

Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Psychological Distress, Marital Satisfaction and Quality of Life in Women with Multiple Sclerosis

Shakernegad S^{*1}, Moazen N², Hamidy M³, Hashemi R⁴, Bazzazzadeh N⁵, Bodaghi M⁶

1. Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Islamic Azad University United Arab Emirates branch, Dubai, United Arab Emirates.

2. Department of Psychology, Faculty of Humanities, Islamic Azad University Tabriz branch, Tabriz, Iran.

3. Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Islamic Azad University, Yasuj branch, Yasuj Iran.

4. Department of Counseling, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Islamic Azad University of marvdasht branch, Fars, Iran.

5. Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Islamic Azad University West Azerbaijan, West Azerbaijan, Iran.

6. Department of Psychology, Faculty of Humanities, Islamic Azad University arak, arak, Iran.

* **Corresponding author.** Tel: +989144153751 E-mail: sepidehshakernegad@gmail.com

Received: May 23, 2016 Accepted: Feb 18, 2017

ABSTRACT

Background & objectives: Psychological factors play a major role in the escalation and relapse. Because Multiple Sclerosis is a chronic disease which is the leading cause of many psychological problems. Therefore, the aim of the present study was to investigate the effectiveness of acceptance and commitment therapy on psychological distress, marital satisfaction and quality of life in women with multiple sclerosis.

Method: This research was a quasi-experimental and pretest-posttest study design using control group for follow up. Among all women with Multiple Sclerosis at the Multiple Sclerosis Society of Iran, 24 MS patients with relapsing-remitting were selected through convenience sampling and they were randomly assigned to experimental and control groups respect to inclusion and exclusion criteria. Then, experimental group went under 8 treatment sessions of Acceptance and Commitment Therapy. During this period, the control group did not receive any intervention. Both groups were evaluated before and after treatment and at follow-up with QOL questionnaire, psychological distress and marital satisfaction questionnaires. Data were analyzed by descriptive statistics and inferential statistics including mixed analysis of variance ($p < 0.01$ meaningful level) using SPSS-22 statistical software.

Results: The mean age in the experimental and control groups respectively, were 30 ± 9.64 and 29 ± 10.25 years, and the mean of infection in intervention and control groups respectively, were 5 ± 6.61 and 4 ± 6.12 years. Both groups of patients were married and had relapsing-remitting Multiple Sclerosis. The results showed that average of variables such as psychological distress, marital satisfaction and quality of life increased while; control group was not observed this trend. Also, mixed analysis of variance indicated that acceptance and commitment therapy resulted in a significant reduction in psychological distress, enhance the quality of life and marital satisfaction in women with Multiple Sclerosis, The effects lasted for up to three months after treatment.

Conclusion: According to the present study results and impact of psychological factors in process of MS, it is suggested that acceptance and commitment therapy should be used to improve the situation of women who suffering from Multiple Sclerosis.

Keywords: Multiple Sclerosis; Psychological Distress; Acceptance and Commitment Therapy; Marital Satisfaction; Women; Quality of Life.

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پریشانی روانشناختی، رضایت زناشویی و کیفیت زندگی در زنان مبتلا به بیماری اسکروز متعدد

سپیده شاکرنژاد^{۱*}، نسرين موزن^۲، معصومه حمیدی^۳، رهاهاشمی^۴، نیلوفر بزاززاده^۵، مظاهر بدایق^۶

۱. گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی امارات، دانشگاه آزاد امارات متحده عربی، دبئی، امارات متحده عربی

۲. گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی تبریز، تبریز، ایران

۳. گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی یاسوج، یاسوج، ایران

۴. گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی مرودشت، فارس، ایران

۵. گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی آذربایجان غربی، آذربایجان غربی، ایران

۶. گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی اراک، اراک، ایران

* نویسنده مسئول. تلفن: ۰۹۱۴۴۱۵۳۷۵۱. پست الکترونیکی: sepidehshakernegad@gmail.com

چکیده

زمینه و هدف: عوامل روانشناختی نقش بسیاری در تشدید و عود بیماری اسکروز متعدد دارند، این بیماری به دلیل مزمن بودن، باعث مشکلات روانشناختی زیادی در بیماران می‌گردد، از این رو هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در پریشانی روانشناختی، رضایت زناشویی و کیفیت زندگی در زنان مبتلا به اسکروز متعدد بود.

روش کار: پژوهش حاضر یک طرح نیمه تجربی پیش آزمون- پس آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. از میان جامعه آماری زنان مبتلا به اسکروز متعدد در انجمن اسکروز متعدد ایران، ۲۴ نفر بیمار از نوع عودکننده فروکش کننده بیماری، با لحاظ کردن ملاک‌های ورود و به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و به شیوه انتساب تصادفی در دو گروه مداخله و کنترل جایگزین شدند و سپس گروه مداخله تحت درمان هشت جلسه‌ای مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفت. هر دو گروه قبل از درمان، پس از اتمام درمان و در پیگیری سه ماهه با پرسشنامه‌های کیفیت زندگی، پریشانی روانشناختی و رضایت زناشویی مورد ارزیابی قرار گرفتند. از روش‌های آمار توصیفی و استنباطی شامل تحلیل واریانس چندگانه (سطح معنی‌داری ۰/۰۱) از طریق SPSS-22 مورد تجزیه تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: میانگین سنی گروه آزمایش و کنترل به ترتیب $30 \pm 9/64$ و $29 \pm 10/25$ سال بود همچنین میانگین مدت ابتلا به بیماری در گروه مداخله و کنترل به ترتیب $5 \pm 6/61$ و $4 \pm 6/12$ سال بود. هر دو گروه متاهل و از نوع عودکننده فروکش کننده بیماری بودند، نتایج نشان داد که میانگین گروه مداخله در پریشانی روانشناختی، رضایت زناشویی و کیفیت زندگی با افزایش روبه رو است که در گروه کنترل این افزایش مشاهده نشد، همچنین تحلیل واریانس چندگانه نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به کاهش معنادار پریشانی روانشناختی ($p < 0/05$) و افزایش کیفیت زندگی و رضایت زناشویی ($p < 0/01$) در زنان مبتلا به اسکروز متعدد گشته است، که این تغییر تا سه ماه پس از درمان هم تداوم داشت ($p < 0/01$).

نتیجه گیری: با توجه به نتایج پژوهش حاضر و تأثیرات عوامل روانشناختی در روند بیماری اسکروز متعدد، پیشنهاد می‌شود که از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای بهبود وضعیت روانشناختی زنان مبتلا به بیماری اسکروز متعدد استفاده شود.

واژه‌های کلیدی: اسکروز متعدد، پریشانی روانشناختی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، رضایت زناشویی، زنان، کیفیت زندگی.

پذیرش: ۹۵/۱۱/۳۰

دریافت: ۹۵/۳/۳

مقدمه

در سیستم عصبی مرکزی است، گرچه نشانه‌های بسیار در خصوص بیماری اسکروز متعدد وجود دارد ولی علت آن هنوز ناشناخته است. شیوع بیماری اسکروز متعدد در ایران ۴۰ نفر در ۱۰۰ هزار

اسکروز متعدد یکی از شایع‌ترین علل ناتوانی در افراد جوان است، این مشکل نوعی بیماری پیش رونده و تحلیل برنده غلاف میلین سلول‌های عصبی

نفر می‌باشد و همچنین زنان دو تا سه برابر بیشتر از مردان تحت تاثیر این بیماری قرار می‌گیرند (۱). علائم و نشانه‌های این بیماری بسته به تمرکز و ویژگی‌های مورفولوژیکی در ماده مغزی سفید و خاکستری ممکن است به صورت‌های متفاوتی بروز کند. مهمترین این نشانه‌ها عبارتند از اختلال در بینایی، تکلم، بلع، اسپاسم، ضعف عضلانی، اختلال تعادل و هماهنگی، درد، اختلال حسی مثانه و روده، اختلال عملکرد جنسی، خستگی، تغییرات شناختی و عاطفی. علی‌رغم پیشرفت‌های علم پزشکی در سالیان اخیر، در حال حاضر بیماری اسکروز متعدد درمان قطعی و ریشه‌کن کننده‌ای نداشته و اغلب درمان‌های موجود، منجر به کاهش علائم و یا کاهش سرعت پیشرفت بیماری می‌شوند. این بیماری همراه تغییرات شخصیتی و شناختی و در کل روانشناختی می‌باشد، همچنین مشخص شده که پریشانی روانشناختی به عنوان محرک و برانگیزاننده‌ای برای تشدید و عود بیماری است، در واقع پریشانی روانشناختی در این افراد با تغییرات بیولوژیکی همراه می‌باشد (۲). علاوه بر این پریشانی روانشناختی در این افراد با حل مساله ضعیف و مقابله ناکارآمد همراه است که می‌تواند متعاقبا شرایط جسمی این افراد را تحت تاثیر قرار دهد، افراد مبتلا به اسکروز متعدد پریشانی روانشناختی بالایی را گزارش می‌دهند، برای مثال طبق آمار، پریشانی روانشناختی شیوع ۵۰ درصدی در این افراد دارد. پریشانی روانشناختی تعیین کننده مهمی در واکنش‌های روانی و جسمی بیماری اسکروز متعدد دارد (۳، ۴). یکی دیگر از حوزه‌هایی که بیماری اسکروز متعدد باعث مختل شدن آن می‌شود، رضایت زناشویی است. حدود ۳۰ درصد از این بیماران نیازمند حمایت کامل همسران خود در محیط خانه می‌باشند، اسکروز متعدد به طرق گوناگونی از جمله نیازمندی به مراقبت‌های شبانه‌روزی، کاهش شادکامی، کاهش حمایت اجتماعی، پریشانی روانشناختی و کاهش و نقص در

روابط جنسی موجب کاهش رضایت زناشویی می‌گردد. این کاهش رضایت زناشویی با شدت و پیشرفت بیماری اسکروز متعدد رابطه‌ای دوسویه به خود می‌گیرد و نیازمند مداخلات روانشناختی در این حوزه می‌باشد (۵). مک پترز^۱ و همکاران در پژوهشی مشخص نمودند که رضایت از زندگی کاهش یافته در بیماران مبتلا به اسکروز متعدد با کارکرد فیزیکی و افسردگی این افراد رابطه دارد. رضایت از زندگی مناسب در این افراد می‌تواند سلامت روانی و جسمی این افراد را بهبود بخشد (۶). همگی این موارد و نیز محدودیت‌های بیماری و فشار روانی ناشی از بیماری موجب کاهش کیفیت زندگی این بیماران می‌شود. بنابر تعریف سازمان جهانی بهداشت کیفیت زندگی، درک افراد از موقعیت خود در زندگی از نظر فرهنگ، اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت‌هایشان است. پس موضوعی کاملا ذهنی بوده و توسط دیگران قابل مشاهده نیست و بر درک افراد از جنبه‌های مختلف زندگی استوار است (۷). این بیماران در مقایسه با افراد بهنجار از کیفیت زندگی کمتری برخوردارند. حتی در بررسی‌هایی که به مطالعه‌ی کیفیت زندگی در بین بیماری‌هایی مانند صرع، دیابت، بیماری‌های التهابی روده و اسکروز متعدد انجام داده‌اند، مشخص شده که بیماران مبتلا به اسکروز متعدد در مقایسه با دیگر بیماری‌ها از کیفیت زندگی نامطلوب‌تری برخوردارند (۸)، عوامل مختلفی در کیفیت زندگی پایین این افراد موثر می‌باشد مانند خستگی، ناتوانی جسمی، راهبردهای حل مساله، خلق، خودکارآمدی، خستگی، بدکارکردی شناختی، درد مزمن و مشکلات جنسی که به شدت کیفیت زندگی این افراد را تحت تاثیر قرار می‌دهند (۹). مشکلات مطرح شده نشان می‌دهد که بیماری اسکروز متعدد، مشکلات روانشناختی متعددی برای بیمار به همراه دارد، این مشکلات نه تنها سلامت روان فرد را مختل می‌کند بلکه در سلامت جسمی فرد و روند بیماری اسکروز متعدد اثرگذار است، از

همین رو اهمیت مداخلات روانشناختی برای کاهش و حتی رفع این مشکلات در این بیماری اهمیت دو چندان می‌یابد، لذا بررسی اثربخشی مداخلات روانشناختی در متغیرهای مهم روانشناختی این بیماران می‌تواند ما را علاوه بر شناسایی درمان‌های موثر به ایجاد شواهد مبتنی بر پژوهش درمان‌های روانشناختی نیز یاری نماید، در میان انواع رویکردهای درمانی روانشناختی، در بین نسل سوم روان درمانی‌ها، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۱ (اکت) توجه زیادی را به خود جلب نموده است (۱۰). اکت بر روی یک نظریه فلسفی به نام زمینه‌گرایی عملکردی مبتنی است که نظریه چارچوب رابطه‌های ذهنی خوانده می‌شود. اکت شش فرایند مرکزی دارد که منجر به انعطاف‌پذیری روانشناختی می‌شود این شش فرایند عبارت‌اند از پذیرش و گسلش خود به عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزش‌ها و عمل متعهد (۱۱). در این درمان ابتدا سعی می‌شود پذیرش روانی فرد در مورد تجارب ذهنی (افکار، احساسات و...) افزایش یابد و متقابلاً اعمال کنترلی ناموثر کاهش پیدا کند. به بیمار آموخته می‌شود که هرگونه عملی جهت اجتناب یا کنترل این تجارب ذهنی ناخواسته بی‌اثر است یا اثر معکوس دارد و موجب تشدید آن‌ها می‌شود و باید این تجارب را بدون هیچ‌گونه واکنش درونی یا بیرونی جهت حذف آن‌ها، به طور کامل پذیرفت، در قدم دوم بر آگاهی روانی فرد در لحظه حال افزوده می‌شود، یعنی فرد از تمام حالات روانی، افکار و رفتار خود در لحظه حال آگاهی می‌یابد، در مرحله سوم به فرد آموخته می‌شود که خود را از این تجارب ذهنی جدا سازد (جداسازی شناختی) به نحوی که بتواند مستقل از این تجارب عمل کند، چهارم تلاش برای کاهش تمرکز مفرط بر خود تجسمی یا داستان شخصی (مانند ربانی بودن) که فرد برای خود در ذهنش ساخته است؛ پنجم، کمک به فرد تا اینکه ارزش‌های شخصی اصلی خود را

^۱ Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

بشناسد و به‌طور واضح مشخص سازد و آن‌ها را به اهداف رفتاری خاص تبدیل کند (روشن‌سازی ارزش‌ها). این درمان در طیف وسیعی از اختلالات روانی و بیماری‌های جسمی از جمله برای دیابت، صرع، سرطان و ایدز برای کاهش مشکلات روانشناختی استفاده شده است (۱۲). با توجه به مطالب ارائه شده که نشان‌دهنده نقش مشکلات روانشناختی در تشدید بیماری اسکروز متعدد و همچنین افت محسوس این بیماران در این حوزه‌های روانشناختی است و توجه هر چه بیشتر به مداخلات روانشناختی در اسکروز متعدد با توجه به عدم درمان کامل این بیماری از لحاظ پزشکی که ضرورتی دوچندان می‌یابد و همچنین لزوم بررسی کارایی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در حوزه‌های روانشناختی بیماران اسکروز متعدد که مختل شده‌اند، هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در پریشانی روانشناختی، رضایت زناشویی و کیفیت زندگی زنان مبتلا به اسکروز متعدد بود. لازم به ذکر است به دلیل شیوع بالای اسکروز متعدد در زنان، نمونه پژوهش حاضر را زنان تشکیل می‌دادند.

روش کار

پژوهش حاضر در قالب یک طرح نیمه‌تجربی پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل انجام شد. جامعه آماری پژوهش شامل تمام زنان مبتلا به اسکروز متعدد در انجمن اسکروز متعدد ایران در نیمه اول سال ۱۳۹۴ بودند که از این میان ۲۴ نفر با لحاظ کردن ملاک‌های ورود شامل نوع عودکننده فروکش کننده، زندگی مشترک با همسر، عدم وابستگی به ویلچر و رضایت آگاهانه از ورود به پژوهش با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. دلیل انتخاب این حجم نمونه آن است که اصولاً در گروه درمانی تعداد اعضاء هر گروه را در دامنه‌ای بین ۵ تا ۱۰ نفر در نظر می‌گیرند که

می‌توان به حداکثر آن تا سه نفر دیگر را نیز اضافه کرد تا در صورت ریزش اعضا در مراحل اولیه به کار گروه لطمه وارد نشود (۱۳). سپس اعضا به شیوه انتساب تصادفی در دو گروه مداخله و کنترل جایگزین شدند و گروه مداخله به مدت ۸ جلسه (۹۰ دقیقه ای) تحت درمان اکت توسط دو درمانگر کارشناس ارشد روانشناسی بالینی قرار گرفت (خلاصه پروتکل درمان در جدول ۱ آمده است، لازم به ذکر است این پروتکل با مراجعه به مبانی درمان و مشکلات روانشناختی بیماران اسکروز متعدد تهیه گردید). در این مدت گروه کنترل هیچ گونه مداخله روانشناختی را دریافت نکرد، هر دو گروه در آغاز، پایان و در پیگیری سه ماهه درمان مورد ارزیابی قرار گرفتند. لازم به ذکر است نوع بیماری هر دو گروه بیماران از نوع عود در مرحله عودکننده فروکش کننده بودند. از روش‌های آمار توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار و استنباطی شامل آزمون تحلیل واریانس چندگانه توسط نرم‌افزار آماری SPSS-22 برای تجزیه تحلیل اطلاعات استفاده گردید. سطح معنی‌داری نیز ۰/۰۱ در نظر گرفته شد.

پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی^۱

این ابزار شامل ۲۶ سوال است که چهار حیطه سلامت جسمی، سلامت روانشناختی، روابط اجتماعی و محیط به علاوه یک نمره کلی را اندازه‌گیری می‌کند (۱۴). در بررسی آیت‌های نسخه کوتاه این پرسشنامه نشان داده شد که نمره ۴ حیطه بسیار شبیه نسخه بلند آن می‌باشد، این شباهت تا ۹۵ درصد گزارش شده است. تحقیقات انجام شده در مورد مشخصات روانسنجی فرم کوتاه این پرسشنامه نشان دهنده اعتبار افتراقی، اعتبار محتوا، پایایی درونی (آلفای

^۱ World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)

کرونباخ؛ سلامت جسمی ۰/۸۰، سلامت روانشناختی ۰/۷۶، روابط اجتماعی ۰/۶۶ و محیط ۰/۸۰ و پایایی بازآزمایی مناسبی است (۱۵). ضریب اعتبار آلفای کرونباخ نمره کلی این پرسشنامه در این پژوهش ۰/۶۹ به دست آمد.

مقیاس پریشانی روانشناختی کسلر^۲ (K-۱۰)

این مقیاس توسط کسلر و همکاران در سال ۲۰۰۲ به دو صورت ۱۰ سوالی (K-۱۰) و ۶ سوالی (K-۶) تدوین شده، حداکثر نمره در K-۱۰ برابر با ۴۰ و در K-۶ برابر با ۲۴ می‌باشد (۱۶). ولدوزن^۳ و همکاران (۱۷) حساسیت این آزمون را در مقایسه با مصاحبه تشخیصی بین‌المللی جامع^۴ برای اختلالات بسیار بالا و حساسیت آن برای افرادی که از یک اختلال رنج می‌بردند، برای اکثر اختلالات مناسب دانستند. ضریب اعتبار آلفای کرونباخ نمره کلی این پرسشنامه در این پژوهش ۰/۷۱ به دست آمد.

مقیاس رضایت زناشویی انریچ^۵

این پرسشنامه شامل ۳۵ گویه است و توسط السون برای بررسی رضایت زناشویی ساخته شده است؛ شامل چهار خرده مقیاس تحریف آرمانی، رضایت زناشویی، ارتباطات و حل تعارض است (۱۸)، در ایران این پرسشنامه روی ۳۶۵ زوج هنجار شده است که ضریب آلفای پرسشنامه برای خرده مقیاس‌های رضایت زناشویی، ارتباط، حل تعارض و تحریف آرمانی به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۰، ۰/۸۴، ۰/۸۳، و اعتبار بازآزمایی پرسشنامه به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۱، ۰/۹۰، ۰/۹۲ است (۱۹). ضریب اعتبار آلفای کرونباخ نمره کلی این پرسشنامه در این پژوهش ۰/۷۸ به دست آمد.

^۲ Kessler

^۳ Veldhuizen

^۴ Composite International Diagnostic Interview

^۵ Enrich

جدول ۱. پروتکل اجرایی جلسات اکت (هیز و همکاران، ۲۰۱۲)

جلسه اول	آشنایی و معارفی اعضای گروه؛ بیان انتظارات از جلسه درمانی؛ بیان اصل رازداری؛ اجرای پیش آزمون
جلسه دوم	ایجاد امید و انتظار درمان؛ بیان اصل پذیرش و شناخت احساسات و افکار؛ ارایه تکلیف در زمینه پذیرش خود و احساسات ناشی از بیماری
جلسه سوم	بررسی تکالیف؛ آموزش و شناخت هیجانات و تفاوت آن‌ها با افکار و احساسات و تفکر غیر قضاوتی؛ ارایه تکلیف
جلسه چهارم	بررسی تکالیف؛ ارایه تکنیک ذهن آگاهی و تمرکز بر تنفس؛ ارایه تکنیک حضور در لحظه و توقف فکر؛ ارایه تکالیف
جلسه پنجم	بررسی تکالیف؛ آموزش و ایجاد شناخت تفاوت بین پذیرش و تسلیم و آگاهی؛ ارایه تکنیک ذهن آگاه بودن؛ ارایه تکلیف
جلسه ششم	آموزش تعهد به عمل؛ ارایه تکنیک توجه انتخابی برای افکار خودآیند منفی؛ ارایه تکلیف
جلسه هفتم	جستجوی مسایل حل نشده؛ شناسایی طرح‌های رفتاری و تعهد برای عمل؛ ایجاد توانایی عمل در بین گزینه‌ها
جلسه هشتم	بررسی تکالیف؛ جمع بندی مطالب؛ ارایه بازخود به اعضای گروه. قدردانی؛ اجرای پس آزمون

یافته‌ها

میانگین سنی گروه آزمایش $30/18 \pm 9/64$ و گروه کنترل $29/37 \pm 10/25$ بود، میانگین سن شروع بیماری نیز در گروه مداخله $24/52 \pm 7/22$ و در گروه کنترل $25/69 \pm 6/87$ بود. همچنین میانگین مدت ابتلا به بیماری (به سال) در گروه مداخله $5/63 \pm 6/61$ و در گروه کنترل $4/71 \pm 6/12$ بود. هر دو گروه بیماران متاهل و از نوع عودکننده فروکش کننده بیماری اسکروز متعدد بودند. در ادامه یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش ارائه می‌شود و سپس به بررسی اثربخشی پژوهش با استفاده از روش تحلیل واریانس چندگانه پرداخته خواهد شد. در جدول ۲ میانگین نمرات گروه‌های مداخله و کنترل، در هریک از متغیرها در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری ارائه شده است که گروه مداخله در میانگین متغیرهای پریشانی روانشناختی و خرده مولفه‌های رضایت زناشویی و کیفیت زندگی در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری با سیر افزایشی روبه‌رو بوده که نشان‌دهنده بهبود وضعیت گروه آزمایش در این متغیرها می‌باشد، اما این روند در گروه کنترل مشاهده نگردید.

برای تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس چندگانه استفاده شد. در ابتدا مفروضه‌های آزمون تحلیل واریانس چندگانه از قبیل توزیع بهنجار، همگنی واریانس‌ها و کرویت مورد بررسی قرار گرفتند.

نتایج آزمون لون ($0/271 - 0/083$) و کالموگروف/اسمیرنف ($0/114 - 0/063$) بیانگر همسانی واریانس و نرمال بودن توزیع متغیرها بود. نتیجه آزمون کرویت موخلی نیز ($p < 0/05$) بیانگر رعایت این مفروضه بود. نتایج آزمون تحلیل واریانس چندگانه روی نمرات پیش آزمون با پس آزمون و پیگیری در متغیرهای رضایت زناشویی، پریشانی روانشناختی و کیفیت زندگی دو گروه مداخله و کنترل نشان داد که به‌طور کلی عامل زمان در مولفه‌های رضایت زناشویی ($p < 0/01$)، پریشانی روانشناختی ($p < 0/01$) و مولفه‌های کیفیت زندگی به جز سلامت محیط ($p < 0/01$) تفاوت معناداری از پیش آزمون تا پس آزمون ایجاد کرده است. همچنین تعامل زمان با گروه نیز در مولفه‌های رضایت زناشویی ($p < 0/01$)، پریشانی روانشناختی ($p < 0/05$) و مولفه‌های کیفیت زندگی به جز سلامت محیط ($p < 0/01$) معنادار است و این بدان معنی است که با طی شدن زمان و پیش رفتن از مرحله‌ی پیش آزمون به پس آزمون بین دو گروه تفاوت به وجود آمده است و دو گروه نمراتشان در طی این مرحله روند مشابهی نداشته است به‌طوری‌که در گروه مداخله مولفه‌های رضایت زناشویی و کیفیت زندگی افزایش و پریشانی روانشناختی کاهش یافته است، در حالی که نمرات مربوط به این متغیرها در گروه کنترل ثبات داشته و تغییری در آن‌ها حاصل نشده است.

جدول ۲. میانگین نمرات دو گروه در متغیرهای پریشانی روانشناختی و خرده مولفه‌های رضایت زناشویی و کیفیت زندگی در مراحل پیش‌آزمون،

پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	گروه	میانگین پیش از درمان (SD)	میانگین پس از درمان (SD)	میانگین پیگیری (SD)
رضایت زناشویی	مداخله	(۴/۲۳)۲۷/۵۳	(۵/۵۲)۴۱/۷۳	(۶/۷۲)۳۹/۸۰
	کنترل	(۶/۶۱)۲۸/۷۶	(۷/۳۹)۲۷/۴۳	(۵/۳۶)۲۸/۱۶
تحریف آرمانی	مداخله	(۵/۴۲)۲۵/۴۲	(۶/۵۱)۳۸/۴۹	(۵/۱۷)۳۶/۴۸
	کنترل	(۷/۴۳)۲۷/۴۳	(۵/۲۴)۲۶/۰۷	(۴/۳۶)۲۸/۹۲
ارتباطات	مداخله	(۶/۶۲)۲۴/۱۴	(۶/۶۱)۳۹/۳۷	(۷/۲۶)۳۷/۶۱
	کنترل	(۵/۲۷)۲۵/۷۹	(۶/۲۴)۲۶/۸۱	(۶/۳۹)۲۷/۸۱
حل تعارض	مداخله	(۵/۶۰)۲۲/۶۸	(۶/۶۱)۳۹/۸۱	(۵/۷۱)۳۷/۵۴
	کنترل	(۶/۶۳)۲۴/۵۳	(۷/۲۴)۲۶/۲۵	(۶/۳۸)۲۳/۷۲
پریشانی روانشناختی	مداخله	(۵/۶۰)۲۸/۶۲	(۶/۶۱)۱۸/۳۸	(۵/۷۱)۲۰/۵۴
	کنترل	(۷/۴۳)۲۷/۴۳	(۵/۲۴)۲۶/۰۷	(۴/۳۶)۲۸/۹۲
کیفیت زندگی	مداخله	(۹/۲۳)۵۶/۸۵	(۸/۰۸)۸۳/۱۹	(۹/۱۲)۷۶/۴۲
	کنترل	(۱۰/۶۴)۵۸/۶۲	(۹/۳۹)۶۰/۲۷	(۱۰/۸۲)۵۶/۳۳
سلامت جسمی	مداخله	(۳/۱۳)۲۱/۴۷	(۴/۷۱)۲۶/۴۱	(۳/۱۳)۲۴/۵۱
	کنترل	(۴/۱۴)۲۲/۶۸	(۳/۴۱)۲۱/۴۸	(۳/۴۱)۲۳/۱۸
سلامت روانشناختی	مداخله	(۳/۵۳)۱۸/۴۶	(۳/۰۸)۲۵/۵۲	(۴/۱۲)۲۴/۴۲
	کنترل	(۳/۳۵)۱۹/۶۹	(۴/۸۱)۲۰/۵۲	(۳/۸۲)۱۹/۲۸
روابط اجتماعی	مداخله	(۴/۴۰)۱۱/۴۲	(۴/۳۶)۱۸/۴۶	(۳/۴۳)۱۶/۱۳
	کنترل	(۴/۹۲)۱۲/۱۶	(۳/۳۸)۱۱/۵۱	(۳/۵۱)۱۲/۱۴
سلامت محیط	مداخله	(۴/۱۷)۱۹/۲۴	(۳/۸۱)۲۰/۳۱	(۴/۲۹)۲۱/۲۶
	کنترل	(۳/۶۳)۲۰/۶۱	(۳/۲۷)۱۹/۱۶	(۳/۴۱)۲۰/۳۱

همچنین نتایج آزمون تحلیل واریانس چندگانه نمرات پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری در پریشانی روانشناختی و مولفه‌های رضایت زناشویی و کیفیت زندگی دو گروه مداخله و کنترل نشان داد که عامل زمان (از پیش‌آزمون تا پیگیری) در مولفه‌های رضایت زناشویی (تحریف آرمانی، رضایت زناشویی، ارتباطات و حل تعارض) ($p < ۰/۰۱$)، پریشانی روانشناختی ($p < ۰/۰۱$) و مولفه‌های کیفیت زندگی (سلامت جسمی، سلامت روانشناختی، روابط اجتماعی) به جز سلامت محیط ($p < ۰/۰۱$) معنادار است. به عبارت دیگر تغییرات در طول زمان درون حداقل یکی از دو گروه معنادار بوده است. همچنین تعامل زمان با گروه نیز در این متغیرها معنادار است و این بدان معنی است که با طی شدن زمان و پیش رفتن از مرحله‌ی پیش‌آزمون به پیگیری بین دو گروه تفاوت به وجود آمده است و دو گروه نمراتشان در طی

این مرحله روند مشابهی نداشته است به‌طوری‌که در گروه مداخله مولفه‌های رضایت زناشویی، کیفیت زندگی و پریشانی روانشناختی بهبود حاصل شده در مرحله‌ی پس‌آزمون دارای ثبات بوده و در مرحله‌ی پیگیری نیز تغییری نکرده است در حالی که نمرات مربوط به این متغیرها در گروه کنترل از پیش‌آزمون تا پیگیری تغییری نداشته و روند یکسانی را داشته است. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به صورت معناداری باعث افزایش نمرات رضایت زناشویی و کیفیت زندگی و همچنین کاهش معنادار نمرات پریشانی روانشناختی شده است.

بحث

نتایج پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش پریشانی روانشناختی زنان مبتلا به اسکروز متعدد موثر است. پریشانی روانشناختی در این بیماران با کاهش خودمراقبتی، کیفیت زندگی و افزایش خستگی روانی همراه است، عواملی که می‌توانند زندگی فرد مبتلا را به شدت مختل نمایند (۴). در همین راستا شیدایی اقدام و همکاران در پژوهشی به بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بیماران مبتلا به اسکروز متعدد انجام دادند که نتایج حاکی از اثربخشی این درمان در کاهش پریشانی روانشناختی بیماران بود (۲۰). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به افراد کمک می‌کند تا افراد تجربه‌های درونی خود را به‌عنوان یک فکر تجربه کنند و به جای پاسخ به آن‌ها به ارزش‌های زندگی و اموری که برایشان با اهمیت است بپردازند، این درمان از مهارت‌های ذهن آگاهی، پذیرش و گسلش شناختی برای افزایش انعطاف‌پذیری روانی استفاده می‌کند که می‌تواند با کاهش نشخوار فکری، افزایش انعطاف‌پذیری در نحوه پاسخ‌دهی به مشکلات و کاهش اجتناب شناختی در کاهش پریشانی روانشناختی موثر باشد (۲۱). پریشانی روانشناختی شامل علائم و مشکلاتی مانند افسردگی، اضطراب، مشکلات روابط اجتماعی و خواب می‌باشد، اکت با پذیرشی که برای فرد به بار می‌آورد می‌تواند چالش‌های ذهنی فرد برای پاسخگویی به سوالاتی مانند چرا من؟ را از بین می‌برد و فرد مدام در حال جستجو برای دلایل مشکل خود نمی‌شود و فرد بدون تلاش برای حذف، تغییر و سرکوب این سوالات و هیجانات، آن‌ها را می‌پذیرد و به آرامشی دست می‌یابد که قبلاً نداشته است، این عامل می‌تواند به صورت مستقیمی منجر به کاهش پریشانی روانشناختی گردد (۲۲).

نتایج مطالعه حاضر همچنین نشان داد که اکت در افزایش مولفه‌های رضایت زناشویی شامل تحریف

آرمانی، ارتباطات و حل تعارض موثر است. پترسون^۱ و همکاران در پژوهشی بر زوجین دارای تعارضات زناشویی نشان دادند که اکت در کاهش این تعارضات موثر است و زوجین تحت این درمان بهبود رضایت زناشویی دارند (۲۳). رجی و همکاران نیز در پژوهشی به بررسی اکت در زنان دارای روابط میان فردی متعارض با همسر خود پرداختند، نتایج این مطالعه نشان داد که این درمان با بهبود روابط بین فردی و کاهش تعارضات همراه است (۲۴). اکت زوجین را تشویق می‌نماید که با ارزش‌های واقعی زندگی خود پیوند یابند و مجذوب آن‌ها گردند. از دیدگاه اکت اجتناب از تجارب فرایند آسیب‌زایی را بوجود می‌آورد که در ایجاد و گسترش تعارضات زناشویی و خانوادگی موثر است و کاهش آن می‌تواند نقش مهمی در بهبود ارتباطات و رفع تعارضات بین فردی زوجین داشته باشد (۲۵). همچنین پذیرش، بحث‌های غیرمؤثر خانوادگی را به سمت بازگشایی در خلوص و تغییرات اساسی هدایت می‌نماید و فضایی را برای زوجین مهیا می‌کند تا افکار و احساساتشان را بدون تلاش برای تغییر بپذیرند و بتوانند بدون قضاوت به تفکر بپردازند، احساس کنند و تعارضات خود را کاهش دهند. در تبیین نتایج بدست آمده می‌توان اضافه کرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به زوج‌ها این امکان را می‌دهد که در وهله اول به تغییر روابط با تجارب درونی‌شان، کاهش اجتناب تجربی و افزایش انعطاف‌پذیری و افزایش عمل در مسیرهای ارزشمند بپردازند. تغییر روابط با تجارب درونی شامل وسعت بخشیدن و وضوح آگاهی درونی است. به‌علاوه بر تقویت یک رابطه غیر قضاوتی و مشفقانه با تجارب تأکید می‌شود، عدم قضاوت و انعطاف‌پذیری می‌تواند در روابط بین فردی زوجین به اشکال مختلفی مفید واقع گردد، در واقع زوجینی که از قضاوت پرهیز می‌کنند و در پاسخ‌های رفتاری، شناختی و هیجانی خود انعطاف به

¹ Peterson

خرج می‌دهند با بهبود رضایت زناشویی روبه‌رو می‌شوند (۲۶).

همچنین مطالعه‌ی حاضر نشان داد که اکت در بهبود کیفیت زندگی و مولفه‌های آن شامل سلامت جسمی، سلامت روانشناختی، روابط اجتماعی به‌جز سلامت محیط موثر است. یوراسیکو^۱ و همکاران در پژوهشی که در زنان دارای اختلالات خوردن انجام دادند نشان دادند که درمان اکت در بهبود کیفیت زندگی این زنان موثر است (۲۷). اکت کیفیت زندگی بیماران را از طریق عواملی مانند پذیرش بدون قضاوت، بودن در لحظه حال، کنار آمدن با تجارب درونی بدون اجتناب، سرکوب و یا تلاش برای تغییر آن‌ها، بهبود تنظیم هیجان با مکانیسم‌هایی مانند کاهش آسیب‌پذیری برای هیجانات منفی بهبود می‌بخشد. بیمار اسکروز متعدد نیازمند راهبردهایی است تا بتواند قدرت سازگاری و توان مقابله خود را حفظ نماید، اکت به این بیماران کمک می‌کند تا خود را به عنوان شکست‌خورده، آسیب‌دیده و یا بدون امید تصور نکرده و زندگی دارای معنا و ارزش شود، همچنین به این بیماران کمک می‌کند تا درد را به‌عنوان جزیی از زندگی در نظر بگیرند نه یک وجود خارجی برای خلاص شدن از آن. تمامی این موارد می‌تواند به‌عنوان عاملی برای بهبود سلامت روانشناختی، ارتباطات و در کل کیفیت زندگی فرد شود (۲۵). اکت با تاثیراتی که در تغییرات تنظیم هیجان و تغییرات رفتاری فرد دارد، می‌تواند منجر به تغییراتی در سبک زندگی و نگرش به زندگی فرد شود، پذیرش شرایط بدون تلاش برای تغییر آن می‌تواند مستقیماً در بهبود کیفیت زندگی موثر باشد (۲۶). بهبود کیفیت زندگی می‌تواند به‌عنوان عاملی برای خودمراقبتی بیشتر در بیماران اسکروز

متعدد مطرح شود، فرد مبتلا به این بیماری وقتی کیفیت زندگی مناسب‌تری داشته باشد متعاقباً شدت نشانه‌ها و عود بیماری هم کاهش می‌یابد، همانگونه که عوامل روانی نقش زیادی در شدت نشانه‌ها و عود این اختلال دارد (۱۰).

نتیجه گیری

با توجه به اهمیت عوامل روانشناختی در روند و شدت بیماری اسکروز متعدد و لزوم توجه به وضعیت روانشناختی این بیماران پیشنهاد می‌گردد که خانواده‌ها، مراکز بهداشت و بیمارستان‌ها در قالب برنامه‌های آموزشی و درمانی اقدام به استفاده از درمان اکت در بیماران مبتلا به اسکروز متعدد برای بهبود نمایند. از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر نیز می‌توان به عواملی مانند عدم بررسی بیماران مرد، عدم بررسی نقش عواملی مانند همسران این بیماران و نقش آن‌ها در مشکلات و حمایت بیمار اشاره نمود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی به استفاده از هر دو جنسیت در نمونه‌گیری، بررسی سایر عوامل روانشناختی و استفاده از روش‌های ارزیابی جسمی برای بررسی اثربخشی اکت در این بیماران پرداخته شود.

تشکر و قدردانی

این پژوهش با کسب حمایت و تاییدیه از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی تبریز به شماره ۲۶۴۸۱ انجام شده و با کد شناسه IRCT2016022528793N1 تأیید گردیده است، از تمام عزیزان بخصوص اعضای انجمن اسکروز متعدد ایران که که نویسندگان مقاله را در انجام این پژوهش یاری نمودند، نهایت قدردانی و سپاس به عمل می‌آید.

¹ Juarascio

References

- 1- Abedini M, Habibi Saravi R, Zarvani A, Farahmand M. Epidemiology of multiple sclerosis in Mazandaran, Iran, 2007, Prevalence and Indicate Epidemiologic aspects. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences 2008; 18:82-6. [Persian]
- 2- Mitsonis CI, Potagas C, Zervas I, Sfagos K. The effects of stressful life events on the course of multiple sclerosis: a review. Int J Neurosci 2009; 119(3):315-35.
- 3- Kern S, Schrempf W, Schneider H, Schultheiss T, Reichmann H, Ziemssen T. Neurological disability, psychological distress, and health-related quality of life in MS patients within the first three years after diagnosis. Multiple sclerosis (Houndmills, Basingstoke, England). 2009; 15(6):752-8.
- 4- Roppolo M, Mulasso A, Gollin M, Bertolotto A, Ciairano S. The role of fatigue in the associations between exercise and psychological health in Multiple Sclerosis: Direct and indirect effects. Mental Health and Physical Activity. 2013; 6(2):87-94.
- 5- Glantz MJ, Chamberlain MC, Liu Q, Hsieh CC, Edwards KR, Van Horn A, et al. Gender disparity in the rate of partner abandonment in patients with serious medical illness. Cancer. 2009; 115(22):5237-42.
- 6- McPheters JK, Sandberg JG. The relationship among couple relationship quality, physical functioning, and depression in multiple sclerosis patients and partners. Families, systems & health: the journal of collaborative family healthcare. 2010; 28(1):48-68.
- 7- World Health Organization. WHOQOL-BREF: introduction, administration, scoring and generic version of the assessment. Geneva: World Health Organization. 1996.
- 8- Mitchell AJ, Benito-León J, González JM M, Rivera-Navarro J, Quality of life and its assessment in multiple sclerosis: integrating physical and psychological components of wellbeing, Lancet Neurol 2005; 4(9): 556-66
- 9- Fricska-Nagy Z, Füvesi J, Rózsa C, Komoly S, Jakab G, Csépany T, et al. The effects of fatigue, depression and the level of disability on the health-related quality of life of glatiramer acetate-treated relapsing-remitting patients with multiple sclerosis in Hungary. Multiple Sclerosis and Related Disorders. 2016; 7:26-32.
- 10- Sheppard SC, Forsyth, JP, Hickling, EJ. & Bianchi JM. A Novel Application of Acceptance and Commitment Therapy for Psychosocial Problems Associated with Multiple Sclerosis: Results from a Half-Day Workshop Intervention. International Journal of MS Care, 2010: 12, 200-206.
- 11- Hayes SC, Pistorello J, Levin ME. Acceptance and Commitment Therapy as a Unified Model of Behavior Change. The Counseling Psychologist. 2012; 40(7):976-1002.
- 12- Baumeister H, Nowoczin L, Lin J, Seifferth H, Seufert J, Laubner K, et al. Impact of an acceptance facilitating intervention on diabetes patients' acceptance of Internet-based interventions for depression: A randomized controlled trial. Diabetes Research and Clinical Practice. 2014; 105(1):30-9
- 13- Earley, Jay. Interactive group therapy, burnner / mazel. Taylor and francis group Press; 2000.
- 14- Pekmezovic T, Popovic A, Tepavcevic DK, Gazibara T, Paunic M. Factors associated with health-related quality of life among Belgrade University students. Qual Life Res 2011;20(3):391-7.
- 15- Skevington SM, Lotfy M, O'Connell KA. WHOQOL Group. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL Group. Quality of Life Research, 13: 299310, 2004a.
- 16- Kessler RC, Barker PR, Colpe LJ, Epstein JF, Gfroerer JC, Hiripi E, Howes, MJ, Normand SL, Manderscheid RW, Walters EE, Zaslavsky AM. Screening for serious mental illness in the general population. Arch Gen Psychiatry. 2003; (60):184-9
- 17- Veldhuizen S, Cairney J, Kurdyak P, Streiner D. The Sensitivity of the K6 as a Screen for Any Disorder in Community Mental Health Surveys: A Cautionary Note. Can J Psychiatry, 2007, 52:256-259.
- 18- Olson DH, Olson A. Preventive approaches in Couple Therapy. New York: talor and francis pub. 2000.

- 19- Asodeh MH. Factors for a successful marriage from the perspective of happy couples, Unpublished Msc Thesis: Tehran Unive; 2010.
- 20- Sheydayi Aghdam S, Shamseddini lory S, Abassi S, Yosefi S, Abdollahi S, Moradi joo M. The effectiveness of treatment based on acceptance and commitment in reducing distress and inefficient attitudes in patients with MS. *Thoughts and Behavior in Clinical Psychology*. 2015; 9(34):57-66. [Persian]
- 21- Forman EM & Herbert JD. New directions in cognitive behavior therapy: acceptance based therapies, chapter to appear in wo'donohue, je. Fisher, (eds), *cognitive behavior therapy: Applying empirically supported treatments in your practice*, 2nd ed. Hoboken, Wiley; 2008:263-265.
- 22- Hamill TS, Pickett SM, Amsbaugh HM, Aho KM. Mindfulness and acceptance in relation to Behavioral Inhibition System sensitivity and psychological distress. *Personality and Individual Differences*. 2015; 72:24-9.
- 23- Peterson BD, Eifert GH, Feingold T, Davidson S. Using Acceptance and Commitment Therapy to treat distressed couples: a case study with two couples. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2009; 16(4):430-42.
- 24- Rajabi Gh, Imani M, Khojaste Mehr R, Beyrami M, kiumars B. The study of the efficacy of acceptance based behavior therapy and integrative behavioral couple therapy on women with distressed couples and general anxiety disorder. *J Res Behave Sci* 2014; 11(6): 600-619[Persian]
- 25- Peterson BD, Eifert GH. Using acceptance and commitment therapy to treat infertility stress. *Cogn Behav Pract* 2011; 18(4): 577-587.
- 26- Hayes-Skelton SA, Orsillo SM, Roemer L. An acceptance-based behavioral therapy for individuals with generalized anxiety disorder. *Cogn Behav Pract* 2013; 20(3):264-281.
- 27- Juarascio AS, Schumacher LM, Shaw J, Forman EM, Herbert JD. Acceptance-based treatment and quality of life among patients with an eating disorder. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 2015; 4(1):42-7.