

Study of effectiveness of compassion-focused therapy on increasing the psychological well-being in patients with multiple sclerosis

Hassan Aghaee Khaje Langi*

Hamid Taher Neshat Doost**

Mohammad Reza Najafi***

Mojtaba Rezaei****

Abstract

Multiple sclerosis (MS) is a chronic and progressive CNS disease that is characterized and identified by the destruction of myelin sheath. Considering the psychological symptoms and early intervention can be effective in rehabilitation and improvement of life quality. This research was conducted to aim study of the effectiveness of compassion -focused therapy on increasing psychological well-being in patients with multiple sclerosis (MS) in Isfahan city in a quasi-experimental design with pre-test, post-test, and follow- up with control group. 24 referring to a clinics of brain and neurology select using purposive sampling method and were randomly assigned to experimental (n = 12) and control groups (n = 12). The experimental group participants received 8 sessions (every session 90 minutes) of compassion-focused therapy and control group participants did not receive any intervention, and finally, both groups were re-evaluated. The participants were assessed in Psychological Well-being Inventory (Ryff & Singer). The data were analyzed using analysis of variance with repeated measurements. The findings showed that has been increased psychological well-being the participants in the experimental group compared to the control group. In whole, a compassion focused therapy can increase psychological well-being in these patients and this therapeutic intervention is justifiable on Iranian population.

Keywords: Compassion-focused therapy, psychological well-being, multiple sclerosis

* **Corresponding Author:** MA Clinical Psychology, Islamic Azad University of Sciences & Research Branch Isfahan, Isfahan, Iran (h.ghaee69@gmail.com)

** Professor, Department of Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran

*** Professor, Department of Neurology, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

**** MA Clinical Psychology, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

بررسی اثربخشی درمان شفقت محور بر افزایش بهزیستی روان‌شناختی در بیماران مبتلا به اسکروز چندگانه

حسن آقائی خواجه لنگی *

حمیدطاهر نشاط دوست **

محمدرضا نجفی ***

مجتبی رضایی ****

چکیده

اسکروز چندگانه (ام.اس) یک بیماری مزمن و پیشرونده اعصاب مرکزی می‌باشد که با تخریب غلاف میلین مشخص می‌شود. بدین منظور توجه به علائم روان‌شناختی و مداخله به موقع می‌تواند در باز توانی و بهبود کیفیت زندگی این بیماران مؤثر باشد. این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی شفقت محور بر افزایش بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به اسکروز چندگانه در شهر اصفهان انجام شد. پژوهش حاضر نیمه تجربی و از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه آزمایش و کنترل بود. ۲۴ مراجعه‌کننده به یکی از کلینیک‌های مغز و اعصاب به روش نمونه‌گیری هدفمند داوطلبانه انتخاب و به طور تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۲ نفر) گمارده شدند. شرکت‌کنندگان گروه آزمایش در هشت جلسه‌ی نود دقیقه‌ای به صورت گروهی تحت آموزشی درمان شفقت محور قرار گرفتند و شرکت‌کنندگان گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکردند و در پایان هر دو گروه مجدداً ارزیابی شدند. شرکت‌کنندگان در پرسش‌نامه‌ی بهزیستی روان‌شناختی (ریف و

* کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، واحد علوم تحقیقات اصفهان، اصفهان، ایران (نویسنده مسئول)
h.aghatee69@gmail.com

** استاد گروه روان‌شناسی دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

*** استاد گروه نورولوژی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

**** کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران

سینگر) مورد سنجش قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از روش آماری تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مورد تحلیل قرار گرفتند. یافته‌ها نشان داد که اثر مرحله درمان شفقت‌محور باعث افزایش و بهبود بهزیستی روان‌شناختی شرکت‌کنندگان گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شده است. در کل، درمان شفقت‌محور می‌تواند موجب افزایش بهزیستی روان‌شناختی در این بیماران شود و این مداخله درمانی بر روی جمعیت ایرانی توجیه‌پذیر است.

واژه‌های کلیدی: درمان شفقت محور، بهزیستی روان‌شناختی، اسکروز چندگانه

مقدمه

اسکروز چندگانه (ام.اس.)^۱، بیماری بسیار پیچیده با ویژگی‌های آسیب‌شناختی و کلینیکی متفاوت که بین افراد جوان بالغ بسیار شایع است و بر اثر از بین رفتن غلاف میلین سیستم مرکزی به وجود می‌آید (بهروزی، عاطفی‌منش و کریم‌نژاد، ۱۳۹۷). در دهه‌های اخیر با تغییرات ایجادشده در شیوه‌های زندگی و پیشرفت علم و فناوری، سیمای سلامت به مقدار زیادی تغییر چهره داده است به طوری که در منطقه خاورمیانه بیماری‌های مزمن حدود ۴۷ درصد از کل بیماری‌ها را به خود اختصاص داده است و منجر به ۸۰ درصد مرگ‌ومیر در کشورهای با درآمد پایین تا متوسط می‌گردد (رفیعی، سلیمانی و سیدفاطمی، ۱۳۹۰). شیوع این بیماری در زنان دو برابر مردان بوده ولی پیش‌آگهی در مردان بدتر است (بتوکس و بنت^۲، ۲۰۱۱). در مطالعه صحرائیان، خرمیان، ابراهیمی، معین‌فر، لطفی و پاکدامن^۳ (۲۰۱۰)، مشخص شد که ایران طی سال‌های اخیر از ناحیه با شروع کم، خارج و در حالت تبدیل شدن به منطقه‌ای با شیوع متوسط تا بالا است. میانگین سنی ابتلا به این بیماری نیز ۲۷/۲۴ گزارش شده است. در یکی از آخرین مطالعات نیز در سال ۲۰۱۰ شیوع این بیماری ۷۳/۳ درصد هزار و بروز آن طی سال‌های ۲۰۰۳ تا ۲۰۱۰ نزدیک به ۹ نفر در صد هزار برای هر سال گزارش شده است. همچنین طی گزارش‌های اخیر، اصفهان به‌عنوان یکی از مناطق با بیشترین خطر بیماری اسکروز چندگانه در آسیا و اقیانوسیه معرفی شده است (اعتمادی‌فر و

1. multiple sclerosis

2. Bethoux & Bennett

3. Sahraian, Khorramnia, Ebrahim, Moinfar, Lotfi, & Pakdaman

ابطحی^۱، ۲۰۱۲).

برای غلبه واقعی بر این بیماری باید تا حد امکان بیماری را تعدیل و اصلاح کرد، علائم بیماری باید کنترل شوند و به فرد مبتلا کمک‌شده تا کیفیت زندگی را بهبود بخشد (آقاباقری، محمدخانی، عمرانی و فرهمند، ۱۳۹۱). مطالعات نیز نشان می‌دهد که حدود ۴۰ تا ۶۰ درصد بیماران مبتلابه اسکروز چندگانه از افسردگی و حدود ۳۷ تا ۴۰ درصد نیز از اضطراب رنج می‌برند که به شدت بر کیفیت زندگی این بیماران تأثیرگذار است (کیرچنر و لارا^۲، ۲۰۱۱)؛ بنابراین مطالعات مداخله‌ای جدید بایستی عوامل روان‌شناختی مرتبط با سلامت این بیماران را مورد توجه قرار دهند و تنها به آسیب‌های جسمی و ناتوانی جسمی آن‌ها بسنده نکنند (متیچل، بنیتو لئون، مورالس گنزالس و اورا-ناوارو^۳، ۲۰۰۵). بهزیستی روان‌شناختی^۴ مفهومی است که به طور مستقیم با سلامت روان و کیفیت زندگی مرتبط است، در دو دهه اخیر در ادبیات پژوهشی به وفور مورد بررسی گرفته است و دامنه مطالعات آن، از حوزه زندگی فردی به تعاملات اجتماعی کشیده شده است (دودگ، دالی، هایتون و سندرز^۵، ۲۰۱۲).

بهزیستی روان‌شناختی تلاش برای کمال در جهت تحقق توانایی‌های بالقوه واقعی فرد است (ریف^۶، ۱۹۹۵). در اصل مفهوم بهزیستی به عملکرد و تجارب روان‌شناختی مطلوب اشاره دارد. نظریه پردازان معتقدند که موضوع بهزیستی پیچیده و قابل بحث است تا جایی که از آغاز تاریخ تفکر بشری بحث‌های قابل توجهی راجع به آنچه تجارب بهینه تعریف شده است و آنچه زندگی مطلوب را می‌سازد، مطرح است (رایان و دسی^۷، ۲۰۰۱). ریف و سینگر^۸ (۲۰۰۸)، شش عامل به‌عنوان مؤلفه‌های بهزیستی روانی معرفی می‌کنند که شامل بعدها تسلط بر محیط^۹، رشد

1. Etemadifar & Abtahi
2. Kirchner & Lara
3. Mtichell, Benito-leon, Morales Gonzales, & Evera- Navarro
4. psychological well- being
5. Dodge, Daly, Huyton, & Sanders
6. Ryff
7. Ryan & Deci
8. Singer
9. environmental mastery

فردی^۱، زندگی هدفمند^۲، خودمختاری^۳، پذیرش خود^۴ و روابط مثبت با دیگران^۵ می‌باشد (ظریف گلباریزدی، آقامحمدیان شعرباف، موسوی‌فر و معینی‌زاده، ۱۳۹۱). درمان قطعی برای بیماری اسکروز چندگانه وجود ندارد، اما تدابیری برای کاهش علائم و حمایت از بیماران در دست است. غیر از درمان‌های دارویی از درمان‌های دیگر می‌توان جهت کنترل بیماری استفاده کرد (مشتاق عشق، نقوی، رشوند، علوی‌مجد و بنادرخشان، ۱۳۸۹).

یکی از درمان‌های روان‌شناختی که اخیراً مورد توجه قرار گرفته است و ریشه در موج سوم رفتاردرمانی دارد، درمان شفقت محور^۶ است. نف^۷ (۲۰۰۳) شفقت به خود را به‌عنوان سازه‌ای سه سه مؤلفه‌ای، شامل این موارد تعریف می‌کنند: مهربانی با خود در مقابل قضاوت خود (درک خود به‌جای قضاوت یا انتقاد و نوعی مهرورزی و حمایت نسبت به کاستی‌ها و بی‌کفایتی‌های خود)، اشتراک‌های انسانی در مقابل انزوا (اعتراف به این‌که همه انسان‌ها دارای نقص هستند و اشتباه می‌کنند) و به‌هشیاری^۸ در مقابل همسان‌سازی افراطی (آگاهی متعادل و روشن از تجارب زمان حال که باعث می‌شود جنبه‌های دردناک یک تجربه، نه نادیده گرفته شوند و نه به‌طور مکرر ذهن را اشغال کنند)؛ امروزه ترکیب این سه مؤلفه مرتبط، مشخصه فردی است که نسبت به خود شفقت دارد (نف، ۲۰۰۳، ۲۰۰۹). مطالعات زیادی نشان داده‌اند که شفقت به خود بالاتر، با اضطراب و افسردگی پایین‌تر مرتبط است (نف، ۲۰۰۳، نف، رود و کرک‌پاتریک^۹، ۲۰۰۷ و نف، پیسیت‌سونگ‌کاگرن و هسیه^{۱۰}؛ ۲۰۰۸؛ قربانی، واتسون، چن و نوربالا^{۱۱}، ۲۰۱۲)؛ همچنین پژوهش‌هایی دیگر نشان داده‌اند که شفقت به خود بالاتر با اختلال‌های روانی کمتر، بهزیستی روانی بیشتر و تاب‌آوری بالاتر در مقابل استرس همبسته است (گیلبرت^{۱۲}، ۲۰۰۵؛ مک‌بت و

-
1. personal growth
 2. purpose in life
 3. autonomy
 4. self-acceptance
 5. positive relations with others
 6. compassion focused therapy
 7. Neff
 8. mindfulness
 9. Rude & Kirkpatrick
 10. Pisitsungkagarn & Hsieh
 11. Ghorbani, Watson, Chen, & Norballa
 12. Gilbert

گاملی^۱، ۲۰۱۲؛ فلدمن و کایکن^۲، ۲۰۱۱). بر اساس این یافته‌ها و در راستای تحقیق‌هایی که در حوزه شفقت به خود انجام گرفت، گیلبرت (۲۰۰۵) به استفاده از این سازه در فضای جلسات اقدام کرد و در نهایت، نظریه درمان شفقت محور را مطرح کرد. سیر تاریخی شکل‌گیری این مدل درمانی در عدم بهبود هیجان‌های منفی در درمان‌های شناختی-رفتاری ریشه دارد (گیلبرت، ۲۰۰۹). اصول پایه در درمان شفقت محور به این موضوع اشاره می‌کند 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 درونیات نیز آرام می‌شود (گیلبرت، ۲۰۰۵).

در سال‌های اخیر مطالعات مربوط به بررسی مزایای شفقت افزایش زیادی داشته است. در تحقیقی درمان شفقت محور باعث افزایش سلامت روان و تاب‌آوری بیماران زن اسکروز چندگانه گردیده است (سلیمی، ارسلان‌ده، زهرا کار، داورنیا و شاکرمی، ۱۳۹۷؛ قطور، سید مصطفی‌پور، داوریا، سلیمی و شاکرمی، ۱۳۹۷). علی‌قنواتی، بهرامی، گودرزی و روزبهانی (۱۳۹۷)، در تحقیقی دریافتند که درمان مبتنی بر شفقت توانسته است میزان نشخوار ذهنی و نگرانی زنان مبتلا به سینه را کاهش دهد. در مطالعه‌ای دیگر هریسون^۳ (۲۰۰۶) دریافت که آموزش شفقت می‌تواند در کاهش رنج بیماران مزمن از قبیل اسکروز چندگانه می‌تواند مؤثر باشد. در بررسی دیگر رابطه منفی و معنی‌دار بین شفقت خود با شدت درد، فاجعه‌آفرینی درد، عواطف منفی و رابطه مثبت و معنی‌دار با خودکارآمدی درد و عواطف مثبت در زنان دچار درد اسکلتی عضلانی، به‌دست‌آمده است (صالحی و سجادیان، ۱۳۹۶).

بنابراین با توجه به وجود مطالعات اندکی که اثربخشی درمان شفقت محور را بر روی بیماران اسکروز چندگانه مورد بررسی قرار داده باشد و این‌که پیامدهای روان‌شناختی این بیماری می‌تواند کیفیت زندگی بیماران را تحت تأثیر قرار داده و هزینه‌های هنگفتی را به فرد، خانواده و جامعه تحمیل بنماید و نظر به این‌که این بیماری درمان قطعی ندارد، توجه به عوامل روان‌شناختی در پیدایش و تداوم بیماری می‌تواند نقش بسزایی در سازگاری بیمار و بالا بردن کیفیت زندگی وی داشته باشد، بنابراین پژوهش حاضر به دنبال پاسخ به این سؤال

-
1. MacBeth & Gumley
 2. Feldman & Kuyken
 3. Harrison

بود که آیا درمان شفقت محور می تواند باعث افزایش بهزیستی روان شناختی بیماران مبتلابه اسکروز چندگانه (ام.اس) شهر اصفهان شود؟

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه گیری

طرح پژوهش حاضر از طرح های شبه آزمایشی از نوع پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری با گروه آزمایش و کنترل بود. جامعه ی این پژوهش شامل بیماران مبتلابه اسکروز چندگانه شهر اصفهان بود. ۲۴ بیمار مبتلابه اسکروز چندگانه مراجعه کننده به یکی از کلینیک های مغز و اعصاب به روش نمونه گیری هدفمند و داوطلبانه انتخاب شدند و به شیوه تصادفی در دو گروه ۱۲ نفره آزمایش و کنترل قرار گرفتند. معیارهای ورود این مطالعه عبارت بودند از: (۱) داشتن رضایت کامل برای حضور در جلسات آموزش، (۲) مدت ابتلا به بیماری ام.اس حداقل به مدت شش ماه، (۳) سطح سواد بالاتر از سیکل، (۴) میزان ناتوانی بیماران در محدوده (صفر تا شش)، (۵) علاقه مند به شرکت در پژوهش و (۶) گروه سنی ۲۰-۴۵ سال؛ معیارهای خروج نیز شامل: (۱) عدم تمایل بیمار به ادامه جلسات درمان، (۲) بروز علائم حرکتی و عصبی شدید، (۳) بروز برخی رفتارهای مخرب نظیر توهین، تمسخر و پرخاشگری کلامی به سایر اعضا که می تواند فرایند جلسات را مختل کند، (۴) داشتن افکاری نظیر خودکشی که نیازمند ارجاع به روان پزشک برای دارودرمانی هست، (۵) عدم توانایی برای ادامه جلسات آموزش به دلیل نبود همراه یا دسترسی سخت به مکان جلسات برای بیمار و ۶- غیبت بیش از دو جلسه در فرایند جلسات آموزش.

ابزار اندازه گیری

پرسش نامه ی بهزیستی روان شناختی^۱ ریف. این پرسش نامه ۸۴ سؤال دارد و دارای ۶ مؤلفه است. ویژگی های روان سنجی نسخه ۸۴ سؤالی هر یک خرده مقیاس های شش گانه ۱۴ پرسش بوده و پاسخ به هر پرسش با شش گزینه از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم مشخص می شود. ۴۴ سؤال به صورت مستقیم و ۴۰ سؤال به صورت معکوس نمره گذاری می شود. در ایران این مقیاس

1. Psychological Well-being Inventory

در ابتدا بر روی یک نمونه ۳۲۱ نفری اجرا و ضریب همبستگی درونی ۰/۸۶ تا ۰/۹۳ و ضریب پایایی باز آزمایی پس از شش هفته روی یک نمونه ۱۱۷ نفری بین ۰/۸۱ تا ۰/۸۶ به دست آمده است. همچنین همبستگی بین خرده مقیاس‌ها بین ۰/۳۲ تا ۰/۷۶ گزارش شد که بالاترین همبستگی بین پذیرش خود و تسلط بر محیط (۰/۷۶) و پایین‌ترین همبستگی بین خودمختاری و روابط مثبت با دیگران (۰/۳۲) به دست آمد (بیانی، کوچکی و بیانی، ۱۳۸۷). ریف و سینگر^۱ (۲۰۰۶)، ضریب آلفای کرونباخ برای هر یک از مقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی، یعنی پذیرش خود، تسلط خود، تسلط بر محیط، روابط مثبت با دیگران، هدف در زندگی، رشد شخصی و خودمختاری به ترتیب ۰/۷۸، ۰/۷۷، ۰/۷۴، ۰/۷۵، ۰/۷۳ و ۰/۶۰ به دست آمده است (صیدی سارویی، فرهمند، امینی و حسینی، ۱۳۹۲). در این پژوهش آلفای کرونباخ پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی ۰/۶۹ به دست آمد.

روند اجرای پژوهش

به منظور انجام این پژوهش ابتدا پیشینه موضوع اعم از مقاله‌ها و کتاب‌های موجود بررسی و مطالعه گردید. بعد از جمع‌آوری و ترجمه متون، ابزارهای مورد نیاز پژوهش آماده شد. سپس از جامعه هدف (بیماران ام.اس) نمونه‌گیری انجام شد و اعضا به لحاظ ملاک‌های ورود به مطالعه مورد بررسی قرار گرفتند. سپس شرکت‌کنندگان به طور تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند و از هر دو گروه آزمایش و کنترل پیش‌آزمون به عمل آمد. سپس گروه آزمایش برنامه آموزشی رویکرد شفقت محور؛ گیلبرت (۲۰۰۹) را در ۸ جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای دریافت کرد (جدول ۱) و بر روی گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای انجام نشد و در پایان از هر دو گروه پس‌آزمون اجرا گردید و پس از پایان درمان به فاصله زمانی یک‌ماهه آزمون پیگیری انجام گرفت.

تجزیه و تحلیل داده‌ها

در پژوهش حاضر برای پاسخ دادن به سؤال پژوهش از روش آماری تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر با استفاده از نرم‌افزار SPSS-22 استفاده گردید.

جدول ۱

خلاصه‌ای از جلسات درمان شفقت محور (گیلبرت، ۲۰۰۹)

جلسات	محتوا
جلسه اول	اجرای پیش‌آزمون-آشنایی درمانگر و اعضای گروه با یکدیگر، گفت‌وگو درباره هدف تشکیل جلسات و ساخت کلی آن، بررسی انتظارات از برنامه درمانی، آشنایی با اصول کلی درمان شفقت محور و تمایز شفقت با تأسف برای خود.
جلسه دوم	توضیح و تشریح شفقت: اینکه شفقت چیست و چگونه می‌توان از طریق آن بر مشکلات فائق آمد. آموزش ذهن آگاهی همراه با تمرین واری بدن و تنفس، آشنایی با سیستم‌های مغزی مبتنی بر شفقت.
جلسه سوم	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 خود تخریبی. آموزش افزایش گرمی و انرژی، ذهن آگاهی، پذیرش، خرد و قدرت، گرمی و عدم قضاوت.
جلسه چهارم	ترغیب آمودنی‌ها به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به‌عنوان شفقت‌ورز با غیر شفقت‌ورز با توجه به مباحث آموزشی، شناسایی و کاربرد تمرین‌های پرورش ذهن شفقت‌ورز، 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 به‌کارگیری این روش‌ها در زندگی روزمره و برای والدین، دوستان و آشنایان.
جلسه ششم	آموزش مهارت‌های شفقت به شرکت‌کنندگان در حوزه‌های توجه شفقت‌ورز، استدلال شفقت‌ورز، رفتار شفقت‌ورز، تصویرپردازی شفقت‌ورز، احساس شفقت‌ورز و ادراک شفقت‌ورز، ایفای نقش فرد در سه‌بعدی وجودی خود انتقادگر، خود انتقاد شونده و خود شفقت‌ورز با استفاده از فن‌صندلی خالی گشتالت، پیدا کردن لحن و تن صدای خود انتقادگر و خود شفقت‌گر درونی هنگام گفت‌وگوی درونی و مشابهت آن با الگوی گفت‌وگوی آدم‌های مهم زندگی مانند پدر و مادر.
جلسه هفتم	پر کردن جدول هفتگی افکار انتقادگر، افکار شفقت‌ورز و رفتار شفقت‌ورز. پیدا کردن رنگ، مکان و موسیقی شفقت‌گر که اجزای تصویرپردازی شفقت‌ورز می‌تواند باشند، کار بر روی ترس از شفقت به خود و موانع پرورش این خصیصه. آموزش تکنیک‌های تصویرپردازی ذهنی شفقت‌ورز، تنفس تسکین‌بخش ریتمیک، ذهن آگاهی و نوشتن نامه شفقت‌ورز.
جلسه هشتم	جمع‌بندی و نتیجه‌گیری و پاسخ‌گویی به سؤالات اعضا و ارزیابی کل جلسات، تشکر و قدردانی از اعضا جهت شرکت در جلسات، اجرای پس‌آزمون.

یافته‌ها

بیماران شرکت‌کننده در این پژوهش ۱۱ مرد (۴۵/۸) درصد و ۱۳ زن (۵۴/۲)؛ ۴ نفر مجرد (۱۶/۷) و ۲۰ نفر متأهل (۸۳/۳)؛ ۹ نفر دارای مدرک تحصیلی دیپلم (۳۷/۵)، ۲ نفر کاردانی

(۸/۳)، ۱۲ نفر کارشناسی (۵۰) و ۱ نفر نیز دارای مدرک کارشناسی ارشد (۴/۲) بودند.

جدول ۲

میانگین و انحراف معیار نمرات متغیر بهزیستی روان‌شناختی و مؤلفه‌های آن به تفکیک در گروه‌های آزمایش و کنترل در سه مرحله‌ی پژوهش

متغیرها	گروه‌ها	شاخص	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
بهزیستی روان‌شناختی	آزمایش	میانگین	۱۹۸/۴۲	۲۵۳/۸۳	۲۵۴/۲۵
	کنترل	انحراف معیار	۶/۶۸	۱۲/۴۴	۱۲/۷۵
ارتباط مثبت با دیگران	آزمایش	میانگین	۱۹۶/۵۰	۲۱۰/۳۳	۱۹۶/۱۷
	کنترل	انحراف معیار	۸/۸۰	۱۷/۰۵	۷/۹۹
خودمختاری	آزمایش	میانگین	۳۱/۷۵	۴۰/۳۳	۴۱/۵۰
	کنترل	انحراف معیار	۲/۷۶	۲/۷۴	۳/۱۷
تسلط بر محیط	آزمایش	میانگین	۳۵/۱۷	۴۲/۸۳	۴۱/۶۷
	کنترل	انحراف معیار	۲/۱۶	۲/۵۸	۳/۹۶
رشد شخصی	آزمایش	میانگین	۳۲/۶۷	۴۰/۶۷	۴۲/۵۸
	کنترل	انحراف معیار	۴/۲۹	۴/۳۱	۳/۸۹
هدفمندی در زندگی	آزمایش	میانگین	۳۱/۷۵	۳۸/۴۲	۳۲/۵۰
	کنترل	انحراف معیار	۳/۷۴	۸/۸۳	۳/۷۰
پذیرش خود	آزمایش	میانگین	۳۳/۵۸	۴۵	۴۳/۷۵
	کنترل	انحراف معیار	۳/۵۰	۵/۰۲	۴/۰۹
هدفمندی در زندگی	آزمایش	میانگین	۳۳/۳۳	۳۳/۰۸	۳۱/۸۳
	کنترل	انحراف معیار	۳/۷۹	۴/۱۸	۳/۷۳
پذیرش خود	آزمایش	میانگین	۳۲/۵۸	۴۴/۹۲	۴۳
	کنترل	انحراف معیار	۳/۴۲	۴/۷۹	۴/۲۰
پذیرش خود	آزمایش	میانگین	۳۳/۸۳	۳۶/۱۷	۳۲/۶۷
	کنترل	انحراف معیار	۳/۶۳	۳/۹۵	۳/۶۰
پذیرش خود	آزمایش	میانگین	۳۲/۶۷	۴۱/۰۸	۴۱/۷۵
	کنترل	انحراف معیار	۳/۲۰	۴/۵۸	۳/۳۸
پذیرش خود	آزمایش	میانگین	۳۰/۲۵	۳۴	۳۱/۹۲
	کنترل	انحراف معیار	۳/۶۷	۵/۱۱	۳/۵۵

بر اساس جدول ۲ میانگین نمرات بهزیستی روان‌شناختی و خرده مقیاس‌های آن در گروه آزمایش در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون افزایش داشته است ولی در گروه کنترل چنین قابل تغییراتی مشاهده نیست.

نتایج آزمون کالموگروف-اسمیرنوف حاکی از نرمال بودن توزیع نمرات بهزیستی روان‌شناختی در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری می‌باشد ($P > 0/05$). همچنین آزمون موچلی به‌منظور بررسی مفروضه همگنی واریانس‌های متغیر بهزیستی روان‌شناختی برابر با $0/93$ و آزمون همگنی واریانس لون برابر با $F = 0/16$ بیانگر تساوی واریانس‌ها است ($P > 0/05$).

جدول ۳

نتایج تحلیل اثرات درون آزمودنی متغیر بهزیستی روان‌شناختی و مؤلفه‌ها

متغیر	منبع	مجموع درجه	میانگین	F	p
		مجذورات آزادی	مجذورات		
بهزیستی روان‌شناختی	مرحله	۲	۸۲۳۲/۸۷	۵۴/۶۸	$P < 0/001$
	مرحله × گروه	۲	۵۱۵۲/۵۴	۵۱۵۲/۵۴	$P < 0/001$
ارتباط مثبت با دیگران	مرحله	۲	۲۴۵/۰۹	۱۶/۵۲	$P < 0/001$
	مرحله × گروه	۲	۱۰۹/۳۴	۷/۳۷	$P < 0/002$
خودمختاری	مرحله	۲	۷۶/۲۲	۶/۶۴	$P < 0/003$
	مرحله × گروه	۲	۱۳۸/۸۸	۱۲/۰۹	$P < 0/001$
تسلط بر محیط	مرحله	۲	۳۴۴/۸۸	۱۵/۸۳	$P < 0/001$
	مرحله × گروه	۲	۱۴۷/۱۶	۶/۷۵	$P < 0/003$
رشد شخصی	مرحله	۲	۲۰۶/۰۵	۱۲/۲۷	$P < 0/001$
	مرحله × گروه	۲	۲۷۲/۲۲	۱۶/۲۱	$P < 0/001$
هدفمندی در زندگی	مرحله	۲	۳۳۰/۰۱	۲۰/۵۳	$P < 0/001$
	مرحله × گروه	۲	۲۳۶/۶۸	۱۴/۷۲	$P < 0/001$
پذیرش خود	مرحله	۲	۲۶۵/۵۹	۱۷/۰۹	$P < 0/001$
	مرحله × گروه	۲	۸۴/۳۴	۵/۴۳	$P < 0/008$

یافته‌های جدول ۳ نشان می‌دهد که بین میانگین نمرات بهزیستی روان‌شناختی و مؤلفه‌های آن در مرحله‌ی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در درمان شفقت محور تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P < 0/01$). همچنین تعامل معنی‌دار بین گروه و مراحل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) در مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی وجود دارد.

جدول ۴

نتایج تحلیل اثرات بین‌گروهی بهزیستی روان‌شناختی و مؤلفه‌ها

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	p
بهزیستی روان‌شناختی	۲۱۸۴/۵۰	۱	۲۱۸۴/۵۰	۲۲۷/۰۳	$P < 0/001$
ارتباط مثبت با دیگران	۳۸۲/۷۲	۱	۳۸۲/۷۲	۳۷/۳۰	$P < 0/001$
خودمختاری	۵۲۲/۷۲	۱	۵۲۲/۷۲	۳۱/۳۱	$P < 0/001$
تسلط بر محیط	۳۵۱/۱۲	۱	۳۵۱/۱۲	۱۵/۴۵	$P < 0/001$
رشد شخصی	۱۱۶۰/۰۱	۱	۱۱۶۰/۰۱	۷۰/۱۸	$P < 0/001$
هدمندی در زندگی	۶۳۶/۰۵	۱	۶۳۶/۰۵	۵۲/۸۹	$P < 0/001$
پذیرش خود	۷۴۷/۵۵	۱	۷۴۷/۵۵	۴۵/۴۸	$P < 0/001$

بر اساس جدول ۴ میانگین نمرات بهزیستی روان‌شناختی و مؤلفه‌ها در دو گروه آزمایش و کنترل از لحاظ آماری معنی‌دار می‌باشد ($P < 0/01$)؛ یعنی، درمان شفقت محور باعث افزایش بهزیستی روان‌شناختی و مؤلفه‌های آن در بیماران مبتلابه اسکروز چندگانه شده است (برای مقایسه گروه‌ها از آزمون پیگیری جفتی بنفرونی که در جدول ۵ نشان داده شده است، استفاده شد).

همان‌طور که در جدول ۵ مشاهده می‌شود، تفاوت نمرات بهزیستی روان‌شناختی و مؤلفه‌های آن در مراحل پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری معنی‌دار است ($P < 0/05$). اما در مؤلفه‌ی خودمختاری در مرحله‌ی پس‌آزمون با پیگیری تفاوت مشاهده نمی‌شود. همچنین نمرات بهزیستی روان‌شناختی و مؤلفه‌های آن در مرحله‌ی پس‌آزمون با پیگیری معنی‌دار به‌دست نیامد ($P = 0/226$).

جدول ۵

آزمون مقایسه پیگیری بنفرونی گروه‌های آزمایش و کنترل در متغیر بهزیستی روان‌شناختی و مؤلفه‌ها

متغیر وابسته	مرحله A	مرحله B	اختلاف میانگین A-B	خطای استاندارد	p
بهزیستی روان‌شناختی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۳۵/۱۲	۳/۴۷	P < ۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	-۲۷/۷۵	۳/۱۵	P < ۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۷/۳۷	۳/۹۴	۰/۲۲۶
ارتباط مثبت با دیگران	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۵/۲۹	۱	P < ۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	-۵/۷۵	۱/۱۶	P < ۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۴۵۸	۱/۱۶	۱
خودمختاری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۳/۵۰	۰/۹۱۶	۰/۰۰۳
	پیش‌آزمون	پیگیری	-۲/۳۳	۱	۰/۰۸۹
	پس‌آزمون	پیگیری	۱/۱۶	۱/۰۱	۰/۷۸۲
تسلط بر محیط	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۷/۳۳	۱/۳۴	P < ۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	-۵/۳۳	۰/۹۳۵	P < ۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۲	۱/۶۶	۰/۷۲۷
رشد شخصی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۵/۵۸	۱/۰۶	P < ۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	-۴/۳۳	۱/۱۵	P < ۰/۰۰۳
	پس‌آزمون	پیگیری	۱/۲۵	۱/۳۱	۱
هدفمندی در زندگی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۷/۳۳	۱/۰۶	P < ۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	-۴/۶۲	۱/۱۵	P < ۰/۰۰۲
	پس‌آزمون	پیگیری	۲/۷۰	۱/۲۴	۰/۱۲۲
پذیرش خود	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۶/۰۸	۱/۲۴	P < ۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	-۵/۳۷	۰/۹۸۶	P < ۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۷۰۸	۱/۱۷	۱

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان شفقت محور بر افزایش بهزیستی روان‌شناختی

بیماران مبتلابه اسکروز چندگانه صورت گرفت. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر حاکی از آن بود که این روش درمانی به‌طور معنی‌داری باعث افزایش بهزیستی روان‌شناختی در بیماران تحت مداخله شد و یافته‌ها در دوره‌ی پیگیری یک ماهه از ثبات لازم برخوردار بود. نتایج این مطالعه به‌طور مستقیم با یافته‌های سلیمی و همکاران (۱۳۹۷)؛ قطور و همکاران (۱۳۹۷)؛ علی‌قنواتی و همکاران (۱۳۹۷)؛ هریسون (۲۰۰۶)؛ صالحی و سجادیان (۱۳۹۶)، همسو و هماهنگ و به‌طور جانبی و غیرمستقیم با نتایج، نف (۲۰۰۳)، نف و همکاران (۲۰۰۷)، نف و همکاران (۲۰۰۸)، قربانی و همکاران (۲۰۱۲)، گیلبرت (۲۰۰۵)، مکبت و گاملی (۲۰۱۲)، و فلدمن و کایکن (۲۰۱۱) هماهنگ می‌باشد.

گورل^۱ (۲۰۰۹) معتقد است که بهزیستی، یعنی، توانایی مشارکت فعال در کار و تفریح، ایجاد روابط معنی‌دار با دیگران، هیجان‌های مثبت، گسترش حس خودمختاری و هدف زندگی و تجربه کردن احساسات مثبت می‌باشد (وحیدی و جعفری هرنندی، ۱۳۹۶). بهزیستی روان‌شناختی هم مؤلفه‌های عاطفی و هم مؤلفه‌های شناختی را شامل می‌شود. افراد با احساس بهزیستی زیاد، به‌طور عمده‌ای هیجان‌های مثبت را تجربه می‌کنند و از حوادث و وقایع پیرامون خود ارزیابی مثبتی دارند، درحالی‌که افراد با احساس بهزیستی کم حوادث و موقعیت‌های زندگی‌شان را نامطلوب ارزیابی می‌کنند و بیشتر هیجان‌های منفی را تجربه می‌کنند (معمدی، برجعلی و صادقی‌پور، ۱۳۹۷).

در تبیین یافته‌های تحقیق می‌توان گفت یکی از ویژگی‌های درمان شفقت محور توجه به بهزیستی است که این ویژگی مستلزم وجود انگیزه برای مراقبت با هدف تسکین پریشانی و تسهیل رشد و پیشرفت موضوع مورد مراقبت است (گیلبرت، ۲۰۰۹). در واقع اولین ویژگی شفقت تصمیم به مشفق بودن است. به‌عبارت‌دیگر در شفقت شخص برای مهربان‌تر بودن خود را ارزشمند می‌داند و آن را مطلوب می‌داند. از این‌رو خود مشفق نیز خودی است که احساس‌های خود را ارزشمند می‌داند و برای رشد آن‌ها تلاش می‌کند (گیلبرت، ۲۰۱۰). درمان مبتنی بر شفقت تا حدودی به دنبال این هدف است که الگوهای انگیزشی مرتبط با هویت شخصی، تلویحاتی برای بهزیستی دارد (گیلبرت، ۲۰۱۴). آموزش شفقت محور باعث پرورش خود مشفق می‌شود

که این خود به صورت یک حس درونی متمرکز یا حالت پایداری و استواری همراه با سازمان‌دهی توجه، تفکر، رفتار و احساس است. پرورش و توسعه تمرکز بر خود می‌تواند سیستم‌های انگیزشی و هیجانی اولیه را متعادل ساخته و جهت دهد و سطح شناخت درمان‌جویان را بالا ببرد که این سبب می‌شود الگوهای قدیمی رفتار متوقف و الگوهای رفتاری جدیدی را شروع کنند و این باعث می‌شود که انعطاف‌پذیرتر و مهربان‌تر باشند؛ بنابراین اساس درمان شفقت محور ریشه در تحول ظرفیت‌های انگیزشی، هیجانی، رفتاری و شناختی که فرد را قادر به توجه، درگیر شدن و تلاش برای پرداختن به پریشانی و نیازهای خود و دیگران می‌سازد و همچنین اساس و پایه جست‌وجو و پاسخ به مراقبت، کمک، همراهی و مهربانی است. (رنجبر و نوری، ۱۳۹۵)؛ بنابراین آگاهی و حساسیت بیماران اسکروز چندگانه نسبت به عواطف منفی در روان رنجوری‌ها، استرس و افسردگی بدون این‌که در دام سرزنش و قضاوت و شرم بیافتند و با همدلی کردن با خود و انگیزه التیام بخشیدن به رنج خود باعث می‌شوند تا با جابه‌جایی عواطف و احساسات موفق به کنترل عواطف خود و این جابه‌جایی منجر به بهبود خلق و در نتیجه حفظ بهزیستی روان‌شناختی می‌شود (نف، ۲۰۱۶). در نتیجه درمان شفقت محور موجب افزایش بهزیستی روان‌شناختی و ابعاد آن در بیماران اسکروز چندگانه گردیده است و این مداخله می‌تواند تلویحاتی مناسب جهت روان‌درمانی و کمک به بیماران مبتلا به اسکروز در سازگاری هر چه بیشتر با این بیماری در پی داشته باشد.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به موارد ذیل اشاره کرد: (۱) جامعه آماری در این تحقیق بیماران مبتلا به اسکروز چندگانه شهر اصفهان می‌باشد، لذا در تعمیم‌یافته‌ها به جمعیت‌های شهرهای دیگر باید جوانب احتیاط را در نظر گرفت (۲) بیماران تحقیق حاضر از نوع عودکننده-فروکش‌کننده بودند و بنابراین یافته‌ها قابل تعمیم به مراحل شدیدتر سیر بیماری نمی‌باشند. پیشنهاد می‌شود: (۱) اثربخشی درمان شفقت محور در بیماران اسکروز چندگانه با سایر رویکردهای روان‌درمانی به‌طور مثال رفتاردرمانی شناختی، مقایسه شود (۲) با توجه به محدودیت زمانی دوره‌های پیگیری سه و شش‌ماهه انجام شود (۳) در مورد بیمارانی که مشکلات جسمی بیشتری دارند و امکان حضور در جلسات برای آن‌ها مقدور نیست، پیشنهاد می‌شود درمان به صورت انفرادی برای این بیماران انجام پذیرد (۴) توصیه می‌شود اختلالات بالینی نظیر، افسردگی، اضطراب و وسواس در این بیماران با استفاده از رویکرد شفقت محور

مورد بررسی قرار گیرد.

سپاسگزاری

از کلیه همکاران کلینیک مغز و اعصاب جناب آقای دکتر نجفی و مرکز مشاوره روان‌شناختی رها که مقدمات انجام تحقیق را فراهم نمودند، تقدیر و تشکر می‌شود.

منابع

فارسی

- آقاباقری، حامد؛ محمدخانی، پروانه؛ عمرانی، سمیرا و فرهمند، وحید. (۱۳۹۱). اثربخشی گروه‌درمانی شناختی مبتنی بر حضور ذهن بر افزایش بهزیستی ذهنی و امید بیماران مبتلابه ام.اس. *مجله روان‌شناسی بالینی*، ۴(۱)، ۳۱-۲۱.
- بهرروزی، زهرا؛ عاطفی‌منش، پژمان و کریم‌نژاد، فریبا. (۱۳۹۷). نشانگرهای زیستی ساختاری و متابولیکی در مالتیپل اسکلروزیس. *فصلنامه علوم اعصاب شفای خاتم*، ۶(۲)، ۹۵-۱۰۸.
- بیانی، علی‌اصغر؛ محمد کوچکی، عاشور و بیانی، علی. (۱۳۸۷). روایی و پایایی مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۱۴(۲۵)، ۱۵۱-۱۴۶.
- رفیعی، فروغ؛ سلیمانی، محسن و سیدفاطمی، نعیمه. (۱۳۹۰). ارائه مدلی برای مشارکت بیماران مبتلابه بیماری مزمن در مراقبت پرستاری. *فصلنامه کومش*، ۱۲(۳)، ۲۹۳-۳۰۴.
- رنجبرکهن، زهره و نوری، حمیدرضا. (۱۳۹۵). *مبانی نظری و اصول درمان شفقت محور*. تهران: انتشارات نهر.
- سلیمی، آرمان؛ ارسلان‌ده، فرشته؛ زهرا کار، کیانوش؛ داورنیا، رضا و شاکرمی، محمد. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر سلامت روان زنان مبتلابه مالتیپل اسکلروزیس. *فصلنامه افق دانش*، ۲۴(۲)، ۱۳۱-۱۲۶.

صالحی، شیما و سجادیان، ایلناز. (۱۳۹۶). رابطه شفقت خود با شدت درد، فاجعه‌آفرینی، خودکارآمدی درد و عواطف در زنان مبتلابه درد عضلانی-اسکلتی. فصل‌نامه بیهوشی و درد، ۸(۲)، ۷۲-۸۳.

صیدی سارویی، محمد؛ فرهمند، صدف؛ امینی، مرضیه و حسینی؛ مریم. (۱۳۹۲). رابطه الگوهای ارتباطی خانواده و ویژگی‌های شخصیتی با بهزیستی روان‌شناختی با واسطه‌گری تاب‌آوری در بیماران ام اس. مجله روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی، ۳(۱۱)، ۱۷-۳۸.

ظریف گلباریزی، هانیه؛ آقامحمدیان شعریاف، حمیدرضا؛ موسوی‌فر، نزهت و معینی‌زاده، مجید. (۱۳۹۱). اثربخشی درمان بهزیستی بر استرس و بهزیستی روان‌شناختی زنان نابارور. مجله‌ی زنان، ۱۵(۲)، ۴۹-۵۶.

علی قنوتی، سجاد؛ بهرامی، فاطمه؛ گودرزی، کوروش و روزبهانی، مهدی. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر نشخوار فکری و نگرانی زنان مبتلابه سرطان سینه. فصل‌نامه‌ی روان‌شناسی سلامت، ۷(۳)، ۱۵۲-۱۶۸.

قطور، زینب؛ پوریچی، سیدمصطفی؛ داورنیا، رضا؛ سلیمی، آرمان و شاکرمی، محمد. (۱۳۹۷). تأثیر درمان متمرکز بر شفقت (CFT) بر تاب‌آوری زنان مبتلابه مالتیپل اسکلروزیس (MS). ارمغان دانش، ۲۳(۳)، ۳۶۳-۳۵۰.

مشتاق عشق، زهرا؛ نقوی، بهاره؛ رشوند، فرنوش؛ علوی مجد، حمید و بنادرخشان، همایون. (۱۳۸۹). بررسی تأثیر خنده‌درمانی بر خستگی و افسردگی بیماران مبتلابه ام‌اس. مراجعه‌کننده به انجمن ام‌اس ایران. نشریه‌ی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، ۲۰(۷۰)، ۷-۱۱.

معمدی، عبدالله؛ برجعلی، احمد و صادقی‌پور، مریم. (۱۳۹۷). پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی سالمندان بر اساس مدیریت استرس و حمایت اجتماعی. مجله‌ی سالمند، ۱۳(۱)، ۱۰۹-۹۸.

وحیدی، زهره و جعفری هرندی، رضا. (۱۳۹۶). پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی بر اساس مؤلفه‌های سرمایه روان‌شناختی و مؤلفه‌های نگرش معنوی. پژوهش‌نامه‌ی روان‌شناسی مثبت، ۳(۱۰)، ۶۴-۵۴.

لاتین

- Bethoux, F., & Bennett, S. (2011). Evaluating walking in patients with multiple sclerosis: which assessment tools are useful in clinical practice? *International Journal of MS Care*, 13(1), 4-14.
- Dodge, R., Daly, A. P., Huyton, J., & Sanders, L. D. (2012). The challenge of defining wellbeing. *International journal of wellbeing*, 2(3), 222-235.
- Etemadifar, M., & Abtahi, S. H. (2012). Multiple sclerosis in Isfahan: Past, present and future. *International Journal of Preventive Medicine*, 3(5), 301-302.
- Feldman, C., & Kuyken, W. (2011). Compassion in the landscape of suffering . *Contemporary Buddhism*, 12(1), 143-155.
- Ghorbani, N., Watson, P. J., Chen, Z., & Norballa, F. (2012). Self-compassion in Iranian Muslims: Relationships with integrative self-knowledge, mental health, and religious orientation. *International Journal for the Psychology of Religion*, 22(2), 106-118.
- Gilbert, P. (2005). *Compassion: Conceptualizations, research and use in psychotherapy*. England: Routledge.
- Gilbert, P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, 15(3), 199-208.
- Gilbert, P. (2010). An introduction to compassion focused therapy in cognitive behavior therapy. *International Journal of Cognitive Therapy*, 3(2), 97-112.
- Gilbert, P. (2014). *Mindful compassion: How the science of compassion can help you understand your emotions, live in the present, and connect deeply with others*. California: New Harbinger Publications.
- Harrison, E. (2006). Teaching compassion: multiple sclerosis and the poetry of molly holden. *Nurse Educator*, 31(3), 103-106.
- Kirchner, T., & Lara, S. (2011). Stress and depression symptoms in patients with multiple sclerosis: the mediating role of the loss of social functioning. *Acta Neurologica Scandinavica*, 123(6), 407-413.
- MacBeth, A., & Gumley, A. (2012). Exploring compassion: A meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 32(6), 545-552.
- Mitchell, A. J., Benito-Leon, J., Gonzalez, J. M. M., & Rivera-Navarro, J. (2005). Quality of life and its assessment in multiple sclerosis: integrating physical and psychological components of wellbeing. *The Lancet Neurology*, 4(9), 556-566.
- Neff, K. D. (2009). The role of self-compassion in development: A healthier way to relate to oneself. *Human Development*, 52(4), 211-214.

- Neff, K. D. (2016). The self-compassion scale is a valid and theoretically coherent measure of self-compassion. *Mindfulness*, 7(1), 264-274.
- Neff, K. D., Pisitsungkagarn, K., & Hsieh, Y.-P. (2008). Self-compassion and self-construal in the United States, Thailand, and Taiwan. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 39(3), 267-285.
- Neff, K. D., Rude, S. S., & Kirkpatrick, K. L. (2007). An examination of self-compassion in relation to positive psychological functioning and personality traits. *Journal of Research in Personality*, 41(4), 908-916.
- Neff, K. D. (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2(2), 85-101.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 141-166.
- Ryff, C. D. (1995). Psychological well-being in adult life. *Current Directions in Psychological Science*, 4(4), 99-104.
- Ryff, C. D., & Singer, B. H. (2006). Best news yet on the six-factor model of well-being. *Social Science Research*, 35(4), 1103-1119.
- Ryff, C. D., & Singer, B. H. (2008). Know thyself and become what you are: A eudaimonic approach to psychological well-being. *Journal of Happiness Studies*, 9(1), 13-39.
- Sahraian, M. A., Khorramnia, S., Ebrahim, M. M., Moifar, Z., Lotfi, J., & Pakdaman, H. (2010). Multiple sclerosis in Iran: a demographic study of 8,000 patients and changes over time. *European Neurology*, 64(6), 331-336.

