

اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر کیفیت زندگی و شدت خستگی در مراقبان بیماران مبتلا به ام اس *The effectiveness of compassion-focused therapy on quality of life and fatigue severity in caregivers of patients with MS*

Seyed Mojtaba Aghili (Corresponding author)

سید مجتبی عقیلی (نویسنده مسئول)

Associate Professor, Department of Psychology, Payam Noor University, Tehran, Iran.

دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

Saeideh Tighdast
Master of Science in Psychology, Payam Noor University, Gorgan, Iran.

سعیده تیغ دست
کارشناس ارشد روانشناسی، دانشگاه پیام نور، گرگان، ایران.

Abstract

The aim of this study was to investigate the effectiveness of compassion-focused therapy on quality of life and fatigue in caregivers of patients with MS. **Method:** The research method was semi-experimental with a pre-test-post-test design and a control group. The statistical population of this research included all caregivers of MS patients admitted to the MS Research Center of Sinai Hospital. Among the caregivers, 30 people were selected through available sampling and randomly placed in two experimental and control groups (15 people in each group). The experimental group underwent 8 sessions of compassion-focused therapy, but the control group did not receive any intervention until the end of the study. The research tools were World Health Organization's Quality of Life Questionnaire (1992) and Krapp et al.'s Fatigue Severity Questionnaire (1989). Research data was analyzed by multivariate analysis of variance test and spss-26 software. **Result:** The results showed that the treatment focused on compassion is effective on the quality of life and the intensity of fatigue in caregivers of patients with MS ($p < 0.05$). **Conclusion:** The treatment based on compassion has been able to improve the quality of life and the intensity of fatigue of caregivers of patients with MS, the reasons for this effect can be attributed to the emphasis of this treatment on the components of compassion and kindness, and on the other hand, to the specific components of the treatment based on compassion. Shafqat attributed..

Keywords: Compassion-focused therapy, quality of life, fatigue, patient caregivers, MS

چکیده
هدف از این پژوهش بررسی اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر کیفیت زندگی و شدت خستگی در مراقبان بیماران مبتلا به ام اس بود. روش: روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون_پس‌آزمون و گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه مراقبان بیماران مبتلا به ام اس بستری در مرکز تحقیقات ام اس بیمارستان سینا بودند. از میان مراقبان تعداد 30 نفر به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه 15 نفر) جایدهی شدند. گروه آزمایش تحت 8 جلسه درمان متمرکز بر شفقت قرار گرفتند. اما گروه گواه تا پایان پژوهش مداخله‌ای دریافت نکرد. ابزار پژوهش پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (1992) و پرسشنامه شدت خستگی کراپ و همکاران (1989) بود. داده‌های پژوهش با آزمون تحلیل واریانس چند متغیره و نرم‌افزار spss-26 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. یافته‌ها: نتایج نشان داد که درمان متمرکز بر شفقت بر کیفیت زندگی و شدت خستگی در مراقبان بیماران مبتلا به ام اس اثربخش است ($p < 0/55$). نتیجه‌گیری: درمان مبتنی بر شفقت توانسته است میزان کیفیت زندگی و شدت خستگی مراقبان بیماران مبتلا به ام اس را بهبود بخشد می‌توان دلایل این اثر بخشی را به تاکید این درمان بر مولفه‌های شفقت و مهربانی و از طرف دیگر به مولفه‌های خاص درمان مبتنی بر شفقت نسبت داد.

کلمات کلیدی: درمان متمرکز بر شفقت، کیفیت زندگی، خستگی، مراقبان

بیماران، ام اس

تاریخ ارسال: 1404/08/19

تاریخ پذیرش: 1404/08/23

مقدمه

از جمله بیماری‌های مزمن دستگاه عصبی مرکزی که سبب تخریب غلاف میلین و آسیب آکسون می‌شود، مولتیپل اسکلروزیس¹ (ام‌اس) است (موتل و سندروف²، 2018)، که ماهیت خودایمنی دارد؛ به این معنی که دستگاه ایمنی بدن، علیه قسمتی دیگر از بدن به عنوان یک عامل بیگانه واکنش غیرعادی نشان می‌دهد (درتاج و همکاران، 1400). این آسیب توانایی بخش‌هایی از سیستم عصبی را در انتقال سیگنال‌ها مختل می‌کند و در نتیجه طیف وسیعی از علائم و نشانه‌ها از جمله مشکلات جسمی، روحی و گاه روانپزشکی ایجاد می‌شود (تامپسون³ و همکاران، 2018). بیماری ام‌اس با نسبت ابتلا 2 تا 3 برابری زنان به مردان (دابسون و گیوانونی⁴، 2919)، اغلب در بزرگسالان 15 تا 50 سال بروز می‌نماید (یوسفی و همکاران، 1400). بیماری مولتیپل اسکلروزیس منجر به ناتوانی و ایجاد انواع اختلال‌های حسی و حرکتی در فرد بیمار می‌شود (شمس و همکاران، 1400). و با مشکلاتی مانند شدت و دفعات عود بیماری، پایین بودن حمایت اجتماعی ادراک شده، راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد، کاهش امید به زندگی و مشکلات عاطفی و اقتصادی، و اختلال‌های روانشناختی همراه است (بندیکت⁵ و همکاران، 2020). نیازهای بیماران از جمله تجویز دارو، همراهی با بیمار برای درمان، رعایت بهداشت فردی و رژیم غذایی مناسب و همچنین بستری‌های مکرر بیماران بر وضعیت اجتماعی، اقتصادی و روانی مراقبت‌کننده⁶ تأثیر می‌گذارد (چا⁷ و همکاران، 2022).

مراقبت‌کنندگان گزارش می‌کنند که نیازهای خود را در رابطه با زندگی روزمره‌شان نمی‌توانند برآورده کنند و به خاطر انجام نقش مراقبتی از بیمار مورد علاقه‌شان، نیازهای خودشان را فراموش می‌کنند (طاهرخانی و همکاران، 1400). افزایش فشار بر مراقبین می‌تواند سبب انزوای خانواده، قطع امید از حمایت‌های اجتماعی، اختلال در روابط خانوادگی و مراقبت ناکافی و رهایی بیمار شود (مورگان⁸ و همکاران، 2022). علاوه بر این، ارائه مراقبت طولانی مدت به موازات ایفای نقش‌های اجتماعی، با کاهش کیفیت زندگی و افزایش خطرات ابتلا به بیماری‌های جسمی و روانی برای مراقبان همراه است و رفتارهای آزار دهنده بیمار (ناشی از وجود علائم روانی در آنان)، مدیریت نیازهای (جسمی، اقتصادی، روانی و...) بیماران را برای مراقبان آنها مشکل و پیچیده خواهد ساخت (حسین‌پور و همکاران، 1400). کیفیت زندگی⁹ به عنوان پندارهای فرد از وضعیت زندگی با توجه به فرهنگ و نظام ارزشی، ارتباط این دریافت‌ها با اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت‌های مورد نظر تعریف شده است. بنابراین مقوله‌ای فردی بوده و بر درک افراد از جنبه‌های مختلف زندگی‌شان استوار است (علی محمدی و همکاران، 1399) و شامل دو بخش توانایی اجرای فعالیت‌های روزمره که همان سلامت جسمی، روانی و اجتماعی و رضایت از سطوح عملکرد، کنترل و درمان بیماری است (کوئنز¹⁰ و همکاران، 2020). طی چند دهه اخیر، این مفهوم به عنوان معیار مهم سلامت شناخته شده و

¹ Multiple sclerosis

² Motl & Sandroff

³ Thompson

⁴ Dobson Giovanini

⁵ Benedict

⁶ protector

⁷ Cha

⁸ Morgan

⁹ Quality of life

¹⁰ Coens

این باور را ایجاد نموده است که نتایج خدمات سلامت، نه تنها باید موجب افزایش امید به زندگی شود که باید کیفیت زندگی را ارتقا دهد (ریسانن^۱ و همکاران، 2017). در حال حاضر کیفیت زندگی یکی از نگرانی‌های عمده برای متخصصان بهداشت است و به عنوان شاخصی برای اندازه‌گیری وضعیت سلامت در تحقیقات بهداشتی شناخته شده بکار می‌رود (کاظمی خوبان و همکاران، 1401).

با توجه به اشاره‌هایی که بر کیفیت زندگی شد به متغیری باید اشاره کرد که رابطه مستقیمی با کسانی که از افرادی که بیماری‌های مزمن از جمله ام اس دارند مراقبت می‌کنند به متغیر احساس خستگی باید اشاره نمود شدت خستگی^۲ یعنی احساس ناتوانی، ضعف و کمبود انرژی، بی‌حوصلگی، عدم توانایی تمرکز، بی‌خوابی، کاهش ظرفیت ذهنی و چیزی شبیه احساس درد به عنوان علامتی ذهنی و ناخوشایند که خودش را به صورت عدم توانایی فرد در انجام وظایف روزانه نشان می‌دهد می‌دهد (برونل^۳ و همکاران، 2018). عدم درمان خستگی ممکن است اثر بسیار بدی روی کیفیت زندگی آنان بگذارد و سبب وابستگی بیشتر فرد به دیگران و همچنین ضعف و از دست رفتن انرژی جسمی و روانی و گوشه‌گیری و افسردگی در آنان شود (عباسی و همکاران، 1395)، همچنین دارای مشخصاتی مثل احساس ضعف و فرسودگی، سستی، فقدان انرژی، کاهش توان بدنی، خواب آلودگی، تمرکز ناکافی و کاهش انگیزه است (حجازی‌زاده و همکاران، 1399).

در سال‌های اخیر، مداخلات زیادی با هدف افزایش کیفیت زندگی مراقبان انجام شده است. یکی از این مداخلات درمان متمرکز بر شفقت^۴ می‌باشد. درمان متمرکز بر شفقت از علوم عصب‌شناسی، روانشناسی اجتماعی، رشد و مدل‌های درمانی بسیاری برگرفته شده است که سه اصل ذهن آگاهی، مهربانی با خود و حس اشتراک با انسانیت را دربر می‌گیرد (جوہانسن^۵ و همکاران، 2022). محور اصلی این درمان، پرورش ذهن شفقت‌ورز است؛ از این رو 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 (ابوطالبی و همکاران، 1401). 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 (هایدن و هیجمن^۶، 2020). طبق پژوهش‌های صورت گرفته عامل کلیدی و تاثیرگذار در اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت استفاده از سازه‌های هشیار کننده نسبت به مشکل است؛ به عبارت دیگر درمان مبتنی بر شفقت نوعی راهبرد هیجان‌محور است، چرا که مراجعان را نسبت به هیجان خود آگاه می‌کند (آیرون و لاد^۷، 2919). مطالعات نشان داده که افرادی که از شفقت بالاتری نسبت به خود برخوردارند، سطوح پایین افسردگی، اضطراب و نشخوار را در موقعیت‌های اجتماعی چالش‌برانگیز تجربه می‌کنند و از رضایت زندگی بالاتری نیز برخوردارند (کیارسی و همکاران، 1400).

در این راستا نتایج مطالعات قدم‌پور و همکاران (1400) نشان داد که درمان متمرکز بر شفقت بر بهبود کیفیت زندگی

¹ Rissanen

² Fatigue severity

³ Brownlee

⁴ Compassion-focused therapy

⁵ Johansen

⁶ Hayden & Hegeman

⁷ Iron & Lad

و افزایش تاب‌آوری مراقبان بیماران دمانس اثربخش است. طیب زاده و همکاران در پژوهش خود نشان دادند که درمان مبتنی بر شفقت باعث کاهش خستگی ناشی از سرطان و افزایش رفتارهای خود مراقبتی شد. پژوهش قنوتی و همکاران (1397) نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت بر کیفیت زندگی و شادکامی زنان مبتلا به سرطان تاثیر معنادار دارد. سلیمی و همکاران (1397) در پژوهشی دریافتند که درمان متمرکز بر شفقت منجر به افزایش سلامت عمومی و روان که یکی از زیر متغیرهای مفهوم اصلی کیفیت زندگی است می‌شوند. مطالعات قزاق و همکاران (1397) نشان داد که برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی به شیوه گروهی منجر به بهبود کیفیت زندگی و کاهش شدت خستگی بیماران مبتلا به ام‌اس می‌شود. پایوا_سالیسبوری و همکاران (2022)، استون (2020) که در سال‌های اخیر بر روی نمونه‌های مختلفی انجام شدند و همگی بر اثرگذاری درمان متمرکز بر شفقت بر خستگی مزمن اذعان دارند. همچنین نتایج مطالعات موسله و همکاران (2022)، سانتوس و همکاران (2023) نشان داد که درمان متمرکز بر شفقت بر افزایش میزان توان تحمل رویدادهای سخت زندگی اثربخش است.

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

روش

روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون_پس‌آزمون و گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه مراقبان بیماران مبتلا به ام‌اس بستری در مرکز تحقیقات ام‌اس بیمارستان سینا بودند. از میان مراقبان تعداد 30 نفر به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه 15 نفر) جایدهی شدند. گروه آزمایش تحت 8 جلسه درمان متمرکز بر شفقت قرار گرفتند، اما گروه گواه تا پایان پژوهش مداخله‌ای دریافت نکرد. ملاک‌های ورود به پژوهش، گذشت حداقل 6 ماه از مراقبت از بیمار مبتلا به ام‌اس، تمایل به شرکت در پژوهش، حداقل تحصیلات دیپلم، عدم وجود اختلالات روانپزشکی شناخته شده و عدم مصرف داروهای روانپزشکی طبق مصاحبه بالینی و عدم دریافت وجه در قبال مراقبت؛ و ملاک‌های خروج از پژوهش، عدم تمایل به شرکت در پژوهش، غیبت بیش از دو جلسه بود.

ابزار

پرسشنامه کیفیت زندگی: فرم کوتاه 36 سوالی کیفیت زندگی یک پرسشنامه معتبر است که به طور گسترده برای ارزیابی کیفیت زندگی، به کار برده می‌شود. این پرسشنامه توسط ویر و شربورن در سال 1992 در کشور آمریکا طراحی شد شامل 36 سوال است، که 35 سوال است. ماده های این مقیاس به روش لیکرت نمره گذاری می شود. دامنه نمرات در این آزمون بین نمره صفر (پایین ترین نمره و بیانگر کیفیت زندگی نامطلوب است) و نمره 100 (بالا ترین نمره و بیانگر کیفیت زندگی مطلوب است). پایایی پرسشنامه در پژوهش ویر و شربورن (1992) 0/94 به دست آمد. ضریب پایانی گزارش شده برای خرده مقیاس‌ها از 0/77 تا 0/00 است، به غیر از خرده مقیاس سرزندگی که 0/65 بود. در پژوهش دشتکی خویدکی و همکاران (1399) پایایی پرسشنامه به روش ضریب آلفای کرونباخ 0/00 به دست آمد.

پرسشنامه شدت خستگی: مقیاس شدت خستگی توسط کراپ و همکاران (1989) به منظور سنجش شدت خستگی در بیماری های مزمن تهیه شده است. این مقیاس خستگی بیمار را با 9 گویه در مقیاس لیکرت هفت درجه ای اندازه گیری می کند و نمره ی بالاتر حاکی از خستگی بیشتر است. آلفای کرونباخ در افراد سالم 0/88 در بیماران ام اس 0/81 و در بیماران لوپوس 0/89 بود. نسخه فارسی این آزمون از همسانی درونی (آلفای کرونباخ 0/98) و اعتبار بازآزمایی 0/93 برخوردار بود. در ایران هم در پژوهشی تحت عنوان بررسی میزان به کارگیری و اثربخشی روش های کاهنده خستگی در بیماران مراجعه کننده به انجمن ام.اس ایران اعتبار محتوا توسط متخصصان و جهت پایایی از آزمون مجدد استفاده شد که ضریب همبستگی آن 0/83 بود که نشان دادند این ابزار اعتماد و اعتبار بالایی داشته و نیاز به تعدیل ندارد (رحمانی و همکاران، 1397).

مداخله درمانی متمرکز بر شفقت

ساختار جلسات برگرفته از کتاب درمان متمرکز بر شفقت اثر گیلبرت¹ (2999) بوده که مورد تایید اساتید و متخصصان رویکرد متمرکز بر شفقت می‌باشد. شرح جلسات درمان متمرکز بر شفقت در جدول 1 ارائه شده است.

جدول 1. خلاصه جلسات درمان متمرکز بر شفقت

جلسات	اهداف	شرح جلسات
اول	آشنایی با اصول کلی درمان مبتنی بر شفقت	اجرای پیش آزمون- آشنایی درمانگر و اعضای گروه با یکدیگر، گفتگو درباره هدف تشکیل جلسات و ساخت کلی آن، بررسی انتظارات از برنامه درمانی، آشنایی با اصول کلی درمان متمرکز بر شفقت و تمایز شفقت با تأسف برای خود.
دوم	آشنایی با رفتار و افکار خودانتقادگر	توضیح و تشریح شفقت: اینکه شفقت چیست و چگونه می‌توان از طریق آن بر مشکلات فائق آمد. آموزش ذهن آگاهی همراه با تمرین، وارسی بدنی و تنفس، آشنایی با سیستم‌های مغزی مبتنی بر شفقت.

¹. Gilbert

سوم	پذیرش اشتباهات و بخشیدن خود	آشنایی با خصوصیات افراد شفقت‌ورز، شفقت نسبت به دیگران، پرورش احساس گرمی و مهربانی نسبت به خود، پرورش و درک اینکه دیگران نیز نقایص و مشکلاتی دارند (پرورش حس اشتراکات انسانی) در مقابل احساسات خودتخریب‌گرانه. آموزش افزایش گرمی و انرژی، ذهن‌آگاهی، پذیرش، خرد و قدرت، گرمی و عدم قضاوت.
چهارم	درک و توانایی تحمل شرایط دشوار	ترغیب آزمودنی‌ها به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به عنوان «شفقت‌ورز» یا «غیر شفقت‌ورز» با توجه به مباحث آموزشی، شناسایی و کاربرد تمرین‌های «پرورش ذهن شفقت‌ورز».
پنجم	ایجاد احساسات خوشایند	آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت (شفقت کلامی، شفقت عملی، شفقت مقطعی و شفقت پیوسته) و به کارگیری این روش‌ها در زندگی روزمره.
ششم	آشنایی با رفتار شفقت‌گر	آموزش مهارت‌های شفقت به شرکت‌کنندگان در حوزه‌های توجه شفقت‌ورز، استدلال شفقت‌ورز، رفتار شفقت‌ورز، تصویرپردازی شفقت‌ورز، احساس شفقت‌ورز و ادراک شفقت‌ورز، ایفای نقش فرد در سه بعد وجودی خود انتقادگر، خود انتقاد شونده و خود شفقت‌ورز با استفاده از تکنیک صندلی خالی گشتالت، پیدا کردن لحن و تن صدای خود انتقادگر و خود شفقت‌گر درونی هنگام گفتگوی درونی و مشابهت آن با الگوی گفتگوی آدم‌های مهم زندگی.
هفتم	شناسایی احساسات متناقض	پر کردن جدول هفتگی افکار انتقادگر، افکار شفقت‌ورز و رفتار شفقت‌ورز. پیدا کردن رنگ، مکان و موسیقی شفقت‌گر که اجزای تصویرپردازی‌های شفقت‌ورز می‌توانند باشند، کار بر روی ترس از شفقت به خود و موانع پرورش این خصیصه. آموزش تکنیک‌های تصویرپردازی ذهنی شفقت‌ورز، تنفس تسکین‌بخش ریتمیک، ذهن‌آگاهی و نوشتن نامه شفقت‌ورز.
هشتم	مرور مباحث آموزش داده شده	جمع‌بندی و نتیجه‌گیری و پاسخگویی به سوالات اعضا و ارزیابی کل جلسات، تشکر و قدردانی از اعضا جهت شرکت در جلسات، اجرای پس‌آزمون.

روند اجرای پژوهش

پس از دریافت کد اخلاق (IR.PNU.REC.1401.387) از واحد پژوهش دانشگاه پیام نور و هماهنگی با مسئولین بیمارستان سینا، با همکاری مددکار و مشاور بیمارستان، رعایت ملاحظات اخلاقی و بیان اهداف پژوهش، ضمن آگاه‌سازی بیماران و کسب اجازه از آنها، رضایت مراقبان برای شرکت در این پژوهش جلب شد. پس از آن مراقبان بیماران مبتلا به ام اس به صورت تصادفی در گروه آزمایش و گواه جایدهی شدند. ضمن توجیه مراقبان و بیان اهداف پژوهش، از آنها درخواست شد تا در جلسات درمان متمرکز بر شفقت شرکت کنند. قبل از شروع مداخله هر دو گروه مورد مطالعه به عنوان پیش‌آزمون مورد ارزیابی قرار گرفتند و از مراقبان خواسته شد تا به پرسشنامه‌های کیفیت زندگی و شدت خستگی پاسخ دهند و گروه آزمایش تحت درمان متمرکز بر شفقت قرار گرفتند، اما در طی این جلسات به گروه گواه هیچ نوع آموزشی داده نشد. پس از اتمام دوره آموزش، هر دو گروه در مرحله پس‌آزمون مورد ارزیابی مجدد قرار گرفتند. لازم به ذکر است که پس از اتمام پس‌آزمون به لحاظ رعایت مسائل اخلاقی، جلسات درمان متمرکز بر شفقت برای گروه گواه هم برگزار شد. مدت جلسات درمان متمرکز بر شفقت شامل هشت جلسه 60 دقیقه‌ای بود که به صورت گروهی و هفته‌ای دو بار اجرا می‌شود. محل جلسه‌ها به شکل گروهی در اتاق مشاوره و مددکاری بیمارستان سینا که از لحاظ محیط، فضا و تجهیزات مناسب است، برگزار شد. ملاحظات اخلاقی در این پژوهش شامل حضور داوطلبانه اعضا در جلسات درمانی، تکمیل کردن پرسشنامه‌ها با میل و رغبت توسط اعضا، برنامه ریزی مناسب برای اجرای جلسات، محرمانه ماندن اطلاعات و نام افراد در پژوهش کاملاً رعایت شد.

یافته‌ها

یافته‌های جمعیت شناختی نشان داد که میانگین سنی شرکت کنندگان در پژوهش 35/4 سال بود. بیشترین فراوانی مربوط به تحصیلات کارشناسی معادل 33/3 بود. 72/5 درصد از مراقبان متاهل و 27/5 مجرد بودند. از میان شرکت کنندگان در پژوهش 80/3 زن و 19/7 مرد بودند. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در جدول 2 ارائه شده است.

جدول 2: میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش در مراحل پیش آزمون، پس آزمون

متغیر	گروه آزمایش		گروه کنترل		نرمالیه داده‌ها		معنی
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	کولموگروف اسمیرنف	سطح داری	
کیفیت زندگی	پیش آزمون	35/40	16/56	52	11/32	0/999	0/271
	پس آزمون	58/80	15/79	52/07	12/48	0/896	0/398
شدت خستگی	پیش آزمون	52/67	11/28	80/80	14/95	0/526	0/944
	پس آزمون	38/53	11/62	81/80	12/72	0/584	0/885

جدول 2 میانگین و انحراف معیار کیفیت زندگی و شدت خستگی برای مراحل پیش آزمون و پس آزمون را نشان می‌دهد که پس از درمان متمرکز بر شفقت، نمرات گروه آزمایش تفاوت معنادار داشته است. بدلیل آنکه سطوح معنی داری آزمون کولموگروف اسمیرنف در هر دو مرحله و برای متغیرها بیش از 5 درصد شده است لذا متغیرهای مورد مطالعه از توزیع نرمال برخوردار خواهد بود. نتایج آزمون لوین نشان داد که فرض همگنی واریانس‌ها برای متغیرهای کیفیت زندگی ($f=3/07$)، شدت خستگی ($f=0/602$) در سطح $p>0/05$ معنی دار می‌باشد.

جدول 3: نتایج آزمون‌های چهارگانه تحلیل واریانس

نام آزمون	مقدار	F	Df فرضیه	Df خطا	سطح معناداری
اثر پیلایی	0/010	0/088	3	26	0/96
لامبدای ویکلز	0/99	0/088	3	26	0/96
اثر هتلینگ	0/010	0/088	3	26	0/96
بزرگترین ریشه روی	0/010	0/088	3	26	0/96

با توجه به نتایج جدول 3 از آنجایی که مقادیر آزمون‌های اثر پیلایی (0/010)، لامبدای ویکلز (0/99)، اثر هتلینگ (0/010)، و بزرگترین ریشه روی (0/010) معنادار نمی‌باشند ($P > 0/02$)، بنابراین تفاوتی در دو متغیر کیفیت زندگی و شدت خستگی در پیش آزمون بین دو گروه آزمایشی و کنترل وجود ندارد. در ادامه برای درک دقیق تر و بررسی تاثیر جداگانه متغیر مستقل بر متغیرهای وابسته، از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره استفاده می‌شود.

جدول 4: نتایج تحلیل واریانس نمرات کیفیت زندگی و شدت خستگی در دو گروه آزمایش و گواه

متغیر	مراحل	مجموع	درجه آزادی	میانگین	F	سطح معناداری	اندازه اثر
بهبود زندگی	پیش آزمون	1123/83	1	1123/83	17/71	0/001	-
	گروه	3017/02	1	3017/02	47/55	0/001	0/63
	خطا	1712/96	27	63/44			
	مجموع	159387	30				
شدت خستگی	پیش آزمون	1504/97	1	1504/97	31/61	0/001	-
	گروه	1516/11	1	1516/11	31/84	0/001	0/54
	خطا	1285/42	27	47/60			
	مجموع	65239	30				

نتایج جدول 4 نشان می‌دهد که بین دو گروه آزمایش و گواه در کیفیت زندگی ($f=47/55$) و شدت خستگی ($f=31/84$) تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p<0/001$). ضریب اتا به دست آمده بیانگر این است که واریانس مربوط به تفاوت دو گروه در پس‌آزمون، ناشی از تاثیر درمان متمرکز بر شفقت می‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف اثر بخشی درمان متمرکز بر شفقت بر کیفیت زندگی و شدت در مراقبان بیماران مبتلا به ام‌اس انجام شد. یافته‌های نشان داد که درمان متمرکز بر شفقت منجر به بهبود کیفیت زندگی و کاهش شدت خستگی در مراقبان بیماران مبتلا به ام‌اس می‌شود. این یافته با نتایج مطالعات مطالعات قدم پور و همکاران (1400)، طیب زاده و همکاران (1399)، قنواتی و همکاران (1397)، سلیمی و همکاران (1397)، قزاق و همکاران (1397)، پایوا-سالیسبوری و همکاران (2022)، استون (2020)، موسله و همکاران (2022)، سانتوس و همکاران (2023) همسو می‌باشد.

این یافته اینگونه تبیین می‌شود که آموزش و درمان مبتنی بر شفقت به مراقبان بیماران گسترش مهربانی، درک خود، پرهیز از گرایش بیش از حد به انتقاد، قضاوت ناگوار نسبت به خود و موقعیتی که در آن قرار دارند را آموزش می‌دهد. افرادی که شفقت بالایی نسبت به خود دارند، بیشتر نسبت به خود و دیگران مهربان هستند و سعی در درک رویدادهای موجود در زندگی دارند. از آنجاکه درمان مبتنی بر شفقت موجب تسهیل بیشتر بازخوردهای مثبت، توانایی برخورد با بازخوردهای خنثی و ایجاد نگرش صمیمانه در افراد می‌شود، موجب سهیم شدن بیشتر آنان در حالات هیجانی دیگران و تقویت نگرش صمیمانه می‌شود و احساس به هم پیوستگی را به میزان زیادی افزایش می‌دهد و بالطبع گرایش به روابط اجتماعی را نیز افزایش می‌دهد. از سویی به تجربیات ناخوشایند و رویدادهای دردناک دیگر، افراد معمولاً از طریق تلاشهای اجتنابی یا گواه افراطی پاسخ می‌دهند (ابوطالبی و همکاران، 1401). در چنین شرایطی ذهن به ما می‌گوید باید موقعیت را بهتر گواه کنیم و نباید افکار و احساسات ناخوشایندی داشته باشیم. بدیهی است چنانچه این نوع نگرش تند و منتقدانه باشد، در تضاد با سلامتی است و در درمان مبتنی بر شفقت از طریق ذهن‌آگاهی

و پذیرش مشکلات آموزش داده می‌شود که مشکلات اجتناب ناپذیر هستند و همه افراد با مشکلات مواجه می‌شوند (موسله و همکاران، 2022). درمان متمرکز بر شفقت، فرصتی برای حمایت متقابل و وسیله‌ای برای کمک به مراقبان بیماران برای مقابله مؤثر با تنیدگی و سازش با موانع کاهنده کیفیت زندگی است. همچنین مراقبان بیماران در نتیجه درمان متمرکز بر شفقت درمی‌یابند که می‌توانند واکنش خود را آزادانه برای موقعیت‌های پیش رو انتخاب کنند و مطمئناً نتایج اعمال و انتخاب‌های خود را بپذیرند. در فرایند درمان متمرکز بر شفقت، افراد متوجه می‌شوند غم و اندوه، کمبودها، بیماری‌ها و مشکلات جسمانی و روانی اجتناب ناپذیر هستند و فقط یک فرصت باقی می‌ماند که در این موقعیت، شیوه نگرش و طرز برخورد با مشکل و تحمل مصائب را تغییر دهند (سانتوس و همکاران، 2023) و با معنا دادن به رنج‌ها و دردها بر از دست رفته‌ها تمرکز نکنند و با توجه به گذار بودن زندگی، وقت، عمر و امکانات خود را صرف کیفیت بخشیدن به زندگی کنند. در این درمان با جایگزین کردن خود به عنوان زمینه، افراد می‌توانند رویدادهای درونی ناخوشایند را در زمان حال به سادگی تجربه کنند و قادر به جدا کردن خود از واکنش‌ها، خاطرات و افکار ناخوشایند باشند (قدم‌پور و همکاران، 1400). در نتیجه درمان متمرکز بر شفقت از طریق فرایندهای توضیح داده شده موجب افزایش کیفیت زندگی مراقبان بیماران مبتال به ام اس می‌شود.

در تبیین نتایج به دست آمده از تفاوت ایجاد شده در نمرات خستگی شرکت کنندگان می‌توان گفت که ممکن است به دلیل تمرکز بر رفتاری باشد که در القای شفقت خود اتفاق افتاده است. در این القا شرکت کنندگان علاوه بر آنکه در معرض القای مولفه های شفقت خود قرار گرفتند، به صورت ضمنی در معرض این باور بودند که حادثه توصیف شده صرفاً یک تجربه و رفتار بوده است و تمرکزشان از ارزیابی منفی معطوف بر خود که اغلب در احساس خستگی اتفاق می‌افتد، برداشته و متمرکز بر تجربه یاد شده گردید (استون، 2020). به همین دلیل القای شفقت خود در احساس خستگی که خود به دلیل ارزیابی منفی رفتار ایجاد می‌شود، تغییراتی معنادار ایجاد کرد. در نتیجه آموزش مهارت های شفقت به خود، افراد پذیرفتند که اشتباه جزئی گریز ناپذیر از زندگی انسانی است، اشتباهات خود را پذیرفتند و تجربه احساسات ناخوشایند برانگیخته شده را هشیارانه، با کنجکاو و بدون سوگیری در نظر گرفتند. در نهایت می‌توان به این نکته اشاره کرد که در تمرینات ذهن آگاهی افراد تجربیات را به عنوان عناصر مجزا از خود و به عنوان یک حالت گذرا و به عنوان موضوعی برای تغییر پذیرفتند (پایوا_سالیسبوری و همکاران، 2022) و لذا به جای کاوش موضوع و یا اجتناب شناختی یا رفتاری از تجربه آن، که هر دو دردآور خواهد بود، این تجربیات را مانند سایر تجربیات که خنثی بوده و یا دارای بار هیجانی نمی‌باشند، پذیرفته و نهایتاً درونی کردند، فرایندی که باعث بهبودی سلامت ذهنی و هیجانی و به تبع آن کاهش خستگی می‌شود (طیب زاده و همکاران، 1399).

استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس و نبود زمان کافی برای پیگیری نتایج درمان تعمیم‌پذیری نتایج را با محدودیت مواجه می‌کند. انجام پژوهش روی نمونه‌های گسترده‌تر، استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی و پیگیری تأثیرات درمانی می‌تواند به تعمیم نتایج و تأیید ثبات یافته‌ها در طول زمان کمک کند. پیشنهاد می‌گردد پژوهشگران،

پژوهش‌های بعدی را در جامعه آماری بزرگتر انجام دهند که بتوان نتایج بدست آمده از پژوهش‌های آتی را با اطمینان بیشتری به سایر بیماران در کل کشور تعمیم داد. اطلاع‌رسانی به آحاد جامعه و خانواده‌ها برای مثال از طریق برگزاری کارگاه‌های آموزشی در زمینه مدیریت دردهای مزمن از جمله ام‌اس، می‌تواند به عنوان یک راهکار مفید در جهت پیشگیری از بروز مشکلات روان‌شناختی این بیماران و مراقبان آنان در نظر گرفته شود.

منابع

- ابوطالبی، حمید؛ یزدچی، نفیس؛ و اسمخانی‌اکبری‌نژاد، هادی. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر اضطراب مرگ و کیفیت زندگی زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. فصلنامه علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی تهران، ۳۲(۱)، ۹۲-۱۰۱.
- حسین‌پور، موسی؛ نوروزی، کیان؛ ره‌گوی، ابوالفضل؛ قاسمی، سیما؛ نوروزی، مهدی؛ و بابائی، مهرزاد. (۱۴۰۰). بررسی رابطه بین فشار مراقبتی، آمادگی برای مراقبت و کیفیت زندگی در مراقبین خانگی سالمندان مبتلا به آلزایمر در انجمن آلزایمر ایران. سالمندشناسی، ۲۶(۲)، ۱۰-۱۸.
- حجازی‌زاده، نیلوفر؛ پاکیان، مرضیه؛ و عبدی، مجتبی. (۱۳۹۹). خستگی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس شهر تهران در سال ۱۳۹۸. نشریه پرستاری ایران، ۳۳(۱۲۶)، ۱-۱۵.
- درتاج، افسانه؛ علی‌اکبری‌دهکردی، مهناز؛ ناصرمقدسی، عبدالرضا؛ و علی‌پور، احمد. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی، ادراک درد و اینترنت‌لوکین ۱۲ در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. فصلنامه روان‌شناسی کاربردی، ۱۵(۱)، ۴۹-۷۲.
- دشتی‌خویدکی، محمدحسن؛ کمالی‌زارچ، محمود؛ محمدی‌احمدآبادی، ناصر؛ و حسینی، حیدر. (۱۳۹۹). مقایسه کیفیت زندگی در بین کارگران فعال و غیرفعال. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، ۲۸(۸)، ۲۹۶۰-۲۹۷۰.
- رحمانی، سهیلا. (۱۳۹۹). اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و یوگای هوشیارانه به شیوه گروهی بر شدت خستگی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ام‌اس. روانشناسی بالینی و شخصیت، ۱۶(۲)، ۱۵۰-۱۴۱.
- سلیمی، آرمان؛ ده‌فرشته، ارسلان؛ کارکیانوش، زهرا؛ داورنیا، رضا؛ و شاکرمی، محمد. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر سلامت روان زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. طب داخلی روز، ۲۴(۲)، ۱۲۵-۱۳۱.
- شمس، گلشید؛ پاشنگ، سارا؛ و صداقت، مستوره. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت و واقعیت‌درمانی بر خودکارآمدی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. طب پیشگیری، ۱۸(۱)، ۷۰-۸۰.
- طاهرخانی، مهدیه؛ محمدی، فاطمه؛ رشوند، فرنوش؛ و مطلبی، سیده‌آمنه. (۱۴۰۰). پیش‌بینی‌کننده‌های فشار مراقبتی در مراقبین سالمندان تحت درمان با دیالیز. سالمند: مجله سالمندی ایران، ۱۶(۴)، ۴۸۲-۴۹۷.
- طیب‌زاده، فریناز؛ سلیمانی، اسماعیل؛ و قربان‌شیرودی، شهره. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر خستگی ناشی از سرطان و رفتارهای خودمراقبتی بیماران مبتلا به سرطان. رویش روان‌شناسی، ۹(۱۲)، ۷۵-۸۴.
- علی‌محمد، فاطمه؛ ستوده‌اصل، نعمت؛ و کرمی، ابوالفضل. (۱۳۹۹). تدوین مدل کیفیت زندگی بر اساس باورهای فراشناختی با میانجی‌گری استرس ادراک‌شده سالمندان. روان‌شناسی پیری، ۶(۴)، ۳۴۱-۳۵۵.
- عباسی، سمیرا؛ پهلوان‌زاده، سعید؛ و علی‌محمدی، نصرالله. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری به شیوه گروهی بر شدت خستگی زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس: یک مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی. مجله بالینی پرستاری و مامایی، ۵(۲)، ۴۰-۵۱.
- قدم‌پور، عزت‌الله؛ نصرت‌آبادی، مطهره؛ پورآبادی، پریسا؛ و میردریکوند، فضل‌الله. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر بهبود کیفیت زندگی و افزایش تاب‌آوری مراقبان بیماران دمانس. پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری، ۵(۴۳)، ۴۳-۵۵.
- قنوتی، سجاده؛ بهرامی، فاطمه؛ گودرزی، کوروش؛ و روزبهنی، مهدی. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر کیفیت زندگی و شادکامی زنان مبتلا به سرطان سینه شهر اهواز. آموزش پرستاری، ۷(۲)، ۵۳-۶۱.

- قزاق، مرسلده؛ و زادحسن، زهره. (۱۳۹۸). اثربخشی برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی به شیوه گروهی بر کیفیت زندگی و شدت خستگی زنان مبتلا به ام‌اس. *مجله مراقبت پرستاری و مامایی ابن‌سینا*، ۲۷(۱)، ۳۵-۴۴.
- کاظمی‌خوبان، سیده‌زهرا؛ پورشریفی، حمید؛ کاکاوند، علیرضا؛ و زیان‌باقری، معصومه. (۱۴۰۱). اثربخشی پروتکل بازنگری‌شده درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر تروما بر کیفیت زندگی و پریشانی روان‌شناختی زنان قربانی خشونت خانگی. *مجله روانشناسی و روانپزشکی شناخت*، ۹(۲)، ۶۲-۷۵.
- کیارسی، زیبا؛ عمادیان، سیده‌علیا؛ و حسن‌زاده، رمضان. (۱۴۰۰). مقایسه درمان متمرکز بر شفقت و معنادرمانی بر اضطراب مرگ در زنان مبتلا به سرطان پستان. *رویش روان‌شناسی*، ۱۰(۸)، ۱۸۵-۱۹۶.
- یوسفی، خدیجه؛ ضرغام‌حاجبی، مجید؛ و سراوانی، شهرزاد. (۱۴۰۰). پیش‌بینی گرایش به افکار خودکشی بر اساس سرسختی روان‌شناختی و تصویر بدنی ادراک‌شده در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. *فصلنامه علمی-پژوهشی روانشناسی سلامت*، ۱۰(۳۹)، ۱۵۷-۱۷۰.
- Benedict, R., Amato, M. P., DeLuca, J., & Geurts, J. J. (2020). Cognitive impairment in multiple sclerosis: Clinical management, MRI, and therapeutic avenues. *The Lancet Neurology*, 19(10), 860–871.
- Brownlee, W. J., Hardy, T. A., Fazekas, F., & Miller, D. H. (2018). Diagnosis of multiple sclerosis: Progress and challenges. *The Lancet*, 389(10076), 1336–1346.
- Cha, C., Jeong, J., Kim, H., Nam, S., & Seong, M. (2022). Survival benefit from axillary surgery in patients aged 70 years or older with clinically node-negative breast cancer: A population-based propensity-score matched analysis. *European Journal of Surgical Oncology*, 16(4), 101–109.
- Coens, C., Dueck, A., Sloan, J., Basch, E., & Colvert, M. (2020). International standards for the analysis of quality-of-life and patient-reported outcome endpoints in cancer randomised controlled trials: Recommendations of the SISAQOL Consortium. *The Lancet Oncology*, 21(2), 83–96.
- Dobson, R., & Giovanini, G. (2019). Multiple sclerosis – a review. *European Journal of Neurology*, 26(1), 27–40.
- Gilbert, P. (2009). Introducing compassion focused therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, 15(3), 199–208.
- Haeyen, S., & Heijman, J. (2020). Compassion focused art therapy for people diagnosed with a cluster B/C personality disorder: An intervention mapping study. *The Arts in Psychotherapy*, 69(7), 16–26.
- Irons, C., & Lad, S. (2019). Using compassion focused therapy to work with shame and self-criticism in complex trauma. *Australian Clinical Psychologist*, 3(1), 47–54.
- Johannsen, M., Schlander, C., & Vestergaard, I. (2022). Group-based compassion-focused therapy for prolonged grief symptoms in adults: Results from a randomized controlled trial. *Psychiatry Research*, 314(9), 46–53.
- Krupp, L. B., LaRocca, N. G., Muir-Nash, J., & Steinberg, A. D. (1989). The Fatigue Severity Scale: Application to patients with multiple sclerosis and systemic lupus erythematosus. *Archives of Neurology*, 46(10), 1121–1123.
- Morgan, S., Lengacher, C., & Rodriguez, C. (2022). Caregiver burden in caregivers of patients with advanced stage cancer: A concept analysis. *European Journal of Oncology Nursing*, 60(11), 52–60.
- Mosleh Kholtafeh, N., & Nazari Aleileh, V. (2025). The effectiveness of self-compassion treatment on the quality of life and self-esteem of addicts' wives. *Journal of Research in Psychopathology*, 6(2), 31–36.
- Motl, R., & Sandroff, B. M. (2018). Exercise as a countermeasure to declining central nervous system function in multiple sclerosis. *Clinical Therapeutics*, 40(1), 16–25.

Paiva-Salisbury, M. L., & Schwanz, K. A. (2022). Building compassion fatigue resilience: Awareness, prevention, and intervention for pre-professionals and current practitioners. *Journal of Health Service Psychology*, 48(1), 39–46.

Rissanen, R., Berg, H. Y., & Hasselberg, M. (2017). Quality of life following road traffic injury: A systematic literature review. *Accident Analysis and Prevention*, 108, 308–320.

Santos, L., Pinheiro, M. D. R., & Rijo, D. (2023). The effects of the compassionate mind training for caregivers on professional quality of life and mental health: Outcomes from a cluster randomized trial in residential youth care settings. *Child & Youth Care Forum*, 52(1), 1–21.

Stoewen, D. L. (2020). Moving from compassion fatigue to compassion resilience. Part 4: Signs and consequences of compassion fatigue. *The Canadian Veterinary Journal*, 61(11), 1207–1209.

Thompson, A. J., Banwell, B. L., Barkhof, F., Carroll, W. M., Coetsee, T., Comi, G., & Fujihara, K. (2018). Diagnosis of multiple sclerosis: 2017 revisions of the McDonald criteria. *The Lancet Neurology*, 17(2), 162–173.

Ware, J. E., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30(6), 473–483.





پروہشگاہ علوم انسانی و مطالعات فرہنگی
پرتال جامع علوم انسانی