

تأثیر درمان متمرکز بر شفقت (CFT) بر تاب‌آوری زنان مبتلا به مالتیپل اسکروزیس (MS)

زینب قطور^۱، سید مصطفی پور یحیی^۲، رضا داورنیا^{۳*}، آرمان سلیمی^۳، محمد شاکرمی^۴

^۱گروه روان‌شناسی تربیتی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران، ^۲گروه مشاوره، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران، ^۳گروه مشاوره، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

تاریخ وصول: ۱۳۹۶/۲/۱۷ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۳/۲۱

چکیده

زمینه و هدف: مالتیپل اسکروزیس یک بیماری مزمن پیشرونده سیستم عصبی مرکزی با علائم متفاوت و ناتوان کننده فیزیکی و روان‌شناختی می‌باشد که مشکلات عدیده‌ای را برای فرد بیمار به همراه دارد. هدف مطالعه حاضر، بررسی اثر درمان متمرکز بر شفقت بر تاب‌آوری زنان مبتلا به مالتیپل اسکروزیس بود.

روش بررسی: این پژوهش، یک مداخله آزمایشی به شیوه پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش را کلیه بیماران زن دارای پرونده فعال در انجمن ام اس شهر تهران در سال ۱۳۹۵ تشکیل دادند. نمونه ۳۰ زن بیمار بودند که بر اساس ملاک‌های ورود و خروج به مطالعه و نمرات اکتسابی در پرسشنامه، به شیوه در دسترس انتخاب و با تخصیص تصادفی در گروه‌های ۱۵ نفره آزمایش و کنترل قرار گرفتند. ابزار مطالعه مقیاس تاب‌آوری کانر دیویدسون بود. پس از اخذ پیش‌آزمون از هر دو گروه، آزمودنی‌های گروه آزمایش، ۸ جلسه دو ساعته درمان متمرکز بر شفقت را به شیوه گروهی و هفتگی دریافت نمودند. گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفتند. داده‌ها با بهره‌گیری از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری (آنکوا) در نرم‌افزار SPSS تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: میانگین و انحراف معیار نمرات تاب‌آوری آزمودنی‌های گروه آزمایش در مرحله پیش‌آزمون $66/73 \pm 14/27$ و در مرحله پس‌آزمون $87/23 \pm 7/06$ بود. در گروه کنترل نیز میانگین و انحراف معیار نمرات تاب‌آوری قبل از مداخله $59 \pm 16/01$ و بعد از مداخله $58/80 \pm 15/85$ بود. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که با کنترل اثر پیش‌آزمون، بین میانگین گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($F=78/63$ و $p<0/01$) که نشان دهنده اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت در افزایش تاب‌آوری آزمودنی‌های تحت مداخله است.

نتیجه‌گیری: درمان متمرکز بر شفقت به عنوان شیوه درمانی جدید، احتمالاً گزینه مداخله‌ای مناسبی در جهت کاهش مشکلات روان‌شناختی و افزایش تاب‌آوری بیماران ام اس محسوب می‌گردد. پیشنهاد می‌شود انجمن‌های ام اس سراسر کشور از این شیوه درمانی در راستای ارتقاء سلامت روان‌شناختی بیماران استفاده نمایند.

واژه‌های کلیدی: درمان متمرکز بر شفقت، مالتیپل اسکروزیس، تاب‌آوری

Email: rezadavarniya@yahoo.com

* نویسنده مسئول: رضا داورنیا، تهران، دانشگاه خوارزمی، گروه مشاوره

مقدمه

در عین حال ناتوان‌کننده‌ترین واکنش روانشناختی در مبتلایان به ام اس است (۸). تحقیق‌ها مقادیر بالاتری از افسردگی را در این بیماران نسبت به جمعیت عمومی (۹ و ۱۰) و گروه‌های بیمار دیگر (۱۲ و ۱۱) و برآوردها شیوع افسردگی در این بیماران را طیفی از ۱۴ درصد تا ۵۷ درصد نشان می‌دهد. احتمال خودکشی در این بیماران به دنبال افسردگی ۳ تا ۱۰ برابر بیشتر از کل جامعه است (۱۰).

یکی از روش‌های درمانی بیماری ام اس تاب‌آوری است (۷). تاب‌آوری را ساز و کار ذاتی خود اصلاح‌گری انسان و یکی از سازه‌های اصلی شخصیت برای فهم انگیزش، هیجان و رفتار می‌دانند (۱۳). تاب‌آوری را می‌توان روشی برای اندازه‌گیری توانایی فرد در مقابله با عوامل استرس‌زا و عواملی که سلامت روانی فرد را تهدید می‌کند، تعریف نمود (۱۴). این فرآیند سازگاری، منابع شخصی و بیرونی را با هم یکپارچه ساخته و با رسیدن به تعادل سطح بالاتر در شرایط تهدیدکننده، شرایط سازگاری موفق را فراهم می‌کند (۱۵). عوامل بسیاری در تاب‌آوری فرد در برابر مشکلات دخیل هستند که از جمله آن می‌توان به سبک دلبستگی، عوامل فردی (جنسیت و عزت نفس)، عوامل خانوادگی (ساختار و حمایت خانواده) و عوامل اجتماعی اشاره کرد (۱۶).

مالتیپل اسکلروزیس^(۱) نوعی بیماری خودایمنی و پیشرونده سیستم عصبی مرکزی است که غلاف میلین را تخریب می‌کند و باعث شکل‌گیری پلاک‌هایی در قسمت‌هایی از ماده سفید مغز و نخاع می‌گردد و مناطق زیر قشری را درگیر می‌کند (۱). این بیماری علت ناشناخته و ماهیت پیشرونده با دوره‌های عود و بهبود دارد، به طوری که افراد مبتلا، در طول زندگی خود، اختلالات متنوع جسمی و روانی ناشی از بیماری را تجربه می‌کنند و این اختلالات عملکرد روزانه، زندگی خانوادگی و اجتماعی، استقلال عملکردی و برنامه‌ریزی برای آینده را به شدت تحت تأثیر قرار می‌دهد (۲). انجمن ملی ام اس در سال ۲۰۱۱ اعلام کرده است که بیشتر از ۲/۱ میلیون نفر در سراسر جهان به آن مبتلا هستند (۳). در حال حاضر تقریباً ۵۰۰ هزار بیمار مبتلا به ام اس در آمریکا وجود دارد و سالانه ۱۰۰۰۰ مورد جدید نیز به آن افزوده می‌شود (۴). میزان ابتلا به ام اس در ایران ۵۰ نفر در هر ۱۰۰ هزار نفر است (۵). بیماری ام اس مانند سایر بیماری‌های خودایمنی در زنان شیوع بیشتری دارد. در واقع این بیماری در زنان دو برابر بیشتر از مردان بروز می‌کند (۶ و ۷). نابهنجاری‌ها و آشفتگی‌های شایع در بیماران ام اس، شامل اختلالات خلقی و عاطفی می‌باشد که از مهم‌ترین این اختلالات می‌توان به اختلال افسردگی عمده^(۲)، افسرده خویی^(۳)، اختلال دوقطبی^(۴)، اختلال وحشتزدگی^(۵) و اختلال اضطراب فراگیر^(۶) اشاره کرد. افسردگی، شایع‌ترین و

1-Multiple Sclerosis: MS
2-Major Depression Disorder
3-Dysthymic
4-Bipolar Disorder
5-Panic Disorder
6-Generalized Anxiety Disorder
7-Resiliency

افراد تاب‌آور دارای منبع کنترل درونی، رفتارهای اجتماعی سازش یافته، همدلی با دیگران و خود پنداره مثبت هستند. آنها افرادی خوشبین و در سازماندهی مسئولیت‌های روزانه خود می‌باشند (۱۷). تاب‌آوری نقش میانجی بسیار مهمی در جلوگیری یا بروز خیلی از اختلالات‌های روانپزشکی از خود نشان می‌دهد. تاب‌آوری به واسطه کاهش هیجان‌های منفی و افزایش سلامت روان، رضایت بیشتر از زندگی را در پی دارد و به عنوان میانجی برای تسهیل غلبه بر مصائب، مشکلات، مقاومت در برابر استرس و از بین بردن اثرات روانی آنها عمل می‌نماید. تاب‌آوری به افراد توانایی می‌بخشد تا با ناملازمات و مشکلات زندگی و شغلی روبرو شوند (۱۸).

یکی از مداخلات درمانی جدید و مؤثر بر تاب‌آوری بیماران مبتلا به ام‌اس، درمان متمرکز بر شفقت^(۱) است. درمان متمرکز بر شفقت به وسیله گیلبرت و در پاسخ به این مشاهده تدوین شد که بسیاری از مردم، به ویژه افرادی که شرم و خودانتقادی بالایی دارند، هنگام ورود به درمان‌های سنتی در ایجاد صدای درونی مهربان و خود حمایت‌گر دشواری‌هایی داشتند (۱۹). درمان متمرکز بر شفقت بر چهار حوزه تجارب پیشین و تاریخچه‌ای، ترس‌های اساسی، راهکارهای احساس امنیت و پیامدها و نتایج پیش بینی نشده متمرکز است (۱۹). این درمان بر مبنای رویکرد تکاملی نسبت به کارکردهای روانشناختی است. بر اساس این رویکرد، انگیزش‌ها و قابلیت‌های شفقت ورزی با نظام‌های مغزی تکامل

یافته‌ای مرتبط است که زیر بنای رفتارهای دلبستگی، نوع دوستی و مهرورزی قرار دارند. کارکرد طبیعی شفقت نیز ایجاد رفتارهای مهرجویانه، فراهم کردن موقعیت‌هایی برای به هم پیوستگی، امنیت، تسکین بخشی، مشارکت، ترغیب و حمایت می‌باشد (۲۰). محور اصلی درمان متمرکز بر شفقت، پرورش ذهن شفقت ورز است؛ در حقیقت درمانگر با توضیح و تشریح مهارت‌ها و ویژگی‌های شفقت به مراجع، به تدریج این کار را انجام می‌دهد. بنابراین از طریق ایجاد و یا افزایش یک رابطه شفقت ورز درونی مراجعان با خودشان، به جای سرزنش کردن، محکوم کردن، و یا خودانتقادی، کمک لازم به مراجعان می‌شود (۲۱). دو هدف اساسی در رویکرد متمرکز بر شفقت شامل؛ کاهش خصومت خود جهت داده و توسعه توانایی‌های فرد جهت ایجاد احساس خود اطمینانی، مهربانی و خود تسکینی است که می‌تواند به عنوان پادزهری در برابر احساس تهدید شدگی عمل کنند. بخش اعظم فعالیت‌های درمان متمرکز بر شفقت بر روی ایجاد قابلیت شفقت ورزی متمرکز می‌باشند (۱۹).

در مطالعه‌های مختلفی اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت در بهبود شاخص‌های مرتبط با سلامت روان بررسی و تأیید شده است. کلی و همکاران در پژوهشی که با عنوان "گروه درمانی متمرکز بر شفقت به عنوان یک مکمل برای درمان بیماران سرپایی مبتلا به اختلالات خوردن انجام دادند،

1-Compassion-Focused Therapy(CFT)

افسردگی و نرخ تنفس در افراد دارای زوال عقل و همسران آنها و افزایش کیفیت زندگی در افراد مبتلا به زوال عقل مؤثر بود. میانگین نمرات اضطراب و افسردگی در خط پایه و پس از سنجش، در "طیف نرمال" قرار گرفت؛ اگرچه برای افراد دارای زوال عقل، یک کاهش معنی‌دار در افسردگی با اثری متوسط مشاهده شد. ۵۷ درصد افراد مبتلا به زوال عقل با نمرات خط پایه مرزی تا نابهنجار، بهبود بالینی معنی‌داری در اضطراب و افسردگی نشان دادند. برای همسران، ۸۰ درصد بهبود بالینی معنی‌داری در افسردگی و ۵۰ درصد نیز در اضطراب مشاهده شد. نرخ تنفسی برای بیماران مبتلا به زوال عقل و همسران آنها کاهش یافت، همچنین کیفیت زندگی افراد مبتلا به زوال عقل با اندازه اثری بزرگ بهبود یافت (۲۴).

بالا بودن مشکلات روانشناختی (افسردگی، اضطراب، استرس و خستگی) در میان بیماران مبتلا به ام اس موجب می‌شود، اکثر بیماران قادر به کنار آمدن با بیماری نباشند و تمام توجه و تمرکز خود را بر روی مسایل و مشکلات آینده خود متمرکز کنند. به علاوه اختلال در روابط زناشویی، تغییر در عملکرد جنسی، تغییر در اعتماد به نفس، تغییرات خلقی گذرا، محدود شدن فعالیت‌های اجتماعی و مشکلات اقتصادی توأم با مشکلات شغلی (۹) از مواردی است که باعث کاهش میزان تاب‌آوری این بیماران می‌گردد. همچنین شیوع بالا و سن پایین بروز ام اس در ایران

۲۲ بیمار سرپایی با انواع مختلف اختلالات خوردن به طور تصادفی در گروه‌های ۱۲ هفته‌ای درمان روتین و درمان روتین به همراه درمان متمرکز بر شفقت برای اختلال خوردن قرار گرفتند. شرکت کنندگان در هر دو شرایط، مقیاس‌های خودشفقت ورزی، ترس از شفقت، شرم و آسیب‌شناسی اختلال خوردن را در شرایط خط پایه، هفته چهارم، هفته هشتم، و هفته دوازدهم تکمیل کردند. به علاوه، شرکت کنندگانی که درمان متمرکز بر شفقت را دریافت می‌کردند، مقیاس‌هایی را تکمیل کردند که امکان سنجی و قابل پذیرش بودن گروه را می‌سنجیدند. نتایج نشان داد که گروه درمانی متمرکز بر شفقت که همراه با درمان روتین برای بیماران سرپایی مبتلا به اختلالات خوردن ارایه شده بود، توانست بهبود را برای بیماران به همراه داشته باشد (۲۲). ریز در پژوهشی که با هدف تأثیر شفقت بر علایم افسردگی در جمعیت غیربالینی انجام داد، دریافت که شفقت علایم افسردگی را پس از گذشت ۵ ماه پیش بینی می‌کند، به گونه‌ای که دانشجویانی که در مرحله خط پایه از شفقت بالاتری برخوردار بودند، در مقایسه با دانشجویانی که سطح شفقت پایین‌تری داشتند، پس از ۵ ماه میزان افسردگی کمتری را گزارش کرده بودند (۲۳). کولینز، گیلیگان و پوز در مطالعه‌ای به ارزیابی گروه درمانی مبتنی بر شفقت برای زوج‌هایی که زوال عقل را تجربه می‌کردند، پرداختند. نتایج مطالعه نشان داد که گروه درمانی متمرکز بر شفقت بر کاهش اضطراب،

و نیز دامنه وسیع پیامدهای روانی در این بیماران ضرورت توجه به آن را چندین برابر می‌کند. بنابراین، مداخلاتی که به این بیماران برای مقابله با چالش‌های فوق کمک کند، لازم و ضروری به نظر می‌رسد. درمان متمرکز بر شفقت رویکرد درمانی نوینی است که نتایج مطالعه‌های گوناگون، کارآیی آن را در درمان انواع مختلف اختلالات و مشکلات روان‌شناختی تأیید می‌کنند. با توجه به این موارد و از آنجا که تاکنون مطالعه‌ای به بررسی تأثیر درمان متمرکز بر شفقت بر تاب‌آوری بیماران مبتلا به ام اس نپرداخته است، لذا این مطالعه با هدف بررسی تأثیر درمان متمرکز بر شفقت بر تاب‌آوری زنان مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس انجام شد.

روش بررسی

مطالعه حاضر یک پژوهش آزمایشی بود که به شیوه پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل انجام گرفت. جامعه این مطالعه را کلیه بیماران زن مبتلا به ام اس تشکیل می‌دادند که دارای پرونده فعال در انجمن ام اس شهر تهران در سال ۱۳۹۵ بودند. پس از انجام هماهنگی‌های لازم با مسوولین انجمن و اطلاع‌رسانی و فراخوان تشکیل جلسه‌های درمانی، از میان بیماران زن متقاضی شرکت در جلسه‌ها، با توجه به ملاک‌های ورود و خروج به مطالعه و پس از غربالگری اولیه، ۳۰ بیمار زن که کمترین نمرات را در پرسشنامه تاب‌آوری به دست آورده بودند و از

تاب‌آوری کمتری نسبت به سایر افراد برخوردار بودند (در این پرسشنامه نمرات کمتر نشان‌دهنده میزان تاب‌آوری پایین‌تر فرد است)، به شیوه در دسترس انتخاب و با گمارش تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و کنترل قرار گرفتند. لازم به ذکر است برای طرح‌های تجربی، حجم نمونه با تعداد ۱۵ تا ۲۰ نفر آزمودنی کفایت می‌کند (۲۵). ملاک‌های ورود بیماران به مطالعه عبارت بودند از: دامنه سنی ۲۰-۴۵ سال، دارا بودن تحصیلات حداقل سیکل، تأیید بیماری به وسیله پزشک صاحب‌نظر و نتایج تست‌های تشخیصی از قبیل: MRI در انجمن ام اس، عدم ابتلا به مرحله شدید و حاد بیماری، حداقل یک‌سال ابتلا به بیماری، تکمیل فرم رضایت آگاهانه مبنی بر داوطلبانه بودن شرکت در جلسه‌ها و عدم دریافت خدمات مشاوره فردی خارج از جلسه‌های درمانی. داشتن ملاک‌های تشخیصی برای اختلالات بارز روانپزشکی بر اساس مصاحبه بالینی و مبتلا بودن به بیماری‌های جسمی هم‌زمان که به نوعی نتایج پژوهش را تغییر می‌داد، نیز به عنوان ملاک‌های خروج از پژوهش در نظر گرفته شدند. در این مطالعه مفاد مطرح شده در بیانیه هلسینکی رعایت گردید که از جمله آنها می‌توان به توضیح اهداف پژوهش و کسب رضایت آگاهانه از واحدهای مورد مطالعه، اختیاری بودن شرکت در پژوهش، حق خروج از مطالعه، بدون ضرر بودن مداخله، پاسخ به سؤالات و در اختیار قرار دادن نتایج در صورت تمایل اشاره

کرد (۲۶). پس از تکمیل پرسشنامه تاب‌آوری به وسیله شرکت کنندگان هر دو گروه، جلسه‌های درمان متمرکز بر شفقت در ۸ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای به شیوه گروهی و هفتگی برای شرکت کنندگان گروه آزمایش برگزار شد، در حالی که گروه کنترل مداخله‌ای دریافت ننمودند. بسته جلسه‌های درمانی بر اساس طرح درمانی گیلبرت (۲۱) تدوین گردید. پس از اتمام جلسه‌های درمانی، دو گروه به وسیله پرسشنامه پژوهش مجدداً مورد ارزیابی قرار گرفتند. پس از پایان مرحله پس‌آزمون، پژوهشگر جهت رعایت اصول اخلاقی و حرفه‌ای در پژوهش و همچنین تشکر و قدردانی از همکاری گروه کنترل، جلسه‌های درمانی را برای آنها نیز اجرا نمود. شرح مختصری از روند اجرای جلسه‌ها در جدول ۱ ارائه شده است.

برای گردآوری داده‌ها از مقیاس تاب‌آوری کانر- دیویدسون استفاده شد. این مقیاس شامل ۲۵ گویه ۵ گزینه‌ای (کاملاً نادرست، به ندرت درست، گاهی درست، اغلب درست، همیشه درست) است. حداقل نمره برای این پرسشنامه صفر و حداکثر آن ۱۰۰ است. کسب نمره بالاتر در این آزمون، نشان دهنده تاب‌آوری بیشتر می‌باشد (۱۵). در بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی، این مقیاس در شش گروه حمایت عمومی، مراجعه کنندگان به بخش مراقبت‌های اولیه، بیماران سرپایی روان پزشکی، بیماران با مشکل اختلال اضطراب فراگیر و دو گروه از بیماران مبتلا به استرس پس از سانحه، انجام شده است. تهیه

کنندگان این مقیاس بر این عقیده‌اند که این پرسشنامه به خوبی قادر به تفکیک افراد تاب‌آور از غیر تاب‌آور در گروه‌های بالینی و غیر بالینی بوده و می‌تواند در موقعیت‌های پژوهشی و بالینی مورد استفاده قرار گیرد (۲۷). محمدی (نقل از ۲۸) در تحقیق خود جهت تعیین روایی مقیاس تاب‌آوری از روش تحلیل عاملی استفاده نمود. وی تنها یک عامل با ارزش ویژه ۷/۰۳ استخراج کرد که این عامل ۲۸ درصد واریانس را تبیین می‌کرد. همچنین، به منظور تعیین پایایی این مقیاس، از روش ضریب آلفای کرونباخ استفاده و آن را ۰/۸۹ گزارش نمود. نتیجه تحلیل عاملی به روش مؤلفه‌های اصلی، وجود یک عامل کلی در مقیاس را نشان داد. ملاک استخراج عوامل، شیب منحنی Scree و ارزش ویژه بالاتر از یک بود. شاخص KMO ۰/۹۱ و ضریب کرویت بارتلت ۲۱۷۴ در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار گزارش شد که نشان دهنده کفایت نمونه‌گیری و ماتریس همبستگی بود. در پژوهشی که به وسیله سامانی، جوکار و صحراگرد انجام شد، پایایی این مقیاس به کمک ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۷ به دست آمد (۲۹). در پژوهش حاضر نیز همسانی درونی پرسشنامه با بهره‌گیری از آلفای کرونباخ پرسشنامه ۰/۷۶ محاسبه گردید.

داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS و آزمون‌های آماری تحلیل کوواریانس تک متغیره (آنکوا)، آزمون لوین و آزمون کولموگروف - اسمیرنوف تجزیه و تحلیل شدند.

جدول ۱: شرح مختصری از جلسات درمان متمرکز بر شفقت مبتنی بر طرح درمانی گیلبرت

تعداد جلسه‌ها	شرح جلسه‌ها
جلسه اول	اجرای پیش‌آزمون - آشنایی درمانگر و اعضای گروه با یکدیگر، گفتگو درباره هدف تشکیل جلسه‌ها و ساخت کلی آن، بررسی انتظارات از برنامه درمانی، آشنایی با اصول کلی درمان متمرکز بر شفقت و تمایز شفقت با تأسف برای خود.
جلسه دوم	توضیح و تشریح شفقت: این که شفقت چیست و چگونه می‌توان از طریق آن بر مشکلات فائق آمد. آموزش ذهن آگاهی همراه با تمرین واریسی بدنی و تنفس، آشنایی با سیستم‌های مغزی مبتنی بر شفقت.
جلسه سوم	آشنایی با خصوصیات افراد شفقت ورز، 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 احساس‌های خودتخریب‌گرانه. آموزش افزایش گرمی و انرژی، ذهن آگاهی، پذیرش، خرد و قدرت، گرمی و عدم قضاوت.
جلسه چهارم	ترغیب آزمودنی‌ها به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به عنوان «شفقت ورز» یا «غیر شفقت ورز» با توجه به مباحث آموزشی، شناسایی و کاربرد تمرین‌های "پرورش ذهن شفقت ورز"، ارزش شفقت، همدلی و همدردی نسبت به خود و دیگران.
جلسه پنجم	آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت (شفقت کلامی، شفقت عملی، شفقت مقطعی و شفقت پیوسته) و به کارگیری این روش‌ها در زندگی روزمره و برای والدین، دوستان و آشنایان.
جلسه ششم	آموزش مهارت‌های شفقت به شرکت کنندگان در حوزه های توجه شفقت ورز، استدلال شفقت ورز، رفتار شفقت ورز، تصویرپردازی شفقت ورز، احساس شفقت ورز و ادراک شفقت ورز، ایفای نقش فرد در سه بعد وجودی خود انتقادگر، خود انتقاد شونده و خود شفقت ورز با استفاده از تکنیک صندلی خالی گشتالت، پیدا کردن لحن و تن صدای خود انتقادگر و خود شفقت گر درونی هنگام گفتگوی درونی و مشابهت آن با الگوی گفتگوی آدم‌های مهم زندگی مانند پدر و مادر.
جلسه هفتم	پر کردن جدول هفتگی افکار انتقادگر، افکار شفقت ورز و رفتار شفقت ورز. پیدا کردن رنگ، مکان و موسیقی شفقت گر که اجزای تصویرپردازی‌های شفقت ورز می‌توانند باشند، کار بر روی ترس از شفقت به خود و موانع پرورش این خصیصه. آموزش تکنیک‌های تصویرپردازی ذهنی شفقت ورز، تنفس تسکین بخش ریتمیک، ذهن آگاهی و نوشتن نامه شفقت ورز.
جلسه هشتم	جمع بندی و نتیجه‌گیری و پاسخگویی به سؤالات اعضا و ارزیابی کل جلسه‌ها، تشکر و قدردانی از اعضا جهت شرکت در جلسه‌ها، اجرای پس آزمون.

یافته‌ها	آماري معنی دار می‌باشند یا خیر، از تحلیل کوواریانس
جدول ۲ بیانگر میانگین و انحراف معیار متغیر	تک متغیره استفاده شد. استفاده از این آزمون مستلزم
تاب‌آوری در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون دو	رعایت چند پیش فرض اولیه است، این پیش فرض‌ها
گروه کنترل و آزمایش است. همان طور که اطلاعات	شامل: نرمال بودن توزیع نمرات، همگنی واریانس‌ها،
جدول فوق نشان می‌دهد، میانگین نمرات تاب‌آوری	همگنی شیب‌های رگرسیون و خطی بودن رابطه بین
گروه آزمایش در مرحله پیش‌آزمون ۶۶/۷۳ و در	متغیر همپراش و وابسته می‌باشد، که ابتدا به بررسی
مرحله پس‌آزمون ۸۷/۳۳ می‌باشد. همان‌طور که	این پیش‌فرض‌ها پرداخته می‌شود. برای بررسی نرمال
ملاحظه می‌شود، نمرات آزمودنی‌های گروه آزمایش	بودن توزیع نمرات از آزمون
در متغیر تاب‌آوری در مرحله پس‌آزمون افزایش یافته	کولموگروف- اسمیرنوف استفاده گردید. با توجه به
است. برای دانستن این مطلب که این تغییرات حاصل	این که مقادیر آزمون کولموگروف- اسمیرنوف برای
شده در پس‌آزمون متغیر مورد پژوهش به لحاظ	متغیر تاب‌آوری در هیچ یک از مراحل پیش‌آزمون و

نتایج این آزمون در جدول ۳ ارایه گردیده است.

با توجه به نتیجه تحلیل کواریانس تک متغیره که در جدول فوق آمده است، معنی‌داری مقدار F برای تاب‌آوری ($F = 78/63$ و $p < 0/01$) نشان می‌دهد که اثر گروه (درمان) معنی‌دار است، بدین معنا که پس از تعدیل اثر پیش‌آزمون، تفاوت ایجاد شده در میانگین نمرات پس‌آزمون دو گروه در میزان تاب‌آوری معنی‌دار است. با توجه به میانگین نمرات تاب‌آوری گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون ($87/33$) و گروه کنترل در این مرحله ($58/80$)، ملاحظه می‌شود که میانگین نمرات تاب‌آوری گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل بیشتر است که نشان از اثر الگوی درمانی بر افزایش تاب‌آوری این گروه دارد. مجذور اتا نیز نشان می‌دهد که ۷۴ درصد از تغییرات به وجود آمده ناشی از اثر درمان متمرکز بر شفقت است.

پس‌آزمون در گروه‌های آزمایشی و کنترل معنی‌دار نشد ($p > 0/05$)، لذا می‌توان نتیجه گرفت که توزیع نمرات در متغیر تاب‌آوری نرمال می‌باشد. برای بررسی همگنی واریانس‌های گروه‌های آزمایش و کنترل از آزمون لوین استفاده شد. عدم معنی‌داری این آزمون برای متغیر تاب‌آوری ($F_{1,28} = 0/291$ و $P > 0/05$)، نشان داد پیش‌فرض برابری واریانس‌ها در گروه آزمایش و کنترل در متغیر تاب‌آوری تأیید می‌شود. برای بررسی پیش‌فرض همگنی شیب‌های رگرسیون، تعامل گروه و پیش‌آزمون بررسی شد که نتایج حاکی از عدم معنی‌داری این تعامل ($F = 0/620$ و $p > 0/05$) و رعایت شدن این پیش‌فرض داشت. نتایج پیش‌فرض خطی بودن نیز حاکی از تأیید شدن این پیش‌فرض داشت ($F = 56/55$ و $p < 0/01$).

با توجه به این که پیش‌فرض‌های استفاده از آزمون تحلیل کواریانس رعایت شده است،

جدول ۲: میانگین و انحراف استاندارد متغیر تاب‌آوری در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل

	گروه کنترل			گروه آزمایش		
	انحراف معیار	میانگین	تعداد	انحراف معیار	میانگین	تعداد
تاب‌آوری پیش‌آزمون	۱۶/۰۱	۵۹	۱۵	۱۴/۲۷	۶۶/۷۳	۱۵
تاب‌آوری پس‌آزمون	۱۵/۸۵	۵۸/۸۰	۱۵	۷/۰۶	۸۷/۳۳	۱۵

جدول ۳: نتایج تحلیل کواریانس تک متغیره جهت بررسی اثر درمان در متغیر تاب‌آوری

منابع تغییر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معنی‌داری	مجذور اتا
اثر گروه (درمان)	۳۸۵۸/۵۱	۱	۳۸۵۸/۵۱	۷۸/۶۳	۰/۰۰۱	۰/۷۴
واریانس خطا	۱۳۲۴/۷۸	۲۷	۴۹/۰۶۶	-	-	-
واریانس کل	۱۷۰۳۶۸	۳۰	-	-	-	-

بحث

مالتیپل اسکلروزیس نوعی بیماری خودایمنی و پیشرونده سیستم عصبی مرکزی است که غلاف میلین را تخریب می‌کند و باعث شکل‌گیری پلاک‌هایی در قسمت‌هایی از ماده سفید مغز و نخاع می‌گردد و مناطق زیر قشری را درگیر می‌کند (۱). پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر درمان متمرکز بر شفقت بر تاب‌آوری زنان مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس طراحی و انجام شد. طبق نتایج به دست آمده، فرضیه پژوهش مبنی بر اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر افزایش تاب‌آوری زنان مبتلا به ام اس مورد تأیید قرار گرفت و در مرحله پس از مداخله، بیماران تاب‌آوری بیشتری را نسبت به مرحله قبل از مداخله نشان دادند. مطالعه‌ای که نتایج آن به صورت مستقیم در راستای یافته‌های این مطالعه باشد، مشاهده نشد، اما نتایج به دست آمده در این پژوهش به صورت غیر مستقیم با یافته‌های برخی تحقیق‌های پیشین که اثر بخشی درمان متمرکز بر شفقت را تأیید نموده بودند، هم‌سو می‌باشد. لوکر و کورتن اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت را در کاهش خودانتقادی، افکار خودتخریب و نشخوار فکری بیماران دارای اختلال شخصیت تأیید نمودند (۳۰). براهلر و همکاران در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که درمان متمرکز بر شفقت در ارتقاء بهبود هیجانی بیماران مؤثر است (۳۱). اشوردت، گریسی و گیلبرت در پژوهش خود گزارش نمودند که درمان متمرکز بر شفقت بر مفهوم‌سازی پاسخ‌های هیجانی

بعد از آسیب تروماتیک مغزی مؤثر است (۱۹). لیویس و یوتلی نیز در تحقیقی نشان دادند درمان متمرکز بر شفقت در بهبود خود انتقادی مؤثر بوده است (۳۲). در پژوهشی دیگر ایمری و تروپ نشان دادند، آموزش خودشفقت ورزی باعث بهبود استرس، عزت نفس و خود تسکینی بیماران بستری در آسایشگاه روزانه شده بود (۳۳). همچنین یافته‌های این مطالعه با نتایج پژوهش‌های بوئرسما و همکاران (۳۴)، گالی و همکاران (۳۵) و جاج و همکاران (۳۶) مبنی بر اثر بخشی درمان متمرکز بر شفقت هم‌سو و در تأیید آنها می‌باشد.

در تبیین یافته‌های این مطالعه می‌توان گفت در بیماران مبتلا به ام اس که با اختلال‌های روان‌شناختی از جمله افسردگی و اضطراب درگیر هستند، سیستم تهدید و محافظت از خود، به نوعی پرکاری شدید دچار است که نتیجه آن سطوح بالای استرس و نگرانی در این افراد خواهد بود؛ از طرف دیگر سیستم رضایت و تسکین نیز در این افراد سطح رشد یافتگی پایین‌تری دارد، زیرا آنها هرگز فرصت تحول این سیستم را نداشته‌اند. درمان متمرکز بر شفقت برای این افراد مانند فیزیوتراپی ذهن عمل می‌کند؛ یعنی با تحریک سیستم تسکین بخشی، زمینه تحول آن را فراهم می‌کند و با تحول این سیستم تاب‌آوری در برابر افسردگی و اضطراب را بالا می‌برد و در نهایت منجر به بهبود تاب‌آوری می‌گردد (۲۱). مؤلفه دیگر در اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت ذهن آگاهی است. سازه شفقت به خود بسیاری از جهات می‌تواند نوعی

خودآیند منفی خواهد داشت (۳۸). نف و مک گیاهی معتقدند که به کمک درمان متمرکز بر شفقت، فرد نسبت به گذشته جرأت‌مندتر شده و می‌تواند چرخه معیوب انتقاد نسبت به خویش و هم‌چنین ترسیم انتظارات سطح بالا از خود را مورد سؤال قرار دهد و با نگاهی جدید و دلسوزانه نسبت به خود، معیارهای واقعی و توقع‌های قابل دستیابی که مستلزم سختی و آزار نباشد را باز طراحی کند (۳۸) که تمامی این موارد منجر به افزایش تاب‌آوری افراد می‌گردد. هر مطالعه با محدودیت‌هایی رو به روست، اجرای پژوهش بر روی بیماران مبتلا به ام اس شهر تهران، تعمیم نتایج آن را به دیگر شهرها و مناطق با مشکل مواجه می‌سازد. شیوه نمونه‌گیری در دسترس، خود گزارشی بودن ابزار مورد استفاده و عدم وجود مرحله پیگیری در این پژوهش نیز از محدودیت‌های دیگر تحقیق حاضر است که باید به آن توجه نمود. در اغلب پژوهش‌های علوم رفتاری، معمولاً متغیرهای مداخله‌گر زیادی به جز متغیر مستقل به طور هم‌زمان وارد پژوهش می‌شوند و متغیر وابسته را تحت تأثیر خود قرار می‌دهند. این گونه متغیرها غالباً به سختی شناسایی می‌شوند و حذف اثرات آنها بسیار دشوار است، لذا نادیده گرفتن اثرات این گونه عوامل، ممکن است زمینه کاهش تکرارپذیری نتایج را فراهم نماید.

با توجه به نتایج حاصل از این پژوهش پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده جهت تعیین دقیق‌تر اثرات درمانی رویکرد متمرکز بر شفقت، مرحله پیگیری نیز گنجانده شود و نتایج آنها با نتایج

راهبرد مقابله هیجان محور باشد، چرا که آگاهی ذهن آگاهانه از هیجان‌های خود، عدم اجتناب از احساس‌های دردناک و ناراحت کننده و نزدیکی همراه با مهربانی، فهم و احساس اشتراک‌های انسانی به آنها، نیازمند است. در واقع افراد در این مدل ابتدا با استفاده از ذهن آگاهی، تجربه هیجانی خودشان را می‌شناسند و سپس نگرشی مشفقانه نسبت به احساسات منفی خود پیدا می‌کنند (۳۷). در درمان متمرکز بر شفقت، افراد می‌آموزند که از احساس‌های دردناک خود اجتناب نکرده و آنها را سرکوب نکنند، بنابراین می‌توانند در گام اول تجربه خود را بشناسند و نسبت به آن احساس شفقت داشته باشند. سپس نگرش شفقت گونه‌ای به خود داشته باشند که نیازمند اتخاذ چشم‌انداز روانی متعادلی به نام ذهن آگاهی است. ذهن آگاهی یک حالت متعادل است که مستلزم مشاهده کامل و پذیرش پدیده‌های هیجانی و روانی است که برانگیخته می‌شوند. زمانی که افراد نسبت به افکار دردناک خود آگاه نیستند، تجارب خود را همان‌طور که هستند، نمی‌پذیرند و این نپذیرفتن ممکن است خود را به صورت ممانعت از آوردن این افکار به هشیاری نشان دهد. در این روش درمانی به جای تمرکز بر تغییر خودارزیابی افراد، رابطه افراد با خودارزیابی آنان تغییر می‌یابد. در تمرین‌های شفقت بر آرمیدگی، ذهن آرام و دلسوز و ذهن آگاهی تأکید می‌شود که نقش بسزایی در آرامش ذهن فرد، کاهش استرس و افکار

سطح عملی، یافته‌های پژوهش حاضر می‌تواند برای تدوین برنامه‌های درمانی مورد استفاده قرار گیرد.

تقدیر و تشکر

گروه پژوهشی لازم می‌دانند تا از مسئولین محترم انجمن ام اس شهر تهران و تمامی بیماران عزیزی که صمیمانه محققین را یاری نمودند، کمال تشکر و قدردانی را داشته باشند. پژوهش حاضر با هزینه شخصی نویسندگان انجام شده است.

این پژوهش مقایسه شود. پیشنهاد می‌گردد که محققین تأثیر این مدل درمانی را بر سایر متغیرهای بالینی مورد بررسی قرار داده و همچنین در قالب طرح‌های پژوهشی موردی، فرایندهای مختلف درمان را مورد بررسی قرار دهند. با توجه به نتایج به دست آمده در پژوهش حاضر توصیه می‌شود مطالعه‌های آتی، پایداری اثرات درمان در دوره‌های سه ماهه یا شش ماهه، تأثیر درمان متمرکز بر شفقت بر روی سایر ناسازگاری‌های روان‌شناختی در بیماران مبتلا به ام اس و میزان گستردگی ناتوانی را مورد بررسی قرار دهند. همچنین استفاده فراگیر از روش‌های کل نگر، تیمی و بین رشته‌ای در درمان بیماران ام اس، تدوین برنامه‌های پیشگیرانه بر اساس رویکرد مبتنی بر شفقت و استفاده از نقش پیشگیرانه آن به منظور حمایت از آنها در برابر رویدادهای استرس‌زای زندگی، به متخصصین و درمان‌گران پیشنهاد می‌گردد.

نتیجه‌گیری

یافته‌های این مطالعه حاکی از اثر بخش بودن درمان متمرکز بر شفقت بر افزایش تاب‌آوری بیماران زن مبتلا به ام اس بود. از دست‌آوردهای این پژوهش می‌توان در دو سطح نظری و عملی به این شرح نتیجه‌گیری کرد. در سطح نظری نتایج این پژوهش می‌تواند نتایج پژوهش‌های پیشین را تأیید کند. در

REFERENCES

1. Esfandeh K, Jamalpour S, Majdinasab N, Emami Dehcheshmeh SF, Abdolkhani F, Rezvani R. Comparison of short term memory in relapsing remitting multiple sclerosis patients with and without depression and normal adults resident in Ahwaz province. *Jundishapur Sci Med J* 2016; 15(4): 461-73.
2. Solari A, Radice D. Health status of people with multiple sclerosis a community mail survey. *Neurol Sci* 2001; 22(4): 307-15.
3. Moss-Morris R, McCrone P, Yardley L, van Kessel K, Wills G, Dennison L. A pilot randomised controlled trial of an Internet-based cognitive behavioural therapy self-management programme (MS Invigor8) for multiple sclerosis fatigue. *Behav Res Ther* 2012; 50(6): 415-21.
4. Masudi R, Mohammadi I, Ahmadi F, HasanpourDehkordi A. The effect of self-care program education based on Orem's theory on mental aspect of quality of life in multiple sclerosis patients. *Iran J Nurs* 2009; 22(60): 53-64.
5. Seyedfatemi N, Heydari M, Hoseini AF. Self-esteem and its associated factors in patients with multiple sclerosis. *Iran J Nurs* 2012; 25(78): 14-22.
6. McReynolds CJ, Koch LC, Rumrill P. Psychosocial adjustment to multiple sclerosis: Implications for rehabilitation professionals. *J Vocat Rehabil* 1999; 12(2): 83-91.
7. Kenner M, Menon U, Elliott DG. Multiple sclerosis as a painful disease. *Int Rev Neurobiol* 2007; 79: 303-21.
8. Jahanbakhshian N, Zaharakar K, Davarniya R. A study on the effectiveness of caregivers' group supportvetraining intervention on the mental health of MS patients. *RJMS* 2016; 23(144): 19-29.
9. Milo R, Osherov M. Daclizumab and its use in multiple sclerosis treatment. *Drugs Today (Barc)* 2017; 53(1): 7-18.
10. Siegert RJ, Abernethy DA. Depression in multiple sclerosis: a review. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2005; 76(4): 469-75.
11. Jean VM, Beatty WW, Paul RH, Mullins L. Coping with general and disease-related stressors by patients with multiple sclerosis: relationships to psychological distress. *Mult Scler* 1997; 3(3): 191-6.
12. Schubert D, Foliart RH. Increased depression in multiple sclerosis: A Meta-analysis. *Psychosomatics* 1993; 34(2): 124-30.
13. Taormina RJ. Adult personal resilience: A new theory, new measure, and practical implications. *Psychological Thought* 2015; 8(1): 35-46.
14. Kross EK, Hough CL. Broken Wings and Resilience after Critical Illness. *Ann Am Thorac Soc* 2016; 13(8): 1219-20.
15. Salimi A, Abbasi A, Zaharakar K, Tameh B, Davarniya R. The effect of group based hope therapy on resiliency of mothers of children with autism spectrum disorder. *Armaghane Danesh* 2017; 22(3): 350-6.
16. Belsky J. Developmental origins of attachment styles. *Attachment and Human Development* 2002; 4(2): 166-70.
17. Rezaei Z, Jalili Nikoo S, Nejati Nezhad N, Ghasemi Jobaneh R, Nooryan K. Effectiveness of existential psychotherapy in increasing the resiliency of infertile women. *Armaghane Danesh* 2015; 20 (5): 453-59.
18. Azadi S, Azad H. The Correlation of Social Support, Tolerance and Mental Health in Children of Martyrs and War-disabled in Universities of Ilam. *Iran J War Public Health* 2011; 3(4): 48-58.
19. Ashworth F, Gracey F, Gilbert P. Compassion focused therapy after traumatic brain injury: Theoretical foundations and a case illustration. *Brain Impairment* 2011; 12(2): 128-39.
20. Depue RA, Morrone-Strupinsky JV. A neurobehavioral model of affiliative bonding: implications for conceptualizing a human trait of affiliation. *Behav Brain Sci* 2005; 28(3): 313-50.
21. Gilbert P. Introducing compassion-focused therapy. *Advances in Psychiatric Treatment* 2009; 15(3): 199-208.
22. Kelly AC, Wisniewski L, Martin-Wagar C, Hoffman E. Group-based compassion-focused therapy as an adjunct to outpatient treatment for eating disorders: A pilot randomized controlled trial. *Clinical Psychology & Psychotherapy* 2017; 24(2): 475-87.
23. Raes F. The effect of self-compassion on the development of depression symptoms in a nonclinical sample. *Mindfulness* 2011; 2(1): 33-6.
24. Collins RN, Gilligan LJ, Poz R. The evaluation of a compassion-focused therapy group for couples experiencing a dementia diagnosis. *Clin Gerontol* 2017; 11: 1-13.

25. Farahani HA, Arizi HR. Translated: Methods in behavioral sciences. Cozby PC meditor. 1th ed. Tehran: Nashr Ravan Publishing 2008; 77-8.
26. World Medical A. World medical association declaration of helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. JAMA 2013; 310(20): 2191-4.
27. Sardarzadeh F, Jian Bagheri M, malake FM. The role of resilience in reduction of job stress and job burnout among employees of satellite project of Iranian offshore oil company. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry 2017; 3(4): 61-77.
28. Balochi H, Bozorgmanesh M, Amirfakhraei A, Shafaat T. The intermediate rolle of resilience mediation in the relationship between the meaning of life and spiritual health with the mental health in patients with colon cancer. J Res Behav Sci 2018; 15(4): 411-9.
29. Samani S, Jokar B, Sahragard N. Effects of resilience on mental health and life satisfaction. IJPCP 2007; 13(3): 290-5.
30. Lucre KM, Corten N. An exploration of group compassion-focused therapy for personality disorder. Psychol Psychother 2013; 86(4): 387-400.
31. Braehler C, Gumley A, Harper J, Wallace S, Norrie J, Gilbert P. Exploring change processes in compassion focused therapy in psychosis: results of a feasibility randomized controlled trial. Br J Clin Psychol 2013; 52(2): 199-214.
32. Leaviss J, Uttley L. Psychotherapeutic benefits of compassion-focused therapy: an early systematic review. Psychol Med 2015; 45(5): 927-45.
33. Imrie S, Troop NA. A pilot study on the effects and feasibility of compassion-focused expressive writing in day hospice patients. Palliat Support Care 2012; 10(2): 115-22.
34. Boersma K, Håkanson A, Salomonsson E, Johansson I. Compassion focused therapy to counteract shame, self-criticism and isolation. A replicated single case experimental study for individuals with social anxiety. Journal of Contemporary Psychotherapy 2015; 45(2): 89-98.
35. Gale C, Gilbert P, Read N, Goss K. An evaluation of the impact of introducing compassion focused therapy to a standard treatment programme for people with eating disorders. Clin Psychol Psychother 2014; 21(1): 1-12.
36. Judge L, Cleghorn A, McEwan K, Gilbert P. An exploration of group-based compassion focused therapy for a heterogeneous range of clients presenting to a community mental health team. Int J Cogn Ther 2012; 5(4): 420-29.
37. Neff KD, Germer CK. A pilot study and randomized controlled trial of the mindful selfcompassion program. J Clin Psychol 2013; 69(1): 28-44.
38. Neff KD, McGehee P. Self-compassion and psychological resilience among adolescents and young adults. Self and Identity 2010; 9(3): 225-40.

The Effect of Compassion-Focused Therapy (CFT) on Resiliency of Women with Multiple Sclerosis (MS)

Ghator Z¹, Pouryahya SM², Davarniya R^{3*}, Salimi A³, Shakarami M⁴

¹Department of Educational Psychology, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran, ²Department of Counseling, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran, ³Department of Counseling, Kharazmi University, Tehran, Iran, ⁴Department of Counseling, University of Isfahan, Isfahan, Iran.

Received: 7 May 2017

Accepted: 11 June 2018

Abstract

Background & Aim: Multiple Sclerosis is a chronic progressive disease of the central nervous system with various physical and psychological disabling symptoms that causes many problems for the patient. The aim of this study was to investigate the effect of compassion-focused therapy on resiliency in women with multiple sclerosis.

Methods: This research was an experimental intervention using a post-test pre-test with control group. The research population consisted of all female patients with active case in MS Society of Tehran in 2016. The sample consisted of 30 female patients who were selected according to the criteria of entry and exit, and the acquired scores in the questionnaire were selected by random sampling and randomly assigned to experimental and control groups. The instrument was the Conner-Davidson Resilience Scale. After taking the pretest from both groups, the experimental group received 8 consecutive two-hour treatment-centered compassion-based treatments in a group and weekly manner. The control group was placed on the waiting list. Data were analyzed by SPSS software using ANOVA test (ANCOVA).

Result: The mean and standard deviation of the scores of the subjects in the experimental group were 66.73 ± 14.27 in the pre-test and 87.33 ± 7.6 in the post-test phase. In the control group, the mean and standard deviation of the resiliency scores before and after the intervention were 59 ± 16.01 and 58.8 ± 15.85 . The results of covariance analysis showed that there is a significant difference between the mean of the experimental and control groups with the control of the effect of the test ($F=78.63$ and $p<0.01$), which indicates the effectiveness of compassion-focused therapy in increasing the resilience of the interventional subjects.

Conclusion: CFT, as a new therapeutic method, is likely to be an appropriate intervention for reducing psychological problems and increasing mental health among MS patients. It is recommended that MS associations across Iran would use this therapeutic method for enhancing psychological health of patients.

Keywords: Compassion-Focused Therapy, Multiple Sclerosis, Resiliency

*Corresponding Author: Davarniya R, Department of Counseling, Kharazmi University, Tehran, Iran
Email: rezadavarniya@yahoo.com

Please cite this article as follows:

Ghator Z, Pouryahya SM, Davarniya R, Salimi A, Shakarami M. The Effect of Compassion-Focused Therapy (CFT) on Resiliency of Women with Multiple Sclerosis (MS). *Armaghane-danesh*, 2018; 23(3): 350-363