

The effectiveness of acceptance and commitment group therapy to improving the quality of life in patients with multiple sclerosis

Parsa, M., Sabahi, *P., Mohammadifar, M.A.

اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ارتقای کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس

مارال پارسا^۱، پرویز صباحی^۲، محمدعلی محمدی فر^۳

تاریخ دریافت: ۹۶/۰۳/۲۹ تاریخ پذیرش: ۹۶/۱۱/۲۴

چکیده

مقدمه: مولتیپل اسکلروزیس یک بیماری مزمن پیش رونده در سیستم اعصاب مرکزی می باشد که کیفیت زندگی افراد مبتلا را تحت تأثیر قرار می دهد. گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد یکی از درمان های موج سوم رفتاری می باشد که منجر به بهبود کیفیت زندگی افراد مبتلا به بیماری های مزمن می شود. هدف از پژوهش حاضر بررسی اثر بخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ارتقای کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس بود.

روش: طرح پژوهش حاضر به صورت نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون - پس آزمون با گروه گواه بود. از افراد مراجعه کننده به انجمن ام اس سمنان ۳۰ نفر به صورت در دسترس انتخاب شده و به طور تصادفی به دو گروه آزمایش و گواه تقسیم شدند. به منظور بررسی کیفیت زندگی بیماران از پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران ام اس استفاده شد. گروه آزمایش تحت درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد، طی ده جلسه قرار گرفت. پس از مداخله ی درمانی هر دو گروه مجدد پرسشنامه ها را تکمیل کردند و داده های حاصل با استفاده از آزمون تحلیل کو واریانس چند متغیری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: یافته ها نشان داد که گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر وضعیت سلامتی، شدت فرسودگی، تأثیرات درد، سلامت روانی و ادراک موضوع مؤثر بوده، ولی تأثیری بر زمینه های حمایتی و رضایت جنسی نداشته است.

نتیجه گیری: براساس یافته های پژوهش حاضر گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس می شود و به متخصصان بالینی پیشنهاد می گردد.

واژه های کلیدی: درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد، کیفیت زندگی، مولتیپل اسکلروزیس.

Abstract

Introduction: Multiple sclerosis is a chronic progressive disease of the central nervous system that affects the quality of life of individuals. Acceptance and commitment group therapy is one of the treatments of the third wave of behavior therapy that leads to improving the quality of life in people with chronic diseases. The purpose of this study was to investigate the effectiveness of acceptance and commitment group therapy on improving the quality of life in patients with multiple sclerosis.

Method: The present study use a semi-experimental design, with a pretest-posttest and control group paradigm. Among patients referred to the Semnan MS Society, 30 patients were selected and assigned randomly to the research groups. The Quality of Life Questionnaire was used to examine quality of life of MS patients. The experimental group received acceptance and commitment group therapy in ten sessions. Following the therapeutic intervention both groups were filled questionnaires again and extracted data were analyzed by a Multivariate Analysis of Covariance.

Results: The findings showed that the acceptance and commitment group therapy was effective on the health status, severity of burnout, pain effects, mental health and perception of subject, whereas no effect observed for supportive contexts and sexual satisfaction.

Conclusion: Based on the findings of the present study, acceptance and commitment group therapy can improve the quality of life in the patients with multiple sclerosis and is recommended to clinicians.

Keywords: Acceptance and Commitment Group Therapy, Quality of Life, Multiple Sclerosis.

۱- کارشناس ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

۲- نویسنده مسئول: استادیار، گروه روانشناسی دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

۳- استادیار، گروه علوم تربیتی دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

مقدمه

مولتیپل اسکلروزیس^۱ که به اختصار ام اس نامیده می‌شود یک بیماری مزمن پیش رونده در سیستم اعصاب مرکزی می‌باشد که سیستم اعصاب مرکزی را به سمت زوال پیش می‌برد و معمولاً بین بیست تا پنجاه سالگی ظاهر می‌شود (۱) بیماری ام اس منجر به علایمی مانند ضعف عضلانی، اسپاسم، اختلال در حساسیت به حرارت، لمس و درد، آتاکسی (ناهماهنگی حرکتی)، راه رفتن ناپایدار، لرزش، تنش، نگرانی، اختلالات گفتار، اختلالات بینایی، سرگیجه، اختلال در عملکرد روده و مثانه، مشکلات جنسی، افسردگی، تغییرات شناختی و خستگی می‌شود (۲). سرعت شروع و بروز نشانه‌ها بستگی به محل درگیری و اندازه ضایعه در سیستم اعصاب مرکزی دارد (۳) حدود دو و نیم میلیون نفر در دنیا از بیماری ام اس رنج می‌برند. هرچند که علت بروز ام اس ناشناخته است، اما به نظر می‌رسد که عوامل چندگانه‌ای از قبیل ژنتیک، عوامل محیطی و بیماری‌های عفونی در ایجاد و ظهور بیماری دخیل باشند (۵و۴).

این بیماری یکی از ناتوان‌کننده‌ترین بیماری‌ها در سن جوانی است که چالش‌های زیادی را در خصوص کیفیت زندگی این بیماران به وجود آورده است. بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن و ناتوان‌کننده همچون ام اس با مشکلات وابسته به بیماریشان روبرو هستند که این مشکلات (۶) سبب کاهش همه جانبه کارکردهای جسمانی، اجتماعی و شناختی فرد شده (۷) و در نهایت تأثیر منفی بر کیفیت زندگی^۲ آنها می‌گذارد. در بیماران مبتلا به ام اس کیفیت زندگی تحت تأثیر شدت بیماری، طول مدت آن و داروهای مصرفی قرار می‌گیرد (۸). کیفیت زندگی مفهومی چند بعدی است که سازمان جهانی بهداشت آن را به عنوان، درک فرد از وضعیت زندگی‌اش، با توجه به فرهنگ و نظام‌های ارزشی و ارتباط آن با اهداف، انتظارات، علایق، استانداردها و تجربیات زندگی فرد تعریف می‌کند (۹). کیفیت زندگی پایین می‌تواند موجب به کارگیری سازوکارهای مقابله و سازگاری ناکارآمد شده و به سبب آن موجب افزایش تنش شده منجر به افزایش شدت بیماری می‌شود (۱۰).

یکی از درمان‌هایی که منجر به ایجاد انگیزه جهت عمل متعهدانه به همراه پذیرش تجارب ذهنی می‌شود درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۳ می‌باشد. این درمان در سال ۱۹۸۴ توسط هیز مطرح شد (۱۱). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یکی از الگوهای درمانی بسط یافته اخیر است که تحت عنوان درمان‌های موج سوم رفتار درمانی خوانده می‌شود. فرآیندهای کلیدی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از درمان رفتاری سنتی متفاوت است (۱۲). در این درمان هدف اصلی ایجاد انعطاف پذیری روانی است؛ یعنی فراهم نمودن توانایی انتخاب بین گزینه‌های مختلف به طوری که متناسب‌تر باشند، نه اینکه عملی صرفاً جهت فرار از افکار، احساسات، خاطره‌ها یا تمایلات آشفته ساز انجام شود یا اینکه بدون پذیرش به فرد تحمیل شده باشد (۱۳). در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به بیمار آموزش داده می‌شود که در گام اول هیجانانگیز خود را بپذیرد و با زندگی در اینجا و اکنون از انعطاف‌پذیری روانشناختی بیشتری بهره‌مند شود (۱۱). این درمان دارای دو بخش ذهن آگاهی و عمل در زمان حال است. به افراد آموزش داده می‌شود که با پذیرش احساسات و هیجانانگیز خود و خویش‌شناسی از اجتناب تجربی در لحظه حال و اکنون زندگی کنند (۱۴). در این درمان به جای تغییر شناخت‌ها سعی می‌شود تا ارتباط روانشناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد (۱۵). اصول زیربنایی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شامل پذیرش یا تمایل به تجربه درد و یا دیگر رویدادهای آشفته‌کننده بدون اقدام به مهار آنها و همچنین عمل مبتنی بر ارزش یا تعهد همراه با میل به عمل می‌باشد.

در این روش تجربه‌های عملی و تمرین‌های مبتنی بر مواجهه، استعاره درمانی و روش‌هایی چون آموزش مراقبه ذهنی مورد استفاده قرار می‌گیرد (۱۱) و در نهایت ایجاد انگیزه جهت عمل متعهدانه یعنی فعالیت معطوف به اهداف و ارزش‌های مشخص شده به همراه پذیرش تجارب ذهنی (۱۶) به کار گرفته می‌شود. بالا بودن مشکلات روانی در بین افراد مبتلا به ام اس موجب می‌شود اکثر بیماران قادر به کنار آمدن با بیماری نباشند و تمام توجه و تمرکز خود را بر روی مسائل و مشکلات آینده خود بگذارند (۱۲). پژوهش

1- multiple sclerosis

2- quality of life

3- acceptance and commitment therapy

روش

طرح پژوهش: طرح پژوهش حاضر نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه می‌باشد.

آزمودنی‌ها: جامعه آماری پژوهش حاضر شامل بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس نوع عود - بهبود^۲ شهرستان سمنان بودند. با مراجعه به انجمن ام اس سمنان از بین افرادی که توسط متخصص تشخیص قطعی ام اس دریافت کرده بودند با روش نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۳۰ نفر انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارش شدند. معیارهای ورود به این پژوهش شامل: حداقل سه ماه از زمان تشخیص بیماری گذشته باشد (تحت تأثیر قرار گرفتن کیفیت زندگی)، دامنه سنی ۲۰-۵۰ سال، حداقل تحصیلات دیپلم، ام اس از نوع عود - بهبود (با نظر و تشخیص متخصص) با توجه به اینکه پژوهش در فاز بهبود اجرا شد شرکت‌کنندگان در طول دوره درمان نیاز به تزریق داروهای مربوطه نداشته باشند. معیارهای خروج در پژوهش حاضر شامل: ابتلای همزمان به اختلال سایکوتیک و جسمانی مزمن یا درد مزمن ثابت شده که بیمار به خاطر آن دارو دریافت می‌کند، غیبت بیش از سه جلسه از جلسات درمان، مصرف مواد یا سایر درمان‌های روان‌گردان و شرکت همزمان در سایر درمان‌های روانشناختی بود.

در پژوهش حاضر به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی رضایت آگاهانه بیمار برای شرکت و همکاری در پژوهش به صورت کتبی و شفاهی کسب شد و به افراد در رابطه با محرمانه بودن اطلاعات اطمینان خاطر داده شد. همچنین پس از اتمام پژوهش شرکت‌کنندگان می‌توانستند در صورت تمایل از نتایج کلی پژوهش مطلع شوند. همچنین در طول مدت مداخله برای گروه آزمایش، گروه گواه در لیست انتظار دریافت مداخله بودند.

ابزار

۱- آزمون کیفیت زندگی افراد مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (MSQLI): این آزمون توسط انجمن ام اس نیویورک و کمیته خدمات پژوهشی مرتبط با سلامت امریکا تهیه شده است. این آزمون در مجموع شامل ۱۲۷ سوال در ۱۰ زیرمقیاس می‌باشد. زیرمقیاس‌ها به ترتیب

های متعددی حاکی از تأثیر این درمان بر ارتقای کیفیت زندگی افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن از جمله ام اس می‌باشد. به عنوان نمونه توهالوی (۱۷) ضمن استفاده از درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر روی بیماران مبتلا به ام اس به منظور ارتقای کیفیت زندگی آنان، نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث بهبود کیفیت زندگی در تمامی ابعاد می‌شود. در پژوهشی دیگر که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر روی گروهی از زنان مبتلا به کمر درد مزمن اجرا شد نتایج نشان دهنده ارتقای ابعاد کیفیت زندگی زنان مبتلا به کمر درد مزمن بود (۱۸). در رابطه با استفاده از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در زنان مبتلا به ام اس در پژوهشی که توسط رجبی و یزدخواستی (۱۸) اجرا شد، نتایج نشان داد که اضطراب، افسردگی و اجتناب تجربه‌ای گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون کاهش معناداری داشته اما بین دو گروه در مرحله پیگیری تفاوت معناداری مشاهده نشد. همچنین در پژوهشی دیگر (۱۵) اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تجربه درد زنان دارای سر درد‌های مزمن مورد بررسی قرار گرفت. نتایج حاکی از کاهش تجربه درد در این افراد بود. همچنین در پژوهشی که به منظور مقایسه این درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با درمان شناختی - رفتاری سنتی انجام شد (۱۹)، نتایج حاکی از کاهش معنادار افسردگی، ناراحتی و نگرانی گروه تحت مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با گروه تحت درمان شناختی رفتاری بود.

با توجه به مشکلات ناشی از بیماری ام اس و تحت تأثیر قرار گرفتن کیفیت زندگی آنها، اهمیت توجه به این بیماری و اثرات روانشناختی آن در جهت کاهش ناراحتی بیماران دو چندان می‌شود. از سویی دیگر سازه کیفیت زندگی به عنوان مفهومی چند بعدی و پیچیده مطرح می‌باشد و معمولاً به صورت تخصصی در گروه‌ها و بیماران مختلف مورد ارزیابی قرار می‌گیرد، در پژوهش حاضر بر خلاف پژوهش‌های قبلی صورت گرفته در ایران از ابزار کیفیت زندگی افراد مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (MSQLI) که به صورت اختصاصی و مفصل به ارزیابی کیفیت زندگی افراد مبتلا به ام اس می‌پردازد استفاده می‌شود.

1- Multiple Sclerosis Quality of Life Inventory

2- relapsing-remitting

ام اس و سلامتی، ۳ - ورزش و ام اس ۴ - مدیریت و مقابله با استرس و ۵ - پذیرش و عمل. درمان توسط روانشناس (دارای مدرک کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی بوده) و همچنین در زمینه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نیز آموزش‌های لازم را دیده بود و صلاحیت‌های لازم را داشت اجرا شد. محتوای هر جلسه درمانی در جدول ۱ ارائه شده است. همچنین در تمام جلسات تکالیف خانگی در راستای ارزش‌ها مورد بررسی و ارزیابی قرار گرفت.

روند اجرای پژوهش: به منظور اجرای پژوهش حاضر ابتدا با مراجعه به انجمن ام اس سمنان فهرست افراد مبتلا دریافت و با بررسی پرونده مبتلایان واجدین شرایط به صورت در دسترس انتخاب شدند. سپس ضمن تماس تلفنی با مبتلایان یک قرار ملاقات حضوری به صورت فردی تنظیم شد. در پژوهش حاضر به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی رضایت آگاهانه بیمار برای شرکت و همکاری در پژوهش به صورت کتبی و شفاهی کسب شد و به افراد در رابطه با محرمانه بودن اطلاعات اطمینان خاطر داده شد. همچنین پس از اتمام پژوهش شرکت کنندگان می‌توانستند در صورت تمایل از نتایج کلی پژوهش مطلع شوند. همچنین در طول مدت مداخله برای گروه آزمایش، گروه گواه در لیست انتظار دریافت مداخله قرار داشت.

عبارتند از: وضعیت سلامتی (۷ سوال)، شدت فرسودگی (۱۰ سوال)، تأثیرات درد (۲۶ سوال)، رضایت جنسی (۵ سوال)، کنترل ادرار (۴ سوال)، کنترل مدفوع (۴ سوال)، اختلالات بینایی (۵ سوال)، ادراک موضوع (۲۵ سوال)، سلامت روانی (۱۸ سوال) و حمایت اجتماعی (۲۳ سوال). در پژوهش حاضر تنها زیر مقیاس‌های وضعیت سلامتی، شدت فرسودگی، تأثیرات درد، رضایت جنسی، ادراک موضوع، سلامت روانی و حمایت اجتماعی مورد استفاده قرار گرفت. به منظور بررسی میزان پایایی در مرحله مقدماتی پژوهش حاضر با اجرای پرسشنامه بر روی ۱۰۵ نفر از مبتلایان به ام اس در شهرهای تهران، سمنان و مهدیشهر آلفای کرونباخ برای ابعاد وضعیت سلامتی، شدت فرسودگی، تأثیرات درد، رضایت جنسی، ادراک موضوع، سلامت روانی و حمایت اجتماعی به ترتیب برابر با ۰/۷۷، ۰/۸۱، ۰/۸۶، ۰/۹۱، ۰/۸۲، ۰/۸۵ و ۰/۹۷ به دست آمد.

۲- درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد: این درمان توسط هیز در سال ۲۰۰۴ ارائه گردیده است. این درمان شامل ده جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (هر هفته دو جلسه) است. به منظور متناسب سازی پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای بیماران ام اس از ایزدی و عابدی (۲۰) استفاده شد. جلسات درمان در ۵ محور اصلی طرح ریزی شد:

۱- آموزش و اطاعات در مورد مولتیپل اسکلروزیس ۲- غذا،

جدول ۱) محتوای جلسات درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسه	محتوای جلسه
اول	(پیش‌آزمون) معارفه و آشنایی افراد گروه با یکدیگر
دوم	آموزش و اطاعات در مورد مولتیپل اسکلروزیس
سوم	اهمیت غذا در مدیریت مولتیپل اسکلروزیس اهداف مدیریت مولتیپل اسکلروزیس، در راستای کاهش عوارض آن، نگاه داشتن اعمال و حرکات در حد طبیعی
چهارم تا ششم	بررسی و تمرکز بر ارزش‌ها و توجه به انتخاب، استفاده از فن ذهن آگاهی مربوط به درمان پذیرش و تعهد
هفتم	چگونگی مدیریت استرس و مقابله
هشتم	چگونگی رفتار با افکار و احساسات در رابطه با مولتیپل اسکلروزیس، استفاده از استعاره‌ها و فنون درمانی مرتبط با این درمان
نهم	اهمیت دانستن اینکه چه افکار و احساساتی در رابطه با مولتیپل اسکلروزیس وجود دارد
دهم	یکپارچگی پذیرش، تعهد دادن برای تغییر رفتار (پس‌آزمون)

خواهد شد. همانگونه که در جدول ۲ مشاهده می‌شود میانگین سنی، تعداد زنان و مردان، وضعیت تأهل و میانگین مدت بیماری به تفکیک دو گروه ارائه شده است.

یافته‌ها

در این بخش ابتدا یافته‌های توصیفی پژوهش شامل میانگین و انحراف معیار ارائه شده و سپس یافته‌های استنباطی با استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیره ارائه

متغیره پیش فرض همگنی ماتریس کواریانس ها مورد بررسی قرار گرفت که این پیش فرض مورد تأیید قرار نگرفت. همچنین برابری واریانس ها دو گروه با استفاده از آزمون لون مورد بررسی قرار گرفت. نتایج حاصل از اجرای آزمون لون در جدول ۴ ارائه شده است.

همانگونه که در جدول ۳ مشاهده می شود شاخص های توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار در پیش آزمون و پس آزمون به تفکیک دو گروه ارائه شده است. به منظور مقایسه دو گروه در متغیرهای پژوهش از تحلیل کواریانس چندمتغیره استفاده شد. پیش از اجرای تحلیل واریانس چند

جدول ۲) ویژگی های جمعیت شناختی شرکت کنندگان در پژوهش

گروه	میانگین سن	انحراف معیار سن		جنسیت		وضعیت تأهل		تحصیلات		میانگین مدت بیماری
		به سال	به سال	زن	مرد	مجرد	متاهل	دیپلم	کارشناسی	
آزمایش	۳۸/۱۵	۴/۷۱	۸	۷	۳	۱۲	۱۰	۵	۴۶	به ماه
گواه	۴۴/۱۲	۳/۱۵	۷	۸	۱	۱۴	۱۰	۵	۳۸	به ماه

جدول ۳) میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش به تفکیک دو گروه در پیش آزمون و پس آزمون

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
وضعیت سلامتی	آزمایش	۸۵/۳۳	۳/۶	۹۵/۳۳	۳/۷۷
	کنترل	۹۷	۵/۷	۹۱/۵	۶/۷۸
شدت فرسودگی	آزمایش	۹۸	۱۳/۱	۶۰/۸۸	۸/۵۷
	کنترل	۶۳/۶	۲۸/۱	۶۱/۸۰	۲۷/۳۰
تأثیرات درد	آزمایش	۲۱/۲	۵/۹	۱۳/۴۴	۲/۰۶
	کنترل	۱۵/۹۰	۴/۰۶	۱۵/۹۰	۴/۲۰
ادراک موضوع	آزمایش	۶۵/۱۱	۱۸/۵۱	۲۹/۲۲	۱۸/۵۱
	کنترل	۲۱/۷	۱۵/۱	۲۲/۱۰	۱۴/۸۵
سلامت روانی	آزمایش	۶۳/۲۲	۵/۳	۵۷/۲۲	۶/۷۴
	کنترل	۵۸/۵	۱۳/۰۰	۵۵/۹۰	۱۲/۳۹
زمینه های حمایتی	آزمایش	۸۷/۴۴	۱۴/۳	۹۹/۱۱	۷/۰۴
	کنترل	۸۵/۳	۱۹/۹	۸۱/۷۰	۱۷/۰۱
رضایت جنسی*	آزمایش	۱۳/۳	۴/۷	۱۲/۰۰	۶/۱۶
	کنترل	۹/۸	۷/۶	۹/۳۰	۶/۶۵

*داده ها مربوط به افراد متأهل می باشد.

چنانچه جدول ۴ نشان می دهد در رابطه با زیر مقیاس های کیفیت زندگی شامل وضعیت سلامتی، شدت فرسودگی، تأثیرات درد، ادراک موضوع، سلامت روانی، زمینه های حمایتی و رضایت جنسی پیش فرض همگنی واریانس ها رعایت شده است.

با توجه به عدم رعایت پیش فرض برابری ماتریس کواریانس - های دو گروه از بین آزمون های چند متغیره تنها اثر لامبدای ویلکز گزارش می شود. با توجه به نتایج به دست آمده اثر پیلائی مقدار F برابر با ۲۱۳۳/۱۷ به دست آمد که در سطح

جدول ۴) نتایج آزمون لون به منظور بررسی پیش فرض همگنی واریانس ها

متغیر	F	df1	df2	معناداری
وضعیت سلامتی	۱/۱۷	۱	۱۷	۰/۲۹
شدت فرسودگی	۱/۹۶	۱	۱۷	۰/۱۷
تأثیرات درد	۱/۸۴	۱	۱۷	۰/۱۹
ادراک موضوع	۰/۰۴	۱	۱۷	۰/۸۲
سلامت روانی	۴/۳۰	۱	۱۷	۰/۰۵۱
زمینه های حمایتی	۳/۶۰	۱	۱۷	۰/۰۷
رضایت جنسی	۰/۸۲	۱	۱۷	۰/۳۷

های وضعیت سلامتی، شدت فرسودگی، تأثیرات درد، سلامت روانی و ادراک موضوع در مرحله پس‌آزمون با کنترل اثر پیش‌آزمون تفاوت دارند. همچنین تفاوت دو گروه در زیر مقیاس‌های زمینه‌های حمایتی و رضایت جنسی معنادار نمی‌باشد.

$p < 0/017$ معنادار می‌باشد. بر اساس یافته فوق نتایج نشان می‌دهد که ترکیب خطی متغیرهای وابسته با کنترل اثر پیش‌آزمون در مرحله پس‌آزمون بین دو گروه متفاوت می‌باشد. چنانچه در جدول ۵ مشاهده می‌شود دو گروه در زیر مقیاس

جدول ۵) نتایج تحلیل کوواریانس یک متغیره به منظور مقایسه دو گروه در متغیرهای پژوهش با کنترل اثر پیش‌آزمون

اثر	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	F	معناداری
گروه	وضعیت سلامتی	۱۰۴/۴	۱۰۴/۴	۱۹/۸	۰/۰۰۳
	شدت فرسودگی	۷۲/۸	۷۲/۸	۵/۲	۰/۰۵
	تأثیرات درد	۵۳/۴	۵۳/۴	۳۴۸/۸	۰/۰۰۰۱
	ادراک موضوع	۱۱۶۷/۹	۱۱۶۷/۹	۷۲/۶	۰/۰۰۰۱
	سلامت روان	۲۲/۸	۱۱۶۳/۹	۴	۰/۰۰۰۱
	زمینه‌های حمایتی	۴۴/۷	۴۴/۷	۴/۱	۰/۰۸
	رضایت جنسی	۰/۱۰	۰/۱۰	۰/۱۷	۰/۷۰

وضعیت سلامتی، ادراک موضوع، شدت فرسودگی، سلامت روان و شدت درد را به صورت مثبت تحت تأثیر قرار داده و آنها را در جهت بهبود کیفیت زندگی یاری می‌رساند. این درمان به علت سازوکار نهفته در آن مانند پذیرش، تعهد، افزایش آگاهی، حساسیت زدایی، حضور در لحظه، مشاهده گری بدون قضاوت، رویارویی و رهاسازی در تلفیق با فنون رفتار درمانی شناختی می‌تواند سبب کاهش علائم گردد (۲۵). در رابطه با عدم تأثیر این درمان بر رضایت جنسی و زمینه‌های حمایتی می‌توان گفت برای زوجین ارتباط جنسی چیزی فراتر از تماس جنسی است، و این امر مدخلی برای دستیابی به هماهنگی و فعالیت مشترک و ایجاد عواطف مثبت و دلبستگی محسوب می‌شود. به نظر می‌رسد که در رابطه با رضایت جنسی و حمایت اجتماعی می‌بایست که مداخلات را به طور همزمان با همسر فرد بیمار ادامه داد. چرا که همسر در فرهنگ ما به عنوان عامل اساسی حمایت اجتماعی و تنها منبع متعارف و مشروع رضایت جنسی تلقی می‌گردد. از آنجا که در پژوهش حاضر همسر مبتلایان به ام اس مورد مداخله قرار نگرفته‌اند این عدم معناداری شاید به همین دلیل باشد.

از آنجا که این بیماران مستلزم راهبردهایی به منظور حفظ قدرت سازگاری با روند درمان‌شان هستند آموزش‌های روانشناختی می‌تواند نقش مؤثری را در تحقق این هدف ایفا کند. به خصوص رویکرد پذیرش و تعهد درمانی که یک

بحث

نتایج پژوهش حاضر بیانگر اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ارتقای کیفیت زندگی و ابعاد آن می‌باشد. یافته‌ها نشان داد که این درمان بر وضعیت سلامتی، شدت فرسودگی، تأثیرات درد، سلامت روانی و ادراک موضوع مؤثر بوده ولی تأثیری بر زمینه‌هایی حمایتی و رضایت جنسی نداشته است. این یافته‌ها با یافته‌های شپارد و همکاران (۱)، مک کراکن و همکاران (۲۱)، آرچ و همکاران (۲۲)، قرایی اردکانی و همکاران (۱۴)، حر و همکاران (۲۳) و ایراندوست و همکاران (۱۸) همخوانی دارد. چنانچه پیشتر اشاره شد هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ایجاد انعطاف پذیری روانشناختی می‌باشد، نه اینکه عملی تنها در جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطره‌ها یا تمایلات آشفته ساز انجام شود. در این رویکرد با استفاده از فنونی همچون استعاره‌ها تلاش می‌گردد به افراد کمک شود (۱۸) در واقع پذیرش دو مؤلفه اصلی دارد که شامل پذیرش ارادی و پرداختن به فعالیت است. اولین مؤلفه به دامنه‌ای از ناراحتی و مشکلات اجازه می‌دهد تا تجربه شود و مؤلفه دوم به فعالیت‌هایی از زندگی مربوط می‌شود که در کنار مشکل و بیماری تجربه می‌شوند. این درمان با افزایش پذیرش فرد نسبت به موارد یاد شده و ایجاد تعهد، کیفیت زندگی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۲۴). بنابراین می‌توان اظهار داشت این درمان با ایجاد پذیرش و تعهد در فرد مبتلا به ام اس

- 4- Motaharinezhad F, Parvaneh S, Bakhtiary AH, Alizadeh N, Ghahari S. The effect of mood and cognition on relationship between sleep disturbances and fatigue in people with multiple sclerosis: Koomesh. 2016; 17: 613-19.
- 5- Kantarci O, Wingerchuk D. Epidemiology and natural history of multiple sclerosis: new insights. *Current opinion in neurology*. 2006; 19(3): 248-54.
- 6- Sangelaji B, Salimi Y, Dastoorpour M, Mansouri T, Ashrafinia F, Esmailzadeh N, Asadi-lari M. The relationship between disability and quality of life in multiple sclerosis patients. *Journal of Health and Development*. 2013; 2(3): 203-13.
- 7- Kanter JW, Baruch DE, Gaynor ST. Acceptance and commitment therapy and behavioral activation for the treatment of depression: Description and comparison. *The Behavior Analyst*. 2006; 29(2): 161-85.
- 8- Benedict RH, Wahlig E, Bakshi R, Fishman I, Munschauer F, Zivadinov R. Predicting quality of life in multiple sclerosis: accounting for physical disability, fatigue, cognition, mood disorder, personality, and behavior change. *J Neurol Sci*. 2005; 231(1): 29-34.
- 9- Malachy B, Donald M, Lindsey S. Psychological adaptation and quality of life in multiple sclerosis: Assessment of the disability centrality model. *Journal of Rehabilitation*. 2007; 1: 245-51.
- 10- Coroides D. Quality of life in patients with choroidal melanoma. *Arch Soc Esp Oftalmol*. 2008; 83: 301-6.
- 11- Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behav Res Ther*. 2006; 44(1): 1-25.
- 12- Hamid N, Mehrabi Zadeh Honarmand M, Sadeghi S. The Effect of Stress Inoculation Training (SIT) on depression on quality of life in multiple sclerosis (MS) on patients with control Duration of Disease in Esfahan city. *J Jundyshapur Medi Sci*. 2012; 11: 77-84.
- 13- Khezri-Moghadam N, Ghorbani M, Bahrami Ehsan H, Rostami R. The effect of Group Therapy on decrease psycho symptom in multiple Sclerosis patients. *J Clin psycho*. 2012; 13: 13-22.
- 14- Gharaei-Ardakani Sh, Azadfallah P, Tavallie A. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on pain Experience in women with chronic pain. *Journal of Clinical Psychology*. 2012; 2: 1-5.
- 15- Forman EM, Herbert JD. New directions in cognitive behavior therapy: Acceptance-based therapies. *General principles and empirically supported techniques of cognitive behavior therapy* 2009; 77-101.
- 16- Rajabi S, Yazdkhasti F. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Group Therapy on Anxiety and Depression in Women with MS Who Were Referred to the MS Association. *Journal of Clinical Psychology*. 2014; 21(1): 29-38.
- 17- Twohig MP. Acceptance and commitment therapy for treatment-resistant posttraumatic stress

درمان رفتاری است و از مهارت‌های ذهن آگاهی، پذیرش، گسلش شناختی برای افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی استفاده می‌کند، در این درمان، هدف از تأکید بسیار بر تمایل افراد به تجربه درونی این بود که به آنها کمک کنیم تا افکار آزار دهنده‌شان را فقط به عنوان یک فکر تجربه کنند و از ماهیت ناکارآمد برنامه فعلی‌شان آگاه شوند و به جای پاسخ به آن، به انجام آنچه در زندگی برایشان مهم و در راستای ارزش‌های‌شان است پردازند (۱۸) مطرح کردن تعهدات در این درمان عبارت است از تعریف اهداف در حوزه‌های خاصی که برای فرد ارزشمند است، سپس عمل کردن طبق این اهداف در عین شناسایی و پذیرش موانع روانشناختی می‌باشد (۲۶) و این باعث عمل متعهدانه فرد نسبت درمان‌ها شده و سبب کاهش علائم اولیه و ثانویه در فرد و در نهایت ارتقای کیفیت زندگی این افراد می‌شود.

از این رو می‌توان رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را به منظور ارتقای توانمندی افراد مبتلا به ام اس در پذیرش و سازگاری با محیط خود و کاهش عوارض روانشناختی ناشی از آن و ارتقای کیفیت زندگی بیماران به کار برد.

از جمله محدودیت‌های پژوهش می‌توان به محیط زندگی، کار، شرایط اجتماعی و اقتصادی افراد، از موارد تأثیرگذار بر نتایج پژوهش است لذا در تعمیم آن با کل جامعه باید احتیاط شود. همچنین پیشنهاد می‌شود که در زمینه ترویج و انعکاس روش‌ها، آموزش‌های درمان روانشناختی، بهبود سطح بهداشت روانی و کیفیت زندگی این افراد، برنامه‌های جامع و پیشگیرانه، در مراکز درمانی - مراقبتی و حمایتی مربوط به آنها تدوین و به طور کاربردی اجرا شود.

منابع

- 1- Sheppard SC, Forsyth JP, Hickling EJ, Bianchi J. A novel application of acceptance and commitment therapy for psychosocial problems associated with multiple sclerosis: Results from a half-day workshop intervention: *Int J MS Care*. 2010; 12(4): 200-6.
- 2- Rigikote B, Yazdkhasti F, Etemadifar M. The effectiveness of Dohsa-hou psychological rehabilitation program on severity of fatigue, depression, anxiety, stress and improve the quality of life in subjects with multiple sclerosis (MS): *J Rehabilitation sci*. 2013; 33: 445-57.
- 3- Motaharinezhad F, Seyed S, Zeinali R. The impact of mental practice on sleep quality, fatigue, functional balance and gaiting in patient with multiple sclerosis: A case report. *Koomesh*. 2016; 944-9.

disorder: A case study. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2009; 16(3): 243-52.

18- Irandoost F, Neshatdoost HT, Nadi MA, Safary S. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on the rate of pain intensity in woman with chronic low back pain. *Journal of Clinical Psychology*. 2014; 22: 89-96.

19- Gregg JA, Callaghan GM, Hayes SC, Glenn-Lawson JL. Improving diabetes self-management through acceptance, mindfulness, and values: a randomized controlled trial. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2007; 75(2): 336.

20- Izadi R, Neshatdust H, Asgari K, Abedi M. Comparison of the efficacy of Acceptance and Commitment Therapy and Cognitive-Behavior Therapy on symptoms of treatment of patients with obsessive-compulsive disorder. *J Res Behave Sci*. 2014; 12(1): 19-33.

21- McCracken LM, Vowles KE, Eccleston C. Acceptance-based treatment for persons with complex, long standing chronic pain: a preliminary analysis of treatment outcome in comparison to a waiting phase. *Behaviour research and therapy*. 2005; 43(10):1335-46.

22- Arch JJ, Eifert GH, Davies C, Vilardaga JCP, Rose RD, Craske MG. Randomized clinical trial of cognitive behavioral therapy (CBT) versus acceptance and commitment therapy (ACT) for mixed anxiety disorders. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2012; 80(5): 750.

23- Hor M, Aghaei A, Abedi A, Attari A. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on Depression in patients with type 2 diabetes. *J Res Behav*. 2013; 11: 121-12.

24- Vowles KE, McCracken LM. Acceptance and values-based action in chronic pain: a study of treatment effectiveness and process. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2008;76(3): 397.

25- Fructuoso M, Castro R, Oliveira L, Prata C, Morgado T. Quality of life in chronic kidney disease. *J Nefrologia*. 2011; 31(1): 91-6.

26- Anvari MH, Ebrahimi A, Neshatdoost HT, Afshar H, Abedi A. The effectiveness of group-based acceptance and commitment therapy on pain-related anxiety, acceptance of pain and pain intensity in patients with chronic pain. *J Isfahan Med Sci*. 2014; 295: 1-10.