

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تمرکز بر شفقت و تمرینات یوگا بر
خودمدیریتی افراد مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس

Comparing the effectiveness of compassion-focused acceptance and commitment
therapy and yoga exercises on self-management of people with multiple sclerosis

Farhad Jahangiri

Ph.D. Student, Department of Psychology, Borujerd
Branch, Islamic Azad University, Borujerd, Iran.

Dr. Javad Karimi *

Associate Professor, Department of Psychology,
School of Literature and Humanity Science, The
University of Malayer, Malayer, Iran.

j.karimi@malayeru.ac.ir

Dr. Mehdi Roozbahani

Assistant Professor, Department of Motor Behavior,
Borujerd Branch, Islamic Azad University, Borujerd,
Iran.

Dr. Mohsen Razani

Assistant Professor, Department of Psychology,
Borujerd Branch, Islamic Azad University, Borujerd,
Iran.

فرهاد جهانگیری

دانشجوی دکتری تخصصی، گروه روانشناسی، واحد بروجرد، دانشگاه آزاد
اسلامی، بروجرد، ایران.

دکتر جواد کریمی
(نویسنده مسئول)

دانشیار، گروه روان شناسی، دانشگاه ملایر، ملایر، ایران.

دکتر مهدی روزبهانی

استادیار، گروه رفتار حرکتی، واحد بروجرد، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجرد،
ایران.

دکتر محسن رازانی

استادیار، گروه روانشناسی، واحد بروجرد، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجرد،
ایران.

Abstract

The present study was conducted to compare the effectiveness of compassion-focused acceptance and commitment therapy and yoga exercises on the self-management of people with multiple sclerosis (MS). The research method was semi-experimental with a pre-test-post-test design and a control group with a follow-up period of two months. The statistical population of the research included all the MS patients of Borujerd City registered in the MS Association in 2022. In this research, 66 people were randomly selected into three groups of 22 people a group of compassion-focused acceptance and commitment therapy, yoga exercises, and a control group. The group of compassion-focused acceptance and commitment therapy included 10 90-minute sessions that were held once a week. Also, yoga training sessions were held in 24 90-minute sessions three times a week. To measure self-management in the measurement stages, the Multiple Sclerosis Self-Management Scale-Revised (MSSM-R) by Bishop and Frain (2011) was used. Data analysis was done using the statistical test of analysis of variance-repeated measurement. The results of the pairwise comparison of the groups showed that the changes in the treatment group compassion-focused acceptance and commitment therapy with the group of yoga exercises ($P=0.028$) and the control group ($P=0.011$) were significant ($P<0.05$). In general, it can be concluded that only the treatment based on compassion-focused acceptance and commitment therapy until the follow-up stage was effective in improving self-management.

Keywords: compassion-focused acceptance and commitment therapy, self-management, multiple sclerosis, yoga exercises.

چکیده

با تمرکز بر شفقت و تمرینات یوگا بر خودمدیریتی افراد مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (ام اس) انجام شد. روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش-آزمون-پس آزمون و گروه گواه با دوره پیگیری دو ماه بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه بیماران ام اس شهرستان بروجرد ثبت شده در انجمن ام اس در سال ۱۴۰۱ بودند. در این پژوهش ۶۶ نفر به صورت دردسترس انتخاب و به روش تصادفی در سه گروه ۲۲ نفری درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تمرکز بر شفقت، تمرینات یوگا و گروه گواه قرار گرفتند. جلسات گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تمرکز بر شفقت شامل ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بود که به صورت یک بار در هفته برگزار شد. همچنین جلسات تمرینات یوگا در ۲۴ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، هفته‌ای سه بار برگزار شد. جهت سنجش خودمدیریتی در مراحل سنجش از مقیاس خودمدیریتی مولتیپل اسکلروزیس- تجدید نظر شده (MSSM-R) بی‌شاپ و فرین (۲۰۱۱) استفاده شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون آماری تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر انجام شد. نتایج مقایسه زوجی گروه‌ها نشان داد که تغییرات گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تمرکز بر شفقت با گروه تمرینات یوگا ($P=0.028$) و گروه گواه ($P=0.011$) معنادار بود ($P<0.05$). در مجموع می‌توان نتیجه گرفت که فقط درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تمرکز بر شفقت تا مرحله پیگیری بر بهبود خودمدیریتی موثر بوده است.

واژه‌های کلیدی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تمرکز بر شفقت، خودمدیریتی، مولتیپل اسکلروزیس، تمرینات یوگا.

مقدمه

مولتیپل اسکلروزیس^۱ (ام اس) یک بیماری خود ایمنی سیستم عصبی مرکزی می باشد که با التهاب مزمن، از بین رفتن غلاف، ضایعات چند کانونی و از دست دادن نورونی مشخص می شود. سیر بیماری می تواند عود کننده یا پیش رونده باشد. ضایعات ام اس به طور تیپیک در زمان های مختلف و در نواحی مختلف سیستم عصبی مرکزی ایجاد می شود. بیش از نهمصد هزار نفر در ایالات متحده و میلیون ها نفر در سراسر جهان به ام اس مبتلا هستند (هاسر و کری^۲، ۲۰۲۰). تظاهرات ام اس می تواند از یک بیماری خوش خیم تا بیماری به سرعت پیش رونده و ناتوان کننده که نیازمند تطابق وسیع در زندگی است، متغیر باشد؛ همچنین این بیماری در زنان سه برابر مردان اتفاق می افتد (مک گینلی^۳ و همکاران، ۲۰۲۱). نتایج مطالعات همه گیرشناسی در ایران دلالت بر این دارد که این بیماری در ایران در حال گسترش است و ایران از یک منطقه جغرافیایی با خطر کم ابتلا به منطقه پرخطر با شیوع بالا تبدیل شده است؛ به طوری که مناطق مرکزی ایران بیشترین فراوانی را در تشخیص این بیماری دارند (حسینی نژاد و همکاران، ۱۴۰۰)؛ بر این اساس توجه به مسائل روانشناختی این بیماران و ارائه مداخلات روانشناختی به آن ها از ضرورت بالایی برخوردار است.

احتمال فراوانی وجود دارد که بعد از تشخیص، بیماران مبتلا به ام اس نشانه های روانشناختی همچون خلق پایین، اضطراب، افسردگی و حالت های روان پزشکی دیگر را بروز دهند و دچار آشفتگی های روان شناختی شوند (گرومیش^۴ و همکاران، ۲۰۲۱). این بیماری تهدیدی برای استقلال و توانایی فرد محسوب می شود و بیماران را به سوی عدم احساس شایستگی و عدم اطمینان از خود سوق می دهد و به طور کلی زندگی نرمال آن ها مختل می کند (فنستین^۵ و همکاران، ۲۰۲۲). همچنین بررسی مطالعات دلالت بر این دارد که نشانگان روانشناختی در افراد مبتلا به ام اس بیشتر از افراد بهنجار می باشد و بر جنبه های مختلف زندگی شخص اثر می گذارد. همچنین عوارض غیرقابل پیش بینی آن، باعث اختلال در فعالیت های اجتماعی، شغلی و همچنین خانوادگی می شود (سعادت و همکاران، ۱۳۹۸). در نتیجه این بیماری از نظر مزمن بودن و ماهیت پیش رونده، فراوانی بالا، درگیر نمودن قشر جوان و در حال حاضر فقدان درمان قطعی که باعث پایین آمدن بسیاری از کارکردهای شناختی، جسمانی و اجتماعی و شناختی بیماران می شود از اهمیت فوق العاده ای برخوردار است (رضائیان لنگرودی و همکاران، ۱۳۹۹). با توجه به اینکه بیماری های مزمن، اثرات دراز مدتی را بر زندگی فرد مبتلا و حتی اطرافیان وی به جای می گذارد، بسیار مهم است که فرد بتواند با تغییرات منفی حاصل از این بیماری ها کنار بیاید و روند سازنده را در برابر رویکرد خود آسیب رسان در پیش گیرد (ایمانخواه و همکاران، ۱۳۹۹).

بنابر این به دلیل اینکه این بیماری درمان قطعی ندارد، بیماران نیاز دارند با چالش های بیماری، سازگار و هماهنگ شوند (گرومیش و همکاران، ۲۰۲۲)، لذا می توان گفت که یکی از راه های سازگاری صحیح با بیماری و عوارض مربوط به آن، خودمدیریتی می باشد؛ در آخرین پژوهش ها، از خودمدیریتی به عنوان یک عامل بسیار مهم در کاهش علائم بیماری ام اس و کاهش عود بیماری نام برده شده است (جانسون^۶ و همکاران، ۲۰۲۳).

خودمدیریتی می تواند به عنوان توانایی فرد برای مدیریت علائم، درمان، عواقب جسمی و روانی - اجتماعی و تغییرات سبک زندگی در عمق زندگی با بیماری مزمن، تعریف نمود (بوچر^۷ و همکاران، ۲۰۲۲). از سوی دیگر بیشاپ و فرین^۸ (۲۰۱۱) خودمدیریتی بیماران ام اس را در عواملی همچون ارتباط و رابطه با ارائه دهندگان خدمات درمانی، تعهد داشتن به درمان / مقابله با موانع، حمایت اجتماعی / خانواده، اطلاعات و دانش در مورد ام اس و رفتار نگهدارنده سلامت تعریف می کنند. مطالعات نشان داده با وجودی که در بیشتر مواقع، خودمدیریتی در مراحل اولیه بیماری ام اس آسان نیست، اما امکان پذیر است. فاکتورهای مختلفی می توانند روی میزان خودمدیریتی اثر بگذارند، از فاکتورهایی همچون سلامت جسمی و ادراک بیماری، از جمله ترس از پیشرفت بیماری و سطح دانش خودمدیریتی می توان نام برد. بنابراین

1 . Multiple Sclerosis

2 . Hauser & Cree

3 . McGinley

4 . Gromisch

5 . Feinstein

6 . Johnson

7 . Boucher

8 . Bishop and Frain

اینگونه استنباط می شود که میزان خودمدیریتی تحت تاثیر عوامل روانشناختی می باشد و می توان با مداخلات درمانی مناسب آن را بهبود بخشید (ویلز و پروبست^۱، ۲۰۲۲).

پس توجه به این نکته مهم است که برنامه مداخله ای شامل زندگی با یک بیماری مادام العمر و مدیریت نشانگان می باشد و خودمدیریتی در مراقبت از این بیماری به عنوان یک جزء حیاتی می باشد (بیشاپ و فرین، ۲۰۱۱). یافته های پژوهش های گذشته، ارتباط خودمدیریتی با طیف وسیعی از نتایج مثبت در حوزه سلامت، توانبخشی و افزایش خودکنترلی در برابر نشانگان بیماری، همچنین کاهش بستری شدن، کاهش درد و اضطراب، افزایش سلامت روانشناختی، را نشان داده اند (سعادت و همکاران، ۱۳۹۸؛ ویلز و پروبست، ۲۰۲۲). در تعریفی دیگر آمده است که خودمدیریتی، یعنی توانایی بیمار برای کنار آمدن با همه مواردی که بیماری مزمن متضمن آن است، مثل علائم، روند درمان، پیامدهای جسمانی و روانی اجتماعی و تغییرات سبک زندگی؛ بنابراین اگر خودمدیریتی به طور مؤثر اجرا شود، بیمار می تواند بر شرایط خود نظارت داشته باشد و تغییرات شناختی، رفتاری و هیجانی لازم را برای حفظ یک کیفیت زندگی رضایتمند به وجود آورد (ثاقبی و همکاران، ۱۴۰۱).

در زمینه بهبود خودمدیریتی بیماران ام اس مطالعات محدودی وجود دارد؛ در یک مطالعه سعادت و همکاران (۱۳۹۸) نشان داد که مداخله روانشناختی نقش موثری بر خودمدیریتی زنان مبتلا به ام اس داشته است. همچنین نتایج مطالعات هارینسون^۲ و همکاران (۲۰۱۷) و بهمنی و همکاران (۲۰۲۲) نشان داد که درمان پذیرش و تعهد یک روش درمانی مؤثر بر بهبود خودمدیریتی بیماران ام اس می باشد. علاوه بر این، تحقیقات زیادی اثر بخش بودن درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (تامپسون^۳ و همکاران، ۲۰۲۲) و همچنین درمان متمرکز بر شفقت (ابوطالبی و همکاران، ۱۴۰۱) را بر کاهش آشفتگی های روانشناختی بیماران ام اس و دیگر بیمارهای مزمن نشان داده اند. در چند سال اخیر با توجه به اینکه هزینه درمان های دارویی جهت کنترل علائم ام اس بسیار بالاست و از طرفی داروها عوارض جانبی زیادی دارند، استفاده از درمان های مکمل یا جایگزین رو به افزایش است. یک رویکرد مهم از این درمان ها که چند تحقیق، اثربخشی آن را در بهبود علائم بیماران ام اس تأیید کرده، رویکرد درمانی پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت^۴ می باشد، که از درمان های موج سوم است و از تلفیق رویکرد درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد با رویکرد درمانی متمرکز بر شفقت به وجود آمده است (هیل^۵ و همکاران، ۲۰۲۰). در این نوع درمان، چگونگی ارتباط مفهوم شفقت با انعطاف پذیری روانشناختی، به عنوان الگوی یکپارچه ای از عملکرد سازگاران اجرا می شود. طبق این الگو مفهوم شفقت در کنار سایر مفاهیم درمان پذیرش و تعهد با هدف افزایش انعطاف پذیری شناختی اجرا می شود. در این دیدگاه رشد شفقت به انعطاف پذیری روانشناختی می انجامد و متقابلاً افزایش انعطاف پذیری روانشناختی فرصت رشد بیشتر شفقت را فراهم می کند (منصوری کربانی و همکاران، ۱۴۰۱).

از طرفی تمرینات یوگا جزء سودمندترین تمرینات می باشد که جهت بهبود وضعیت جسمانی و روانشناختی بیماران ام اس پیشنهاد شده است (آلفانسوس^۶ و همکاران، ۲۰۱۹). فعالیت حرکتی، تنفسی و مدیتیشن در یوگا، جهت رها شدن از انقباض عضلات، افزایش انعطاف پذیری و قوای بدن و غلبه بر خستگی مزمن مفید می باشد (واسودوان^۷ و همکاران، ۲۰۲۱). بر اساس پژوهش های پیشین، برنامه تمرینی یوگا می تواند منجر به بهبودی شاخص های فیزیکی مانند افزایش سرعت راه رفتن، کاهش خستگی عضلانی و افزایش کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به ام اس شود (فاشچوسکی^۸ و همکاران، ۲۰۲۲). مطالعه مروری آلفانسوس^۹ و همکاران (۲۰۱۹) نشان داد ورزش های هوازی و یوگا می توانند موجب بالا رفتن کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس شوند. یوگا، شکلی از ورزش ذهن و بدن، به یک روش درمانی رایج تبدیل شده است که برای حفظ سلامتی و کاهش طیف وسیعی از مشکلات و بیماری ها استفاده می شود. یوگا باید به عنوان یک درمان مکمل یا روش جایگزین برای درمان پزشکی در درمان مشکلات روانشناختی در نظر گرفته شود، زیرا نشان داده شده است که باعث ایجاد حس بهتری از بهزیستی، افزایش احساس آرامش، بهبود خودکارآمدی می شود (فاشچوسکی و همکاران، ۲۰۲۲).

1. Wills, & Probst

2. Harrison

3. Thompson

4. Compassion-Focused Acceptance and Commitment Therapy (CFACT)

5. Hill

6. Alphonsus

7. Vasudevan

8. Fasczewski

9. Alphonsus

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تمرکز بر شفقت و تمرینات یوگا بر خودمدیریتی افراد مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس
Comparing the effectiveness of compassion-focused acceptance and commitment therapy and yoga exercises on self-...

بررسی مطالعات دلالت بر این دارند که خودمدیریتی در بیماران ام اس، تحت تاثیر عوامل مختلفی همچون شدت بیماری و وضعیت جسمانی و روانشناختی است. در مجموع مطالعات نشان داده‌اند که جنسیت زن، جوان بودن، تحصیلات بالا، پایین بودن شدت درد و عدم ابتلا به اختلالات روانشناختی نقش موثری بر افزایش خودمدیریتی در بیماران دارد (بیشاپ و فرین، ۲۰۱۱). بر این اساس به نظر می‌رسد که ارتقاء خودمدیریتی در بیماران نیازمند ارائه مداخلات همه جانبه جسمانی و روانشناختی می‌باشد؛ دو مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تمرکز بر شفقت و تمرینات یوگا هر یک دارای پتانسیل‌های مختلفی در زمینه بهبود وضعیت روانشناختی و جسمانی بیماران ام اس می‌باشد؛ به طوری که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تمرکز بر شفقت بیشتر بر افزایش شفقت و بهبود انعطاف پذیری روانشناختی تاکید دارد؛ این در حالی است که تمرینات یوگا بر بهبود قوای فیزیکی و هماهنگی جسمانی-حرکتی تاکید دارند. بر این اساس مقایسه این دو مداخله می‌تواند روشن‌نگر نقش هر یک در بهبود خودمدیریتی بیماران ام اس باشد و به متخصصان بالینی در انتخاب یک مداخله کارآمد کمک کند.

از آنجایی که برای این بیماران در حال حاضر درمان قطعی وجود ندارد، علی‌الخصوص اینکه اکثریت افراد مبتلا به ام اس جوان و جزء نیروهای کارآمد جامعه هستند و کاهش سلامت آنان می‌تواند اثرات مخربی برای جامعه داشته باشد همچنان ضرورت دارد با دقت به انتخاب بهترین روش درمانی (کم‌عارضه‌ترین، مؤثرترین و کم‌هزینه‌ترین) پرداخته شود تا از افزایش درازمدت ناتوانی و مشکلات همراه به بهترین نحو جلوگیری شود. لذا با توجه به مزمن بودن بیماری و ایجاد عوارض متعدد و تأثیر آن بر همه ابعاد زندگی بیمار، همچنین عدم پوشش عوارض و مشکلات بیماران با یک درمان واحد ضرورت انجام پژوهش در خصوص انتخاب درمان‌های مناسب و اقدامات حمایتی در جهت بهزیستی بیماران به شدت احساس می‌شود. با توجه به مباحث مطرح شده، مطالعه حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تمرکز بر شفقت و تمرینات یوگا بر خودمدیریتی افراد مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس انجام شد.

روش

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری دو ماه بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه بیماران ام اس شهرستان بروجرد ثبت شده در انجمن ام اس در سال ۱۴۰۱ بودند که طبق گزارش انجمن ام اس، تعداد آنها ۵۵۰ نفر بود. در این پژوهش ۷۵ نفر پس از احراز معیارهای ورود و ملاحظات اخلاقی به صورت دردسترس مشارکت داشتند و به صورت تصادفی در سه گروه ۲۵ نفری درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تمرکز بر شفقت، تمرینات یوگا و گروه گواه قرار گرفتند. رضایت و علاقه جهت شرکت در پژوهش، عدم ابتلای همزمان به سایر بیماری‌های مزمن نورولوژیکی، دامنه سنی ۲۶ الی ۴۴ سال، عدم قرار گرفتن در دوره عود بیماری (نیازمند بستری شدن)، عدم وجود مشکلات حرکتی، عدم تجربه رویدادهای آسیب‌زا در شش ماه گذشته (همچون سوگ، طلاق، خشونت فیزیکی و...) و عدم مصرف داروهای روانپزشکی از معیارهای ورود به پژوهش بودند. عدم شرکت در بیش از دو جلسه، عدم همکاری و مشارکت فعال در طول جلسات، عود بیماری و نیاز به بستری و شرکت همزمان در جلسات مشاوره و روان درمانی به عنوان معیارهای خروج در نظر گرفته شد. همه افراد شرکت‌کننده در این مطالعه رضایت آگاهانه داشتند و نسبت به اهداف پژوهش آگاه بودند. این مطالعه با شناسه IR.IAU.B.REC.1401.053 در کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی بروجرد ثبت شده است. پس از اجرای حضوری پیش‌آزمون، گروه‌های مداخله تحت درمان و تمرین قرار گرفتند و سپس از هر سه گروه پس آزمون و پس از گذشت دو ماه مجدداً آزمون پیگیری اجرا شد. تحلیل داده‌ها در نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۴ با بهره‌گیری از آزمون آماری تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر انجام شد.

ابزار سنجش

مقیاس خودمدیریتی مولتیپل اسکلروزیس - تجدید نظر شده^۱ (MSSM-R): این ابزار خودگزارشی توسط بیشاپ و فرین (۲۰۱۱) در ۲۴ گویه و ۵ خرده مقیاس؛ ارتباط و رابطه با ارائه‌دهندگان خدمات درمانی، پایبندی به درمان/مقابله با موانع، حمایت اجتماعی/خانواده، اطلاعات و دانش درمورد ام اس و رفتار نگهدارنده سلامت تدوین شده است. روش نمره‌گذاری پرسشنامه بر اساس طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (۱=کاملاً مخالفم، ۲=تاحدودی مخالفم، ۳=نه موافقم نه مخالف، ۴=تاحدودی موافقم، ۵=کاملاً موافقم) می‌باشد و هر چه نمره فرد بالاتر باشد نشان دهنده سطح بالای خودمدیریتی است. دامنه تغییرات در این ابزار بین ۲۴ تا ۱۲۰ می‌باشد. بی‌شاپ و فرین

1. Multiple Sclerosis Self-Management Scale-Revised (MSSM-R)

(۲۰۱۱) با بررسی تحلیل عاملی اکتشافی نشان دادند که این پنج زیرمقیاس در مجموع ۵۷/۷٪ از واریانس کل آزمون را تبیین می‌کنند. نتایج روایی سازه نشان داد که این ابزار با مقیاس تاثیر بیماری ام اس در بعد جسمانی ($r = -0/28$) و بعد روانی ($r = -0/24$) همبستگی منفی و با مقیاس خودکارآمدی بیماران ام اس در بعد عملکرد ($r = 0/26$) و کنترل ($r = 0/31$) همبستگی مثبت و معنادار دارد، که به ترتیب نشان دهنده روایی واگرا و همگرایی این ابزار است. همچنین پایایی این مقیاس به روش همسانی دورنی (آلفای کرونباخ) ۰/۸۵ گزارش شده است (بیشاپ و فرین، ۲۰۱۱). این مقیاس در ایران توسط سعادت و همکاران (۲۰۲۰) ترجمه و ویژگی‌های روانسنجی آن محاسبه شد. نتایج نشان داد که این مقیاس از روایی صوری و محتوایی قابل قبولی برخوردار است. نتایج تحلیل عاملی تاییدی نشان داد که ۲۴ گویه پرسشنامه در ۵ زیرمقیاس از بارعاملی قابل قبولی برخوردار است. نتایج همسانی درونی این مقیاس به روش آلفای کرونباخ و پایایی بازآزمایی در بازه زمانی ۲۰ روز در ۱۶ بیماری مبتلا به ام اس برای کل مقیاس ۰/۸۵ و ۰/۷۷ محاسبه شد. در مطالعه حاضر همسانی درونی این ابزار به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۳ محاسبه شد.

جلسات گروه آزمایش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تمرکز بر شفقت شامل ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت بود که به صورت یک بار در هفته طبق جدول ۱ برگزار شد. با توجه به شرایط جسمانی بیماران ام اس و ناتوانی آن‌ها برای شرکت در جلسات طولانی مدت، هر جلسه ۹۰ دقیقه‌ای با استفاده از وقت استراحت ۱۵ دقیقه‌ای به ۲ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای تقسیم شد. به منظور اجرای این برنامه درمانی در پژوهش حاضر، پروتکل درمانی ۱۰ جلسه‌ای از کتاب درمان متمرکز بر شفقت برای درمانگران اکت (تیرچ و همکاران، ۲۰۱۴)، استخراج و اجرا شد.

جدول ۱: جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تمرکز بر شفقت اقتباس از تیرچ (۲۰۱۴)

جلسات	محتوا
پیش	آشنایی اعضای گروه و با یکدیگر، بررسی دلایل شرکت و انتظارات، ضرورت انجام روان درمانی، معرفی رویکرد، بیان قوانین و ساختار جلسات، اخذ رضایت‌نامه کتبی و اجرای پیش آزمون.
اول	انجام تمرین توجه آگاهی (تمرین رصد کردن بدن)، برقراری اتحاد درمانی (استعاره ۲ کوه)، بیان کنترل به عنوان مشکل سنجش عملکرد (استعاره استخر ماسه)، معرفی سیستم‌های تنظیم هیجان و تعیین تکالیف خانگی.
دوم	مرور تکالیف خانگی، انجام تمرین توجه آگاهی، آشنایی با مغز قدیم و جدید معرفی ابعاد شفقت و سه رقیب مهربانی (استعاره گربه مادر)، ایجاد ناامیدی خلاق (استعاره فشار دادن به تخته کار)، آموزش ایجاد دیدگاه بی تقصیری و تعیین تکالیف خانگی.
سوم	مرور تکالیف، انجام تمرین توجه آگاهی مختصر، ایجاد حساسیت به رنج انسانی در بستری از زمان حال، تعمیم شفقت ذهن آگاهانه به جهان خارج و توسعه حساسیت نسبت به آشفته‌گی‌های زمان حال، تمرین توجه شفقت‌آمیز، پر کردن کاربرگ روزانه شفقت‌آمیز و بررسی تجربیات و تعیین تکالیف خانگی.
چهارم	مرور تکالیف، انجام تمرین توجه شفقت‌آمیز، آموزش و ایجاد گسلش شفقت‌آمیز، به کارگیری استعاره اتوبان ذهن و تمرین اتاق سفید در بافتی مشفقانه و تعیین تکالیف خانگی.
پنجم	مرور تکالیف، انجام تمرین توجه شفقت‌آمیز، آموزش و تقویت تمایل شفقت‌آمیز، استعاره رها کردن شفقت‌آمیز، طناب تمرین پایان دادن به جنگ و تعیین تکالیف خانگی.
ششم	مرور تکالیف، انجام تمرین توجه شفقت‌آمیز، ارائه آموزش‌های لازم درباره خود مشاهده‌گر در بافتی مشفقانه با تأکید بر همدلی و همدردی به عنوان حس انسانی مشترک، استعاره آسمان و آب و هوا انجام تکنیک ۲ صندلی برای انتقادگر درونی و خود مهربان و تعیین تکالیف خانگی.
هفتم	مرور تکالیف خانگی، انجام تمرین توجه آگاهی، آموزش و انتخاب آزادانه ارزش‌های شفقت‌آمیز با تأکید بر مراقبت از سلامت و اهمیت روابط محبت‌آمیز، تعیین ارزش‌های زندگی در بافتی از شفقت در حوزه‌های ۹ گانه (قطب نمای زندگی)، استعاره‌های عصای جادویی و ماشین ذهن خوان و تعیین تکالیف خانگی.
هشتم	مرور تکالیف، انجام تمرین توجه آگاهی، آموزش عمل متعهدانه در راستای ارزش‌های شفقت‌آمیز با تأکید بر التیام رنج انسان، تمرین بچه‌ها در اتوبوس، تعیین اهداف ۴ گانه و چگونگی برخورد با موانع عمل و تعیین تکالیف خانگی.
نهم	مرور تکالیف، انجام تمرین توجه آگاهی، تربیت ذهن مهربان در چارچوب زمینه‌گرایی کارکردی، تمرین تصویرسازی خود مهربان، تمرین برقراری ارتباط با جنبه‌های مختلف خود و تعیین تکالیف خانگی.
دهم	مرور تکالیف، انجام تمرین توجه آگاهی، مرور و جمع بندی مطالب، تشکر و قدردانی و اجرای پس آزمون.

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تمرکز بر شفقت و تمرینات یوگا بر خودمدیریتی افراد مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس
Comparing the effectiveness of compassion-focused acceptance and commitment therapy and yoga exercises on self-...

تمرینات یوگا در ۲۴ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، هفته‌ای سه بار برگزار شد، این برنامه تمرینی بر اساس پروتکل پیشنهادی اوکن^۱ و همکاران (۲۰۰۴) و پن^۲ و همکاران (۲۰۲۲) تنظیم شده است؛ همچنین این پروتکل قبلاً در ایران توسط رضائیان لنگرودی و همکاران (۱۳۹۹) در بیماران ام اس اجرا شده است. خلاصه جلسات در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: جلسات تمرینات یوگا با اقتباس از وی‌ویان (۱۳۸۳)

جلسه	حرکات نرمشی ۱۰ دقیقه	آسانا ۶۰ دقیقه	پرانایاما ۱۰ دقیقه	مدیتیشن ۱۰ دقیقه
اول	تمرین تمرکز نشسته، تنفس آرام، حرکات کششی و ایزومتریک	خم به جلوی راست، بازوها بالا، خم به جلوی چپ، بازوها بالا، پیچ به راست، بازوها بالا، پیچ به چپ، بازوها بالا.	تنفس شانه‌ای، سینه‌ای، شکمی	تمرکز بر روی تنفس، اعضای بدن و محیط بیرون
دوم و هفتم	تمرین تمرکز نشسته، تنفس آرام، حرکات کششی و ایزومتریک	سگ سر پائین، کراکل پشت بازوها، سگ سر بالا، وضعیت کوه با دست‌های نیایش، وضعیت کوه و وضعیت کوه (بازوها بالا)، وضعیت کودک (سجده)، خم به جلوی ایستاده.	تنفس شانه‌ای، سینه‌ای، شکمی	تمرکز بر روی تنفس، اعضای بدن و محیط بیرون
هشتم الی دوازدهم	تمرین تمرکز نشسته، تنفس آرام، حرکات کششی و ایزومتریک	جنگجوی دو و سه و چرخ فلک. کشش پهلوی با زاویه، راه رفتن متمرکز به جلو، وضعیت مثلث، شیشه پاک کن و وضعیت ملخ.	تنفس شانه‌ای، سینه‌ای، شکمی	تمرکز بر روی تنفس، اعضای بدن و محیط بیرون
سیزدهم الی هفدهم	تمرین تمرکز نشسته، تنفس آرام، حرکات کششی و ایزومتریک	وضعیت پینه‌دوز (پروانه)، گرد شدن رو به بالا، وضعیت کمان، حرکت سنبلیله، حرکت جراثیل ساده، حرکت ماهی، حرکت جراثیل نشسته.	تنفس شانه‌ای، سینه‌ای، شکمی	تمرکز بر روی تنفس، اعضای بدن و محیط بیرون
هجدهم الی بیست‌چهارم	تمرین تمرکز نشسته، تنفس آرام، حرکات کششی و ایزومتریک	حرکت گاو آهن، حرکت قوسی، جهش پای چپ جلو، حرکت شمع، جهش پای راست جلو و سلام بر خورشید.	تنفس شانه‌ای، سینه‌ای، شکمی	تمرکز بر روی تنفس، اعضای بدن و محیط بیرون

یافته‌ها

در این پژوهش ابتدا ۷۵ نفر در سه گروه ۲۵ نفری مشارکت داشتند، اما به سبب ریزش گروه‌ها به ۲۲ نفر یکسان‌سازی شد. در این مطالعه ۶۶ نفر در سه گروه ۲۲ نفری نهایتاً مشارکت داشتند که همه آن‌ها خانم بودند، میانگین و انحراف معیار سنی گروه اکت+شفقت (۳۶/۵±۵۴/۲۸)، تمرینات یوگا (۳۶/۶۸±۵/۴۱) و گواه (۳۷/۷۲±۵/۲۲) بر حسب سال همگون بود. همچنین هر سه گروه از نظر میانگین طول دوران بیماری بر حسب سال اکت+شفقت (۸/۲۷±۳/۲۲)، تمرینات یوگا (۸/۴±۷۲/۱۳) و گواه (۹/۵۴±۳/۵۶) تقریباً مشابه بودند. همچنین در هر سه گروه تعداد افراد متاهل بیشتر از افراد مجرد بود، به طوری که در گروه‌های اکت+شفقت (۱۳ نفر)، تمرینات یوگا (۱۲ نفر) و گواه (۱۸ نفر) متاهل بودند؛ سایر افراد مجرد بودند. نتایج نشان داد که در هر سه گروه تعداد افراد با تحصیلات دیپلم بیشتر از سایر تحصیلات بود، به طوری که در گروه‌های اکت+شفقت (۱۰ نفر)، تمرینات یوگا (۱۱ نفر) و گواه (۱۴ نفر) دارای تحصیلات دیپلم بودند و بقیه افراد به ترتیب با تحصیلات کاردانی و کارشناسی و سپس کارشناسی ارشد بودند. نتایج دیگر نشان داد که در هر سه گروه تعداد افراد شاغل بیشتر از سایر وضعیت‌ها (خانه‌دار یا یازنشسته) بود، به طوری که در گروه‌های اکت+شفقت (۱۵ نفر)، تمرینات یوگا (۱۳ نفر) و گواه (۱۷ نفر) شاغل بودند. در ادامه در جدول ۳ اطلاعات توصیفی متغیر خودمدیریتی به تفکیک گروه‌ها و مراحل سنجش ارائه شده است، همچنین در این نتایج نرمال بودن داده‌ها با بهره‌گیری از آزمون شاپیروویلک ارائه شده است.

جدول ۳: شاخص‌های توصیفی متغیر خودمدیریتی به تفکیک گروه‌ها

وضعیت	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	حداقل	حداکثر	شاپیرو ویلک	معناداری
پیش آزمون	اکت+شفقت	۸۵/۲۷	۱۱/۹۰	۵۸	۱۰۲	۰/۹۳۲	۰/۱۳۶
	تمرینات یوگا	۸۴/۶۸	۱۰/۲۱	۵۷	۹۸	۰/۹۲۱	۰/۰۷۹
	گواه	۸۵/۸۶	۱۰/۲۵	۶۴	۱۰۰	۰/۸۹۵	*۰/۰۲۴
پس آزمون	اکت+شفقت	۹۹/۲۷	۱۳/۱۹	۶۷	۱۲۰	۰/۹۲۶	۰/۱۰۳
	تمرینات یوگا	۸۷/۵۹	۱۳/۱۲	۵۵	۱۱۲	۰/۹۵۱	۰/۳۲۴
	گواه	۸۶/۴۵	۱۳/۰۶	۶۶	۱۱۰	۰/۹۵۹	۰/۴۷۴
پیگیری	اکت+شفقت	۱۰۲/۵۰	۱۱/۹۳	۷۷	۱۲۰	۰/۹۳۰	۰/۱۲۵
	تمرینات یوگا	۸۸/۷۲	۱۲/۲۵	۶۵	۱۱۴	۰/۹۰۰	*۰/۰۲۹
	گواه	۸۵/۳۱	۱۱/۸۵	۷۱	۱۱۲	۰/۹۰۰	*۰/۰۳۰

* $P < 0.05$ معنادار

در جدول فوق نتایج نشان می‌دهد که گروه‌های آزمایش نسبت به گواه در طول مراحل سنجش تغییرات بیشتری داشته‌اند؛ همچنین نتایج آزمون شاپیرو ویلک نشان داد، داده‌ها در مراحل مختلف سنجش به تفکیک گروه‌ها دارای توزیع نرمال می‌باشند ($P > 0.05$)، به جز پیش‌آزمون گروه گواه و پیگیری گروه‌های تمرینات یوگا و گواه، جهت اطمینان از نرمال بودن توزیع داده‌ها در این دو مورد آماره کجی هر یک از آن‌ها به ترتیب (-0.139) ، (0.04) و (0.35) محاسبه شد، با توجه به اینکه در دامنه ۲ الی ۲- قرار دارند، می‌توان گفت توزیع داده‌ها بر اساس این شاخص در این موارد نیز نرمال است. در ابتدا بررسی می‌شود که آیا نمره پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری در گروه‌ها رابطه خطی دارد یا خیر و در صورت وجود رابطه خطی، آیا همگونی در شیب خط رگرسیون برقرار است. نتایج بررسی این دو پیش‌فرض در ادامه ارائه شده است. جهت بررسی همگونی خطای واریانس‌ها از آزمون لون استفاده شد، نتایج نشان داد که خطای واریانس‌ها در پیش‌آزمون ($F=0.48, P=0.953$)، پس‌آزمون ($F=0.367, P=0.694$) و پیگیری ($F=0.364, P=0.533$) بین سه گروه برقرار بود ($p > 0.05$)، همچنین نتایج آزمون ام باکس نشان داد که ماتریس کواریانس متغیرهای وابسته در سه گروه همسان است ($P=0.289, F=1.171$)، نتایج آزمون کرویت موچلی با حضور گروه گواه نشان داد که مقادیر متغیر خودمدیریتی ($P=0.108, W=0.931$ موچلی) معنادار نمی‌باشد. با توجه به برقراری پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر، جهت آزمون مقایسه اثربخشی مداخلات در مراحل سنجش و مقایسه آن‌ها از این آزمون استفاده شده است.

جدول ۴: نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر برای خودمدیریتی در سه مرحله اندازه‌گیری

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	مقدار P	اندازه اثر	توان آماری
زمان	۱۸۲۴/۲۵۳	۲	۹۱۲/۱۲۶	۲۳/۰۷۱	۰/۰۰۱	۰/۲۶۸	۱
زمان*گروه	۲۹۷۱/۵۹۶	۴	۵۱۷/۸۹۹	۱۳/۱۰۰	۰/۰۰۱	۰/۲۹۴	۱
خطا	۴۹۸۱/۴۸۵	۱۲۶	۳۹/۵۳۶				
بین گروهی	۳۸۰۰/۰۷۱	۲	۱۹۰۰/۰۳۵	۵/۴۸۳	۰/۰۰۶	۰/۱۴۸	۰/۸۳۳

نتایج ارزیابی بین گروهی نشان داد که بین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در متغیر خودمدیریتی ($F=5.483, P=0.006$) حداقل بین دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود دارد و ضریب تعیین ۱۵ درصد می‌باشد. جهت بررسی اینکه تغییرات در کدام یک از گروه‌ها در طول زمان معنادار بوده است، از آزمون تعقیبی بن‌فرونی به تفکیک گروه‌ها و مراحل سنجش استفاده شده است؛ نتایج در ادامه ارائه شده است.

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تمرکز بر شفقت و تمرینات یوگا بر خودمدیریتی افراد مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس
Comparing the effectiveness of compassion-focused acceptance and commitment therapy and yoga exercises on self-...

جدول ۵: نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی برای مقایسه تغییرات متغیر خودمدیریتی در مراحل سنجش و بین گروه‌ها

مراحل سنجش		اکت+شفقت		تمرینات یوگا		گواه	
اختلاف میانگین	معناداری	اختلاف میانگین	معناداری	اختلاف میانگین	معناداری	اختلاف میانگین	معناداری
پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۱۴/۰۰۰	۰/۰۰۱	۲/۹۰۹	۰/۱۸۹	۱/۵۹۱	۱/۰۰۰
پیش‌آزمون	پیگیری	۱۷/۲۲۷	۰/۰۰۱	۴/۰۴۵	۰/۰۷۷	۰/۴۵۴	۱/۰۰۰
پس‌آزمون	پیگیری	۳/۲۲۷	۰/۴۶۴	۱/۱۳۶	۱/۰۰۰	۱/۱۳۶	۱/۰۰۰
گروه‌ها		اختلاف میانگین		خطای انحراف معیار		معناداری	
اکت+شفقت	تمرینات یوگا	۸/۶۸۱	۳/۲۴۰	۰/۰۲۸			
اکت+شفقت	گواه	۹/۸۰۳	۳/۲۴۰	۰/۰۱۱			
تمرینات یوگا	گواه	۱/۱۲۱	۳/۲۴۰	۱/۰۰۰			

نتایج آزمون بن‌فرونی نشان می‌دهد که در گروه درمانی اکت+شفقت تغییرات بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون ($P=0/001$) و پیش‌آزمون و پیگیری ($P=0/001$) تفاوت وجود دارد؛ این تغییرات نشان دهنده این است که این درمان تا مرحله پیگیری تغییرات پایداری داشته است. اما در گروه درمانی یوگا بین مراحل سنجش تفاوت معناداری وجود ندارد؛ همچنین در گروه گواه بین مراحل سنجش تفاوت معناداری مشاهده نشد. همچنین نتایج مقایسه زوجی گروه‌ها نشان داد که تغییرات گروه اکت+شفقت با گروه تمرینات یوگا ($P=0/028$) و گروه گواه ($P=0/011$) معنادار می‌باشد ($P<0/05$). در مجموع می‌توان گفت که مداخله درمانی اکت+شفقت تا مرحله پیگیری تأثیرات ماندگاری داشته و بر افزایش خودمدیریتی موثر بوده است، اما در گروه تمرینات یوگا و گواه تغییری ایجاد نشده و فقط مداخله اکت+شفقت بر افزایش خودمدیریتی موثر بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تمرکز بر شفقت و تمرینات یوگا بر خودمدیریتی افراد مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (ام اس) انجام شد. نتیجه این مطالعه نشان داد که تنها درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تمرکز بر شفقت تا مرحله پیگیری منجر به بهبود خودمدیریتی بیماران مبتلا به ام اس شد؛ اما در مقابل تمرینات یوگا هیچ تأثیری بر خودمدیریتی بیماران نداشت. در زمینه ارتقاء خودمدیریتی بیماران ام اس بر اساس مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تمرکز بر شفقت نتیجه حاضر با مطالعه بهمنی و همکاران (۲۰۲۲)، تامپسون و همکاران (۲۰۲۲)، هارینسون و همکاران (۲۰۱۷)، ابوطالبی و همکاران (۱۴۰۱) و سعادت و همکاران (۱۳۹۸) همسو بود. در واقع نتایج این مطالعات نشان داده‌اند که مداخلات روانشناختی با بهره‌گیری از اصلاح الگوهای شناختی رفتاری، بهبود ظرفیت انعطاف‌پذیری روانشناختی و افزایش خودشفقتی نقش موثری بر بهبود نشانگان روانشناختی و افزایش خودمدیریتی در بیماران ام اس داشته‌اند.

در تبیین می‌توان گفت که بهبود خودمدیریتی نیازمند پذیرش بیماری و شرایط مزمن، پایبندی و تعهد به درمان و بهبود حمایت اجتماعی ادراک شده از جانب افراد مهم می‌باشد که در مداخله روانشناختی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تمرکز بر شفقت که با هدف افزایش ظرفیت انعطاف‌پذیری روانشناختی برگزار شد، این مسائل محقق شد و خودمدیریتی بیماران افزایش یافت. در این درمان مداخلاتی در جهت کاهش کنترل‌گری، همجوشی شناختی و اجتناب هیجانی و رفتاری اجرا می‌شود؛ هدف این مداخلات افزایش ظرفیت پذیرش و مواجهه واقعی با موقعیت‌های زندگی می‌باشد (هیل و همکاران، ۲۰۲۰). همچنین در این درمان بر افزایش خودمهربانی، اشتراکات انسانی و ذهن‌آگاهی تمرکز می‌شود؛ چراکه این مداخلات می‌تواند به افراد مبتلا به ام اس کمک کند که ارزیابی بدون قضاوت نسبت به خود داشته باشند و با خود، شفقت بیشتری داشته باشند. همچنین به جای اینکه بیماری را یک عامل آسیب‌زا ارزیابی کنند که منجر به انزوای آن‌ها از سایر انسان‌ها شود، بیماری را یک استراک انسانی بدانند که هر انسانی می‌تواند در طول زندگی چنین تجربه و حتی تجارب سخت‌تر از این هم داشته باشد (میرمعینی و همکاران، ۲۰۲۱). بر این اساس انتظار می‌رفت که با اجرای این مداخلات، میزان انعطاف‌پذیری روانشناختی افزایش پیدا کند که به واسطه آن خودمدیریتی بیماران افزایش یابد، که این مسئله محقق شد.

در اهمیت ترکیب شفقت درمانی در درمان پذیرش و تعهد می توان گفت این درمان باعث افزایش ذهن آگاهی، انگیزه مراقبت، شفقت، همدلی، و دیدگاه غیر قضاوت کننده می شود. در واقع پرورش شفقت به خود، شفقت نسبت به دیگران و پذیرش شفقت از سوی دیگران می تواند خانه روانی امن و معنوی ایجاد کند که در نتیجه افراد می توانند به طور موثر با حوادث زیانبار زندگی مقابله کنند. این درمان هیجانات منفی را کاهش می دهد و آن ها را با هیجانات مثبت جایگزین می کند. به نظر می رسد که به دلیل این خودتنظیمی هیجانی، مشکلات روانشناختی کاهش می یابد. در نتیجه درک فرد از توانایی ای خود به ویژه در زمینه عاطفی و برخورد با موقعیت ها و شرایط استرس زا بهبود می یابد و در نتیجه مدیریت بهتری نسبت به خود در مقابل بیماری و شرایط مزمن دارد (ناصری نیا و اسمخانی اکبری نژاد، ۱۴۰۱).

در این مطالعه نشان داده شد که تمرینات یوگا نقش موثری بر بهبود خودمدیریتی بیماران ام اس ندارد. در بررسی پیشنهاد مطالعه ای یافت نشد که به بررسی تاثیر تمرینات یوگا بر بهبود خودمدیریتی بیماران ام اس بپردازد؛ اما در مطالعات قبلی نشان داده شده است که این تمرینات نقش موثری بر بهبود وضعیت جسمانی و روانشناختی (آلفانسوس و همکاران، ۲۰۱۹)، بهبود وضعیت جسمانی، انعطاف پذیری و قوای بدن و غلبه بر خستگی مزمن (واسودوان و همکاران، ۲۰۲۱). و بهبود شاخص های فیزیکی مانند افزایش سرعت راه رفتن، کاهش خستگی عضلانی و افزایش کیفیت زندگی (فاشچوسکی و همکاران، ۲۰۲۲) این بیماران شده است. در تبیین می توان گفت که تمرینات یوگا به سبب تمرکز بر مداخلات جسمانی-عضلانی، نقش موثری بر بهبود وضعیت جسمانی و مدیریت بهتر نشانگان بیماری می شود، اما با توجه به اینکه خودمدیریتی نیازمند افزایش دانش بیماری و ظرفیت پذیرش روانشناختی می باشد، در این مداخله این مسئله محقق نمی شود و نمی تواند مستقیماً به بهبود خودمدیریتی بیماران کمک کند. اینگونه پیش بینی می شد که با بهبود وضعیت جسمانی بیماران و کاهش استرس به سبب دریافت مداخله یوگا، میزان خودمدیریتی بیماران بهبود یابد، اما این مسئله محقق نشد.

در مجموع می توان نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تمرکز بر شفقت یک درمان موثر بر بهبود خودمدیریتی بیماران ام اس بود، اما در مقابل تمرینات یوگا تاثیر معناداری نداشت. بر این اساس اجرای مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تمرکز بر شفقت به بیماران ام اس در سایر موقعیت های درمانی پیشنهاد می شود. نمونه گیری داوطلبانه و عدم حضور مردان در این مطالعه، محدودیت های اصلی این مطالعه بود، بر این اساس می بایست در تعمیم نتایج جانب احتیاط رعایت شود. پیشنهاد می شود که در مطالعات آینده نمونه گیری تصادفی و اجرای این مطالعه در مردان مرود توجه قرار گیرد.

منابع

- ابوطالبی، ح.، یزدچی، ن.، و اسمخانی اکبری نژاد، ه. (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. <http://tmuj.iautmu.ac.ir/article-1-1935-fa.html>
- ایما ثاقبی، ه.، میرزاخانی، ن.، و حدادی نیا، ع. (۱۴۰۱). مروری بر ابزارهای ارزیابی عمومی خودمدیریتی. *مجله طب توانبخشی*، ۱۱ (۲)، ۱۷۸-۱۶۸. <https://medrehab.sbmu.ac.ir/article-1101269.html>
- حسینی نژاد، م.، سعادت، س.، بخشی پور ح.، و نصیری، پ. (۱۴۰۰). شیوع و بروز بیماری مولتیپل اسکلروزیس (ام اس) در استان گیلان. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد*، ۲۹ (۱)، ۳۴۳۸-۳۴۴۷. <http://jssu.ssu.ac.ir/article-1-5122-fa.html>
- رضائیان لنگرودی، ر.، غیاثیان، م.، روزبهانی، م.، و شمسانی، ف. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی تمرینات یوگا و روان درمانی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خستگی و کیفیت زندگی بیماران مولتیپل اسکلروزیس. *مجله مراقبت پرستاری و مامایی ابن سینا*، ۲۸ (۴)، ۶۲-۷۲. <http://nmj.umsha.ac.ir/article-1-2191-fa.html>
- سعادت، س.، کلانتری، م.، کجیاف، م. ب.، و حسینی نژاد، م. (۱۳۹۸). اثر یک برنامه آموزشی روانشناختی بر خودمدیریتی زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. *مجله علوم پزشکی رازی*، ۲۶ (۷)، ۸۸-۹۸. <http://rjms.iuims.ac.ir/article-1-5745-fa.html>
- منصوری کربانی، ر.، بساک نژاد، س.، مهرابی زاده هنرمند، م.، و مجدی نسب، ن. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت بر انعطاف پذیری روان شناختی و آشنایی روان-شناختی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. *مجله روان پزشکی و روان شناسی بالینی ایران*، ۲۵ (۲)، ۲۳۵-۲۲۲. <http://ijpcp.iuims.ac.ir/article-1-3417-fa.html>
- ناصری نیا، ه.، و اسمخانی اکبری نژاد، ه. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر نشانگان افت روحیه و فاجعه پنداری درد مردان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. *بیهوشی و درد*، ۱۳ (۲)، ۸۵-۹۷. <http://jap.iuims.ac.ir/article-1-5643-fa.html>

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تمرکز بر شفقت و تمرینات یوگا بر خودمدیریتی افراد مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس
Comparing the effectiveness of compassion-focused acceptance and commitment therapy and yoga exercises on self-...

نخواه، ر.، کهرآزنی، ف.، و ثناگوی محرر، غ. ر. (۱۳۹۹). اثربخشی روان‌درمانی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش شدت درد بیماران مبتلا به درد

مزم. *مجله دانشگاه پزشکی زابل*، ۲۵ (۲)، ۶۶-۶۱. <https://jzms.ir/index.php/JZMS/article/view/199>

Alphonsus, K. B., Su, Y., & D'Arcy, C. (2019). The effect of exercise, yoga and physiotherapy on the quality of life of people with multiple sclerosis: Systematic review and meta-analysis. *Complementary therapies in medicine*, 43, 188-195.

<https://doi.org/10.1016/j.ctim.2019.02.010>

Bahmani, B., Mehraban, S., Azkhosh, M., Khanjani, M. S., & Azimian, M. (2022). The Effectiveness of Cognitive-Behavioral, Mindfulness and Acceptance and Commitment Therapies to Improving the Psychological Symptoms of Patients with Multiple Sclerosis in Iran: Systematic Review and Meta-analysis. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 16(4), e127590. <https://doi.org/10.5812/ijpbs-127590>

Bishop, M., & Frain, M. P. (2011). The Multiple Sclerosis Self-Management Scale: revision and psychometric analysis. *Rehabilitation Psychology*, 56(2), 150-159. <https://doi.org/10.1037/a0023679>

Boucher, L. M., Shoemaker, E. S., Liddy, C. E., Leonard, L., MacPherson, P. A., Presseau, J., ... & Kendall, C. E. (2022). "The drug use unfortunately isn't all bad": Chronic disease self-management complexity and strategy among marginalized people who use drugs. *Qualitative Health Research*, 32(6), 871-886. <https://doi.org/10.1177/10497323221083353>

Fasczewski, K. S., Garner, L. M., Clark, L. A., Michels, H. S., & Migliarese, S. J. (2022). Medical Therapeutic Yoga for multiple sclerosis: examining self-efficacy for physical activity, motivation for physical activity, and quality of life outcomes. *Disability and Rehabilitation*, 44(1), 106-113. <https://doi.org/10.1080/09638288.2020.1760364>

Feinstein, A., Amato, M. P., Brichetto, G., Chataway, J., Chiaravalloti, N. D., Cutter, G., ... & CogEx Research Team. (2022). The late onset of emotional distress in people with progressive multiple sclerosis during the Covid-19 pandemic: longitudinal findings from the CogEx study. *Journal of neurology*, 269(12), 6202-6210. <https://doi.org/10.1007/s00415-022-11295-5>

Gromisch, E. S., Neto, L. O., Sloan, J., Tyry, T., & Foley, F. W. (2021). Using the Multiple Sclerosis Resiliency Scale to identify psychological distress in persons with multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis and Related Disorders*, 53, 103079. <https://doi.org/10.1016/j.msard.2021.103079>

Gromisch, E. S., Turner, A. P., Gangi, A., Neto, L. O., & Foley, F. W. (2022). What factors are associated with resilience in persons with multiple sclerosis? The role of personality traits. *Rehabilitation Psychology*, 67(4), 575. <https://doi.org/10.1037/rep0000468>

Harrison, A. M., McCracken, L. M., Jones, K., Norton, S., & Moss-Morris, R. (2017). Using mixed methods case-series evaluation in the development of a guided self-management hybrid CBT and ACT intervention for multiple sclerosis pain. *Disability and rehabilitation*, 39(18), 1785-1798. <https://doi.org/10.1080/09638288.2016.1209580>

Hauser, S. L., & Cree, B. A. (2020). Treatment of multiple sclerosis: a review. *The American journal of medicine*, 133(12), 1380-1390. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2020.05.049>

Hill, M. L., Schaefer, L. W., Spencer, S. D., & Masuda, A. (2020). Compassion-focused acceptance and commitment therapy for women with restrictive eating and problematic body-checking: A multiple baseline across participants study. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 16, 144-152. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.04.006>

Johnson, S., Flink, M., Peterson, E., Gottberg, K., Elf, M., Johansson, S., ... & Ytterberg, C. (2023). Self-management of falls in people with multiple sclerosis: A scoping review. *Clinical rehabilitation*, 37(2), 162-176. <https://doi.org/10.1177/02692155221128723>

McGinley, M. P., Goldschmidt, C. H., & Rae-Grant, A. D. (2021). Diagnosis and treatment of multiple sclerosis: a review. *Jama*, 325(8), 765-779. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.26858>

Mirmoeini, P., Bayazi, M. H., & Khalatbari, J. (2021). Comparing the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Compassion Focused Therapy on worry severity and loneliness among the patients with Multiple Sclerosis. *Internal Medicine Today*, 27(4), 534-549. <http://imtj.gmu.ac.ir/article-1-3555-en.html>

Oken, B. S., Kishiyama, S., Zajdel, D., Bourdette, D., Carlsen, J., Haas, M., ... & Mass, M. (2004). Randomized controlled trial of yoga and exercise in multiple sclerosis. *Neurology*, 62(11), 2058-2064. <https://doi.org/10.1212/01.WNL.0000129534.88602.5C>

Pan, Y., Huang, Y., Zhang, H., Tang, Y., & Wang, C. (2022). The effects of Baduanjin and yoga exercise programs on physical and mental health in patients with Multiple Sclerosis: A randomized controlled trial. *Complementary Therapies in Medicine*, 70, 102862. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2022.102862>

Saadat, S., Kajbaf, M. B., Kalantari, M., & Hosseini-zhad, M. (2020). The Multiple Sclerosis Self-Management Scale-Revised (MSSM-R) Persian Version and Psychometric Analysis. *International journal of MS care*, 22(1), 37-42. <https://doi.org/10.7224/1537-2073.2018-090>

Thompson, B., Moghaddam, N., Evangelou, N., Baufeldt, A., & Das Nair, R. (2022). Effectiveness of acceptance and commitment therapy for improving quality of life and mood in individuals with multiple sclerosis: A systematic review and meta-analysis. *Multiple Sclerosis and Related Disorders*, 63, 103862. <https://doi.org/10.1016/j.msard.2022.103862>

Vasudevan, S., Devulapally, S., Chirravuri, K., Elangovan, V., & Kesavan, N. (2021). Personalized yoga therapy for multiple sclerosis: effect on symptom management and quality of life. *International Journal of Yoga Therapy*, 31(1), 11. <https://doi.org/10.17761/2021-D-19-00037>

Wills, O. C., & Probst, Y. C. (2022). Understanding lifestyle self-management regimens that improve the life quality of people living with multiple sclerosis: a systematic review and meta-analysis. *Health and Quality of Life Outcomes*, 20(1), 1-28. <https://doi.org/10.1186/s12955-022-02046-1>