فاجعه‌پنداری در بوده است^(۱۷).

نمونه پژوهش حاضر را، کلیه مردان متأهل ۲۵-۴۰ ساله مبتلا به ام اس شهر تبریز تشکیل دادند، که این مورد یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر است؛ و تعمیم یافته‌ها به همه مردان مبتلا به ام اس جوان‌تر و مسن‌تر، و مردان غیرمتأهل که از حمایت همسر و خانواده برخوردار نیستند را دشوار می‌سازد. همچنین، در این پژوهش جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه استفاده شد که به دلیل خودگزارشی بودن ابزارها، امکان سوگیری در پاسخدهی محتمل به نظر می‌رسد. با توجه به محدودیت جامعه آماری این پژوهش، پیشنهاد می‌شود که پژوهش حاضر در بین جوامع آماری مختلف، سایر شهرها نیز اجرا گردد؛ و علاوه بر بررسی پرسشنامه‌ای، از سایر روش‌های گردآوری اطلاعات نظیر مشاهده و مصاحبه نیز استفاده شود.

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج این پژوهش می‌توان گفت که درمان متمرکز بر شفقت با کاربرد فرآیندها و فنون خود، سبب کاهش نشانگان افت روحیه و فاجعه‌پنداری درد گروه نمونه شده است. با توجه به نقش مهم مردان در خانواده و جامعه، و از طرفی لزوم توجه به سلامت جسمانی و روان‌شناختی آن‌ها پیشنهاد می‌شود که در در انجمن‌های مربوط به ام اس، و در کلینیک‌های روان‌شناسی بیمارستان‌ها و کلینیک‌های دولتی و خصوصی، از درمان متمرکز بر شفقت فردی و گروهی در زمینه کاهش نشانگان افت روحیه و فاجعه‌پنداری درد مردان مبتلا به ام اس استفاده شود.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

سهام نویسندگان

نویسندگان این مقاله در طراحی، مدیریت طرح،

References

1. Visser LA, Louapre C, Uyl-de Groot CA, Redekop WK. Health-related quality of life of multiple sclerosis patients: a European multi-country study. *Archives Public Health* 2021; 79(1): 39-51. DOI: 10.1186/s13690-021-00561-z
2. Huang WJ, Chen WW, Zhang X. Multiple sclerosis: pathology, diagnosis and treatments. *Experimental and therapeutic medicine* 2017; 13(6): 3163-6. DOI: 10.3892/etm.2017.4410
3. Bjornevik K, Cortese M, Healy BC, Kuhle J, Mina MJ, Leng Y, et al. Longitudinal analysis reveals high prevalence of Epstein-Barr virus associated with multiple sclerosis. *Science* 2022; 75(6578): 296-301. DOI: 10.1126/science.abj8222
4. Gbaguidi B, Guillemin F, Soudant M, Debouverie M, Mathey G, Epstein J. Age-period-cohort analysis of the incidence of multiple sclerosis over twenty years in Lorraine, France. *Scientific Reports* 2022; 12(1):1001. DOI: 10.1038/s41598-022-04836-5
5. Mohammadzadeh A, Askarizadeh G, Bagheri M. The Relationship between Spiritual Health and Death Anxiety in Patients with Multiple Sclerosis. *JRH* 2017; 4(2): 20-28. [In Persian]. URL: <http://jrh.mazums.ac.ir/article-1-335-en.html>
6. Pakniya N, Bahmani B, Dadkhah A, Azimian M, Naghiyae M, MasudiSani R. Effectiveness of Cognitive Existential Approach on Decreasing Demoralization in Women with Multiple Sclerosis. *IRJ* 2015; 13(4): 28-33. URL: <http://irj.uswr.ac.ir/article-1-550-en.html>
7. Arewasikporn A, Turner AP, Alschuler KN, Hughes AJ, Ehde DM. Cognitive and Affective Mechanisms of Pain and Fatigue in Multiple Sclerosis. *Health Psychol* 2018; 37(6): 544-552. doi: 10.1037/hea0000611
8. Frank JD, Frank JB. *Persuasion and Healing: A Comparative Study of Psychotherapy*. 3rd edition. Baltimore: JHU Press, 1999: 138.
9. Berardelli I, Sarubbi S, Rogante E, Hawkins M, Cocco G, Erbutto D, Lester D, Pompili M. The Role of Demoralization and Hopelessness in Suicide Risk in Schizophrenia: A Review of the Literature. *Medicina* 2019; 5(200): 1-16. DOI: 10.3390/medicina55050200
10. Farmani Shahreza S, Khani S, Ghaedaniy Jahromi A, Imani S. Effectiveness of Cognitive-Existential Therapy on Fatigue, Demoralization Syndrome and Perceived Stress in Patients with Multiple Sclerosis (MS). *AUMJ* 2019; 8(2): 135-149. [inPersian]. DOI: 10.29252/aums.8.2.135
11. Whitney CA, Dorfman CS, Shelby RA, Keefe FA, Gandhi V. Reminders of Cancer Risk and Pain Catastrophizing: Relationships with Cancer Worry and Perceived Risk in Women with a First-Degree Relative with Breast Cancer. *Fam Cancer* 2019; 18(1): 9-18. doi: 10.1007/s10689-018-0082-6
12. Schreier AM, Johnson LA, Vohra NA, Muzaffar M. Post-Treatment Symptoms of Pain, Anxiety, Sleep Disturbance, and Fatigue in Breast Cancer Survivors. *Pain Manag Nurs* 2019; 20(2): 146-151. doi: 10.1016/j.pmn.2018.09.005.
13. Schapiro RT. *Managing the symptoms of multiple sclerosis*. 1st ed. New York: Demos; 2007: 71-2.
14. Ashworth F, Gracey F, Gilbert P. Compassion focused therapy after traumatic brain injury: Theoretical foundations and a case illustration. *BIJ* 2011; 12(2): 128-139. DOI: <https://doi.org/10.1375/brim.12.2.128>
15. Gilbert P. Introducing compassion-focused therapy. *BJPsych Advances* 2009; 15(3): 199-208. DOI: <https://doi.org/10.1192/apt.bp.107.005264>
16. TaherPour M, Sohrabi A, Zemestani M. Effectiveness of compassion-focused therapy on depression, anxiety, stress, and weight self-efficacy in patients with eating disorder. *JSUMS* 2020; 26(4): 505-513.

- [inPersian]. http://jsums.medsab.ac.ir/article_1218.html?lang=fa
17. EzzatPanah F, Latifi Z. Effectiveness training based on acceptance, commitment and compassion on pain catastrophizing, distress tolerance and post traumatic growth in patients with fibromyalgia syndrome. *HPJ* 2020; 8(32): 127-142. [inPersian]. DOI: 10.30473/HPJ.2020.43700.4227
 18. Aboutalebi H, Yazdchi N, Smkhani Akbarinejad H. Effectiveness of compassion-focused therapy on death anxiety and quality of life among women with multiple sclerosis. *YMUIJ* 2022; 32(1): 92-101. [inPersian]. DOI: 20.1001.1.10235922.1401.32.1.1 0.5
 19. Akbarpor M, Sharifiyan Ghazijahani M, Smkhani akbarinejad H. Comparison of the Effectiveness of Min Dfulness- Based Cognitive Therapy with Compassion- Focused Therapy on Resilience and Psychological Well- Being of Subjects with Multiple Sclerosis. *Shefaye Khatam* 2021; 9(4): 60-70. [inPersian]. DOI: 10.52547/shefa.9.4.60
 20. 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(2): 125-131. [In Persian]. URL: <http://hms.gmu.ac.ir/article-1-2739-en.html>
 21. Zamanian Najafabdi M. The effectiveness of compassion-based treatment on dysfunctional attitudes, Self-criticism and compassion for the patients with M. S. Master's Degree in Clinical Psychology, Islamic Azad University, Najafabad Branch, 2018: 94-95. [In Persian].
 22. Kissane DW, Wein S, Love A, Lee XQ. The Demoralization Scale: a report of its development and preliminary validation. *J Palliat Care* 2004; 20(4): 269-276. PMID: 15690829
 23. Bahmani B, Farmani Shahreza S, Amin Esmaeili M, Naghiay M, Ghaedniay Jahromi A. Demoralization Syndrome in Patients with Human Immunodeficiency Virus. *J Neyshabur Univ Med Sci* 2015; 3(1): 19-27. [in Persian]. URL: <http://journal.nums.ac.ir/article-1-108-fa.html>
 24. Sullivan M J L, Bishop S, Pivik J. The Pain Catastrophizing Scale: development and validation. *Psychol Assess* 1995; 7(4): 524-532. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.7.4.524>
 25. Mohammadi S, Dehghani M, Heidari M, Sedaghat M, Khatibi A. The evaluation of pain-related psychological similarities among patients with musculoskeletal chronic pain and their spouses. *J Behavior Sciences* 2013; 7(1): 57- 66. [in Persian]. http://www.behavsci.ir/article_67812_19c668e64eed07cf4f03acbd954acd7e.pdf