Journal of Anesthesiology and Pain Summer 2021, Vol 13, NO 2



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

Haniyeh Naseriniya[1], 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

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-19]

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 ناصری‌نیا[1]، هادی اسمخانی اکبری‌نژاد*[2]

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 دریافت: ۱۴۰۱/۱/۳ **تاریخ بازبینی:** **تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۲/۵**

چکیده

زمینـــه و هـــدف: هـدف پژوهـش حاضـر تعییـن اثربخشـی درمـان متمرکـز بـر شـفقت بـر نشـانگان افـت روحیـه و فاجعه‌پنـداری درد مـردان مبتـلا بـه مولتیپـل اسـکلروزیس بـود.

مـــواد و روش‌هـــا: ایـن پژوهـش نیمه‌آزمایشـی بـا طـرح پیش‌آزمـون- پس‌آزمـون و پیگیـری بـا گـروه کنتـرل بـود. ۳۰ نفـر بـا داشـتن ملاک‌هـای ورود به‌مطالعـه بـا روش نمونه‌گیـری هدفمنـد و از میـان کلیـه مـردان مبتـلا بـه ام اس شـهر تبریـز در سـال ۱۳۹۹ کـه عضـو انجمـن ام اس ایـن شـهر بودنـد انتخـاب و به‌صـورت تصادفـی در دو گـروه آزمایـش (۱۵ نفـر) و کنتـرل (۱۵ نفـر) قـرار گرفتنـد. گـروه آزمایـش درمـان متمرکـز بـر شـفقت را در ۸ جلسـه ۱/۵ سـاعته (۲ مـاه، هفتـه‌ای یـک جلسـه) دریافـت کردنـد، ولـی گـروه گـواه هیـچ درمانـی را دریافـت نکردنـد. هـر دو گـروه، پیـش، پـس و ۴ مـاه پـس از مداخلـه به‌پرسشـنامه‌های ۲۴ سـوالی نشـانگان افـت روحیـه و ۱۳ سـوالی فاجعه‌پنـداری درد پاسـخ دادنـد. تجزیـه و تحلیـل یافته‌هـا از طریـق آزمـون تحلیـل واریانـس آمیختـه بـا اندازه‌گیـری مکـرر انجـام گرفـت.

یافته‌هـــا: در پیش‌آزمـون، میانگیـن و انحـراف معیـار گـروه آزمایـش بـرای نشـانگان افـت روحیـه ۴۶/۶۷±۶/۲۹ و بـرای فاجعه‌پنـداری درد ۳۹/۷۳±۴/۷۴، و در گـروه کنتـرل بـرای نشـانگان افـت روحیـه ۴۷/۱۳±۵/۲۷ و بـرای فاجعه‌پنـداری درد ۳۸/۶۷±۵/۰۲ بـود (p>۰/۰۵). درمـان متمرکـز بـر شـفقت (نشـانگان افـت روحیـه ۳۸/۰۰±۵/۵۸ و فاجعه‌پنـداری درد ۳۱/۶۰±۴/۹۲) در مقایسـه بـا گـروه کنتـرل (نشـانگان افـت روحیـه ۴۷/۶۰±۵/۲۶ و فاجعه‌پنـداری درد ۳۸/۵۳±۴/۸۵) نشـانگان افـت روحیـه و فاجعه‌پنـداری درد مـردان مبتـلا بـه ام اس را در پس‌آزمـون کاهـش داده اسـت (p<۰/۰۰۱). در مرحلـه پیگیـری، اثـر درمـان متمرکـز بـر شـفقت بـر نشـانگان افـت روحیـه ۳۸/۲۰±۵/۵۳ و فاجعه‌پنـداری درد ۳۱/۸۷±۴/۹۶ مانـدگار بـود (p<۰/۰۰۱).

نتیجه‌گیـــری: براسـاس یافته‌هـای ایـن پژوهـش می‌تـوان نتیجـه گرفـت کـه درمـان متمرکـز بـر شـفقت موجـب کاهـش نشـانگان افـت روحیـه و فاجعه‌پنـداری درد مـردان مبتـلا بـه ام اس شـده اسـت.

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

نویسنده مسئول: دکتر هادی اسمخانی اکبری‌نژاد ، گروه روان‌شناسی، موسسه آموزش عالی نبی اکرم (ص)، تبریز، ایران
پست الکترونیک: Hadiakbarinejhad@yahoo.com

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-19]

مقدمه

مولتیپل اسکلروزیس (multiple sclerosis) بیماری مزمن ناتوان‌کننده 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 اختلالات حسی و حرکتی پدیدار می‌شود[۲]. افراد مبتلا به ام اس به‌دلیل 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 قابل‌توجهی بر کیفیت زندگی (quality of life) این افراد دارد، عملکردهای آن‌ها را محدود کرده و هزینه‌های سنگینی را به آن‌ها و خانواده‌شان تحمیل می‌کند[۱].

Frank وFrank [۸] در سال (۱۹۹۱) برای اولین بار مفهوم نشانگان افت روحیه را در زمینه درمان روان‌شناختی بیماران روان‌پریش به‌کار بردند و مضامینی چون منزوی، مأیوس، بیگانه، مطرود و عزت‌نفس پایین را در تعریف آن به‌کار بردند. در سال‌های بعد این مفهوم را به‌معنی 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 به‌دلیل سردرگمی، عملاً احساس درماندگی، بی‌کفایتی و بازداری کرده و دچار بی‌لذتی پیشگرایان شده و آینده در نظرش بی‌ارزش خواهد آمد[۱۰].

فاجعه‌سازی درد به‌مجموع پاسخ‌های شناختی و آشکار روانی و رفتاری اشاره دارد که معمولاً به‌عنوان 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 به‌نوبه خود اغلب اوقات به شرطی‌زدایی جسمانی، مشکلات رفتاری ثانویه و کاهش تماس اجتماعی منجر می‌شود و سرانجام به‌صورت یک چرخه درمی‌آید. همچنین گوش‌به‌زنگی نسبت به‌محرک‌های درد را به‌دنبال 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، 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[۱۴]. 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 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 به‌عنوان پادزهری در برابر احساس

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-19]

تهدیدشـدگی عمـل کننـد. فعالیت‌هـای اصلـی ایـن درمـان، ایجـاد قابلیـت شـفقت‌ورزی اسـت[۱۴]. ایـن درمـان بر نشـانگان افسـردگی، اضطـراب، اسـترس فـراد مبتـلا بـه اختـلال خـوردن[۱۶]، بـر فاجعه‌پنـداری درد، تحمـل پریشـانی و رشـد پـس از سـانحه بیمـاران مبتـلا بـه سـندرم فیبرومیالژیـا[۱۷]؛ و بـر ضطـراب مـرگ و کیفیـت زندگـی[۱۸]، بـر تـاب‌آوری و بهزیسـتی روان‌شـناختی[۱۹]، بـر سـلامت روان[۲۰] و نگرش‌هـای ناکارآمـد، خودانتقـادی و شـفقت بـه خـود[۲۱] بیمـاران مبتـلا بـه ام اس اثربخـش اسـت.

بـا توجـه بـه این‌کـه هیـچ پژوهشـی در راسـتای اثربخشـی درمـان متمرکـز بـر شـفقت بـر نشـانگان افـت روحیـه و فاجعه‌پنـداری درد بیمـاران مبتـلا بـه ام اس در دسـترس نیسـت، در ایـن پژوهـش پژوهشـگران سـعی دارنـد رویکـردی را عملیاتـی کننـد کـه ضمـن قابلیـت اجرایـی پژوهـش، جنبـه جدیـدی را دربـر داشـته باشـد و در عین‌حـال، فرضیـه اساسـی آن‌هـا را کـه معتقدنـد ایـن درمـان بـر نشـانگان افـت روحیـه و فاجعه‌پنـداری درد مـردان مبتـلا بـه مولتیپـل اسـکلروزیس مؤثـر می‌باشـد، مـورد بررسـی قـرار دهـد و مشـخص سـازد کـه آیـا ایـن درمـان روش مناسـبی بـرای نشـانگان افـت روحیـه و فاجعه‌پنـداری درد ایـن بیمـاران اسـت. بنابرایـن، پژوهـش حاضـر بـا هـدف آزمایـش ایـن درمـان به‌عنـوان درمـان تکمیلـی بـرای ایـن نـوع از بیمـاران و بـا ایـن امیـد کـه ایـن اقدامـات تکمیلـی بتواننـد حـالات روان‌شـناختی آن‌هـا را بهبـود ببخشـند انجـام شـد. لـذا هـدف پژوهـش حاضـر ایـن اسـت کـه اثربخشـی درمـان متمرکـز بـر شـفقت کـه جـزو درمان‌هـای مـوج سـوم رفتـاری هسـت را بـر نشـانگان افـت روحیـه و فاجعه‌پنـداری درد بیمـاران مبتـلا بـه مولتیپـل اسـکلروزیس مـورد مطالعـه قـرار دهـد.

مواد و روش‌ها

کـد اخـلاق پژوهـش حاضـر (IR.IAU.Z.REC.۱۳۹۹,۱۷۱) بـود. روش پژوهـش حاضـر، نیمه‌آزمایشـی و طـرح آن از نـوع پیش‌آزمـون- پس‌آزمـون و پیگیـری بـا گـروه کنتـرل بـود. جامعـه آمـاری پژوهـش حاضـر را کلیـه مـردان مبتـلا بـه ام اس شـهر تبریـز در سـال ۱۳۹۹ کـه عضـو انجمـن ام اس ایـن شـهر بودنـد تشـکیل داد. جهـت نمونه‌گیـری از روش غیراحتمالـی هدفمنـد اسـتفاده شـد. پـس از کسـب رضایـت مسـئولین انجمـن و بیمـاران، پرسشـنامه‌های نشـانگان افـت روحیـه Kissane و همـکاران و فاجعه‌پنـداری درد Sullivan و همـکاران در بیـن ۱۷۵ بیمـار توزیـع شـد کـه ۱۲۶ نفـر در ایـن پرسشـنامه‌ها یـک انحـراف معیـار بالاتـر از میانگیـن نمـره کسـب کردنـد. از ایـن بیـن، ۳۰ نفـر بـا درنظـر گرفتـن معیارهـای ورود بـه مطالعـه چـون ۱) سـن ۲۵ تـا ۴۰ سـال، ۲) متأهـل بـودن، ۳) ابتـلا بـه بیمـاری ام اس بیـش از ۳ سـال، ۴) شـرکت کامـل در جلسـات درمانـی، و معیارهـای خـروج از مطالعـه چـون ۱) ابتـلا به‌بیمـاری جـدی دیگـری به‌غیـر از ام اس، ۲) اسـتفاده از داروهـای روان‌پزشـکی، ۳) شـرکت در جلسـات مشـاوه و روان‌درمانـی فـردی و گروهـی انتخـاب، و به‌صـورت تصادفـی (به‌شـیوه قرعه‌کشـی از طریـق پرتـاب سـکه) بـه دو گـروه آزمایـش و کنتـرل تقسـیم شـدند (هـر کـدام ۱۵ نفـر). جهـت تعییـن حجـم نمونـه از معادلـه بـرآورد فرمـول حجـم نمونـه Fleiss اسـتفاده شـد. تعـداد ۱۵ نفـر بـرای هـر گـروه بـر اسـاس نرم‌افـزار تعییـن حجـم نمونـه G Power ۳ و بـا در نظـر گرفتـن پارامترهـای زیـر محاسـبه شـد. انـدازه اثـر= ۰/۴۸؛ ضریـب آلفـا= ۰/۰۵؛ تـوان آزمـون= ۰/۶۸؛ Repetitions=2؛ Noncentrality parameter λ=11/998؛ Critical F=2/465؛ Numerator df=1؛ Denomi-nator df=29؛ Actual power=81/0؛ Pillai V=۰/45. پیـش از تقسـیم تصادفـی (به‌شـیوه قرعه‌کشـی از طریـق پرتـاب سـکه)، کلیـه افـراد از نظـر ویژگی‌هـای جمعیت‌شناسـی نظیـر سـن و مـدت زمـان ابتـلا بـه بیمـاری ام اس همسـان شـدند. توضیـح این‌کـه در پژوهـش حاضـر ریـزش نمونـه نداشـتیم. همـه اصـول اخلاقـی در ایـن مقالـه رعایـت شـده اسـت. شـرکت‌کنندگان اجـازه داشـتند هـر زمـان کـه مایـل بودنـد از پژوهـش خـارج شـوند. اطلاعـات آن‌هـا محرمانـه نگـه داشـته شـدند و در پایـان درمـان، گـروه کنتـرل نیـز تحـت مداخلـه قـرار گرفتنـد. بـرای برگـزاری جلسـات درمانـی، از

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-19]

افـراد هیـچ هزینـه‌ای دریافـت نشـد.

پرسشـنامه نشـانگان افـت روحیـه: Kissane و همـکاران در سـال ۲۰۰۴ ایـن پرسشـنامه را بـرای سـنجش نشـانگان افـت روحیـه در بیمـاران مبتـلا بـه سـرطان سـاختند[۲۲]. ایـن ابـزار ۲۴ سـؤال پنـج گزینـه‌ای از نـوع درجه‌بنـدی پاسـخ لیکـرت (هرگـز (۰)، به‌نـدرت (۱)، گاهـی اوقـات (۲)، اغلـب(۳) دو همیشـه (۴)) دارد؛ و شـامل ۵ خرده‌مقیـاس فقـدان معنـا (۵ سـوال)، احسـاس ملامـت (۵ سـوال)، یـأس (۶ سـوال)، درماندگـی (۴ سـوال) و احسـاس شکسـت (۴ سـوال) می‌شـود. حداقـل نمـره در ایـن پرسشـنامه ۰ و حداکثـر ۱۲۰ اسـت. نمـره بـالا نشـان‌دهنده افـت روحیـه بیش‌تـر در بیمـار اسـت. ایـن پرسشـنامه سـوالاتی چـون "آیـا در ایـن اواخـر احسـاس درماندگـی کرده‌ایـد" دارد. سـوالات ۱، ۶، ۱۲، ۱۷ و ۱۹ به‌صـورت معکـوس نمره‌گـذاری می‌شـوند[۲۲]. Kissane و همـکاران ضریـب پایایـی ایـن پرسشـنامه را از طریـق آلفـای کرونبـاخ ۰/۹۴ گـزارش کرده‌انـد[۲۲]. نمـره بالاتـر از ۳۰، به‌معنـی رنـج بـردن از نشـانگان افـت روحیـه اسـت. در پژوهشـی[۲۳] ضریـب روایـی ایـن پرسشـنامه را از طریـق آلفـای کرونبـاخ ۰/۸۶ محاسـبه کرده‌انـد. ضریـب روایـی ایـن پرسشـنامه را از طریـق آلفـای کرونبـاخ در پژوهـش حاضـر ۰/۸۲ محاسـبه شـد.

پرسشـنامه فاجعه‌پنـداری درد PCS: ایـن پرسشـنامه توسط Sullivan و همـکاران سـاخته شـده[۲۴] و هـدف آن ارزیابـی ابعـاد مختلف فاجعه‌سـازی درد و مکانیـزم اثـر ایـن فاجعه‌سـازی اسـت. ایـن پرسشـنامه ۱۳ سـوالی دارای سـه خـرده‌مقیـاس نشـخوار، بزرگ‌نمایـی و درماندگـی می‌باشـد و ایـن سـه خـرده مقیـاس افـکار منفـی مرتبـط بـا درد را ارزیابـی می‌کننـد. پرسشـنامه بـه‌صـورت لیکرتـی از صفـر (هیـچ وقـت) تـا ۴ (همیشـه) می‌باشـد و شـرکت‌کننـدگان از بیـن آن‌هـا بـرای توصیـف ۱۳ احسـاس و فکـر متفـاوت مرتبـط بـا تجربـه درد انتخـاب می‌کننـد. حداقـل نمـره فـرد در ایـن آزمـون صفـر و حداکثـر ۵۲ می‌باشـد. نمـرات پایین‌تـر نشـان‌دهنده فاجعه‌سـازی کم‌تـر می‌باشـد[۲۴]. در پژوهـش Sullivan و همـکاران آلفـای کرونبـاخ خرده مقیاس نشـخوار را ۰/۷۰، بزرگ‌نمایـی را ۰/۵۹، درماندگی را ۰/۸۳ و نمـره کل پرسشـنامه را ۰/۸۷ گـزارش کردنـد[۲۴].. در پژوهـش Mohammadi و همـکاران[۲۵] آلفـای کرونبـاخ خـرده مقیـاس نشـخوار ۰/۶۵، بزرگنمایـی ۰/۵۳، درماندگـی ۰/۸۱ و نمـره کل پرسشـنامه ۰/۸۴ گـزارش شـده اسـت. در پژوهـش حاضـر، آلفـای کرونبـاخ کل پرسشـنامه ۰/۷۹ به‌دسـت آمـد. قبـل از شـروع مداخلـه، پرسشـنامه‌ها به‌صـورت خودگزارشـی بـر روی نمونه‌هـا اجـرا شـدند (پیشـآزمون). سـپس، اعضـای گـروه آزمایـش، طـی ۸ جلسـه ۹۰ دقیقـه‌ای (۲ مـاه، هفتـه‌ای یـک جلسـه) درمـان متمرکـز بـر شـفقت را به‌صـورت گروهـی، طبـق برنامـه درمانـی Gilbert[۱۵] دریافـت کردنـد (جـدول ۱). در طـول دوره مطالعـه، اعضـای گـروه آزمایـش و کنتـرل، از درمـان روتیـن خـود بـرای بیماری‌شـان برخـوردار بودنـد. در طـول دوره مطالعـه اعضـای گـروه کنتـرل هیـچ درمـان و آمـوزش روان‌شـناختی را دریافـت نکردنـد. بـرای جلوگیـری از تبـادل اطلاعـات بیـن افـراد گروه‌هـا، از آن‌هـا خواسـته شـد تـا ۴ مـاه پـس از اتمـام درمـان، دربـاره محتـوای جلسـات بـا یکدیگـر گفتگویـی نداشـته باشـند. جلسـات درمانـی، توسـط ۱ مشـاور بـا درجـه دکتـری تخصصـی مشـاوره، و ۱ روان‌شـناس بـا مـدرک کارشناسـی ارشـد در یـک مرکـز مشـاوره خصوصـی در شـهر تبریـز در روزهـای یکشـنبه از سـاعت ۱۵ تـا ۱۶ و نیـم برگـزار شـد. بعـد از اتمـام جلسـات (پس‌آزمـون)، و ۴ مـاه پـس از اتمـام درمـان (پیگیـری)، اعضـای هـر دو گـروه بـا اسـتفاده از ابزارهـای اندازه‌گیـری ارزیابـی شـدند. جهـت جلوگیـری از ریـزش اعضـای گروه‌هـا، حیـن مصاحبـه اولیـه بـا تک‌تـک آن‌هـا، از اعضـا خواسـتیم تعهـد خـود را نسـبت بـه شـرکت در کل جلسـات حفـظ کننـد. ایـن امـر در طـول جلسـات هـم رصـد می‌شـد و همبسـتگی گروهـی کـه بیـن اعضـا ایجـاد شـده بـود، مانـع ریـزش افـراد گـروه شـد. بـرای تجزیـه و تحلیـل آمـاری از نسـخه ۲۴ نرم‌افـزار SPSS اسـتفاده شـد. جهـت بررسـی فرضیـه پژوهـش از آزمـون تحلیـل واریانـس آمیختـه بـا اندازه‌گیـری مکـرر اسـتفاده شـد. در ایـن پژوهـش سـطح معنـی‌داری ۰/۰۵ در نظـر گرفتـه شـد.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-19]

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 اصـول کلی درمـان متمرکز بر شفقت و تمایز شفقت با تأسف برای خود.
دوم	هدف: توضیح و تشریح شفقت: این‌که شفقت چیست، و چگونه می‌توان از طریق آن بر مشکلات فائق آمد. موضوع: آموزش ذهن‌آگاهی همراه بـا تمـرین وارسـی بـدنی و تـنفس، آشنایی با سیستم‌های مغـزی مبتنی بر شفقت.
سوم	هدف: آشـنایی بـا خصوصـیات افـراد شفقت‌ورز، شفقت نسبت به دیگران، پرورش احساس گرمی و مهربـانی نسبت به خود، پرورش و درک این‌کـه دیگـران نیـز نقـایص و مشکالتی دارند (پرورش حـس اشـتراکات انسـانی) در مقابـل 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» یـا «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 ابـراز شفقت (شفقت کلامی، شفقت عملی، شفقت مقطعی و شفقت پیوسته) . موضوع: به‌کارگیری روش‌های ابـراز 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.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-19]

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=۰/۷۰۵)، 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=۰/۸۸۷). میانگین و انحراف معیار سن و مدت زمان 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>۰/۰۵).

در بررسی پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر، آزمون شاپیرو ویلک نشان داد پیش‌فرض نرمال‌بودن توزیع متغیرهای نشانگان افت روحیه و فاجعه‌پنداری درد در نمونه مورد مطالعه محقق شده است، چرا که مقادیر z محاسبه‌شده معنی‌دار نیست (P>۰/۰۵). در آزمون ام باکس، چون F متغیرهای نشانگان افت روحیه (F=۲/۱۷۷) و فاجعه‌پنداری درد (F=۲/۱۱۷) به‌ترتیب در سطح (۰/۵۱۱ و ۰/۳۸۹) 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 (۰/۴۵۵) متغیر نشانگان افت روحیه در سطح خطای داده‌شده (۰/۴۰۲) و مقدار کرویت موخلی (۰/۵۶۵) متغیر فاجعه‌پنداری درد در سطح خطای داده‌شده (۰/۶۵۱) 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 عدم‌معنی‌داری مقدار F همه متغیرها در سطح خطای کوچک‌تر از (۰/۰۵) 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

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-19]

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. به‌عبارتی بین زمان و مداخله تعامل وجود دارد. همچنین، اطلاعات جدول ۲ برای متغیر فاجعه‌پنداری 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. به‌عبارتی بین زمان و مداخله تعامل وجود دارد.

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
نشانگان افت روحیه	زمان	اثر پیلایی	۰/۵۹۵	۱۹/۸۷۱	۲/۰۰۰	۲۷/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۵۹۵
		لامبدا ویلکز	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
		بزرگ‌ترین ریشه روی	۱/۴۷۲	۱۹/۸۷۱	۲/۰۰۰	۲۷/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۵۹۵
	زمان*مداخله	اثر پیلایی	۰/۶۴۵	۲۴/۵۳۴	۲/۰۰۰	۲۷/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۶۴۵
		لامبدا ویلکز	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
فاجعه‌پنداری درد	زمان	اثر پیلایی	۰/۹۲۹	۱/۷۵۸	۲/۰۰۰	۲۷/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۹۲۹
		لامبدا ویلکز	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
		بزرگ‌ترین ریشه روی	۱۳/۰۲۲	۱/۷۵۸	۲/۰۰۰	۲۷/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۹۲۹
	زمان*مداخله	اثر پیلایی	۰/۹۲۴	۱/۶۴۵	۲/۰۰۰	۲۷/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۹۲۴
		لامبدا ویلکز	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

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-19]

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<۰/۰۰۱). 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<۰/۰۰۱). یعنی درمان متمرکز بر شفقت توانسته است بر نشانگان افت 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، ماحصل تأثیر درمان متمرکز بر شفقت بوده است. و نیز، ضرایب اتای به‌دست آمده برای متغیر فاجعه‌پنداری درد نشان می‌دهد که ۶۲ دصد از تغییرات این متغیر در مرحله زمان، و ۶۵ درصد از تغییرات آن، در مرحله تعاملی متغیر زمان و مداخله، ماحصل تأثیر درمان متمرکز بر شفقت بوده است.

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 مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	مجذور اتا
نشانگان افت روحیه	زمان	۲۳۲/۰۶۷	۱	۲۳۲/۰۶۷	۳۸/۲۹۸	۰/۰۰۱	۰/۵۷۸
	خطا (زمان)	۱۶۹/۶۶۷	۲۸	۶/۰۶۰			
	زمان	۳۲۳/۰۸۹	۲	۱۶۱/۵۴۴	۳۹/۰۷۶	۰/۰۰۱	۰/۵۸۳
	زمان*مداخله	۴۱۴/۰۶۷	۲	۲۰۷/۰۳۳	۵۰/۰۷۹	۰/۰۰۱	۰/۶۴۱
	خطا (زمان)	۲۳۱/۵۱۱	۵۶	۴/۱۳۴			
فاجعه‌پنداری درد	زمان	۲۳۲/۰۶۷	۱	۲۳۲/۰۶۷	۳۱۱/۳۹۹	۰/۰۰۱	۰/۶۲۷
	خطا (زمان)	۲۰/۸۶۷	۲۸	۰/۷۴۵			
	زمان	۳۲۵/۹۵۶	۲	۱۶۲/۹۷۸	۳۱۸/۸۷۰	۰/۰۰۱	۰/۶۵۱
	زمان*مداخله	۳۱۴/۷۵۶	۲	۱۵۷/۳۷۸	۳۰۷/۹۱۳	۰/۰۰۱	۰/۶۳۰
	خطا (زمان)	۲۸/۶۲۲	۵۶	۰/۵۱۱			

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-19]

بحث

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 دسترس‌نبودن 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 فراد مبتلا به اختلال خوردن؛ فاجعه‌پنداری درد، تحمل پریشانی و رشد پس از سانحه بیماران مبتلا به سندرم فیبرومیالژیا؛ اضطراب مرگ و کیفیت زندگی؛ تاب‌آوری 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 به‌تسهیل 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 درنتیجه در مواجهه با اشتباهات‌شان کمتر هیجانات منفی، افسردگی، اضطراب و استرس دارند[۱۶] و از این رو، افت روحیه در آن‌ها کم‌تر است.

زمانی‌که 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 شرزایط زندگی هر انسانی کامل نیست و فرد در رنج‌ها، کاستی ها و نواقش خود تنها نبوده و غفط او نیست که درگیر چنین مشکلاتی است و در نتیجه یک رویکرد ارتباطی در خود پرورش می دهد 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 ارامش درونی و اجتناب از نادیده‌گرفتن درد، فرد را از فرق‌شدن در هیجانات منفی و نشخوار فکری پیرامون درد رهایی بخشیده که پیامد آن،

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-19]

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 به‌دلیل خودگزارشی‌بودن ابزارها، امکان سوگیری در پاسخدهی محتمل به‌نظر 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 به‌نتایج 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 به‌نقش 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 کلنیک‌های 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.

سهم نویسندگان

نویسندگان این مقاله در طراحی، مدیریت طرح، 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.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-19]

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. Mohammadizadeh 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, Naghiyaee 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, Erbuto 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, Ghaedaniay 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. 1nd 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.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-19]

[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 Akbarinejhad H. Effectiveness of compassion-focused therapy on death anxiety and quality of life among women with multiple sclerosis. YMUJ 2022; 32(1): 92-101. [inPersian]. DOI: 20.1001.1.10235922.1401.32.1.10.5
19. Akbarpor M, Sharifiyan Ghazijahani M, Smkhani akbarinejhad 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, Zahrakar 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

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-19]