



مقایسه اثربخشی طرح‌واره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی هیجانی، کژ کاری عملکرد جنسی و سرمایه روانشناختی بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس

دانشجوی دکتری گروه روانشناسی، واحد بروجرد، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجرد، ایران
گروه روانشناسی، واحد بروجرد، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجرد، ایران
گروه روانشناسی، دانشگاه اراک، اراک، ایران

عباس نظری ^{id}

سارا ساعدی* ^{id}

منصور عبدی ^{id}

sarmadi@pnu.ac.ir

پذیرش: ۱۴۰۰/۱۲/۱۱ | ایمیل نویسنده مسئول:

دریافت: ۱۴۰۰/۰۸/۱۰

فصلنامه علمی پژوهشی
خانواده درمانی کاربردی

شاپا (الکترونیکی) ۲۴۳۰-۲۷۱۷
<http://Aftj.ir>

دوره ۳ | شماره ۱ پیاپی ۴۶۱-۴۸۵ |
بهار ۱۴۰۱

نوع مقاله: پژوهشی

به این مقاله به شکل زیر استناد کنید:
درون متن:

(نظری، ساعدی و عبدی، ۱۴۰۱)

در فهرست منابع:

نظری، عباس، ساعدی، سارا، و عبدی، منصور. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی طرح‌واره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی هیجانی، کژ کاری عملکرد جنسی و سرمایه روانشناختی بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس. *فصلنامه خانواده‌درمانی کاربردی*، ۳(۱۱ پیاپی ۱۰): ۴۶۱-۴۸۵.

چکیده

هدف: پژوهش حاضر باهدف مقایسه اثربخشی طرح‌واره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی هیجانی، کژ کاری عملکرد جنسی و سرمایه روانشناختی در بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس انجام شد. **روش پژوهش:** پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با دو گروه آزمایش و یک گروه گواه است. جامعه آماری شامل کلیه جمعیت بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس استان مرکزی در سال ۱۴۰۰ بودند که بر اساس هماهنگی‌های به‌عمل‌آمده با انجمن ام‌اس شهر اراک تعداد کلیه آنان ۱۲۰۰ نفره می‌باشد، در این مطالعه، نمونه‌های آماری به‌صورت در دسترس به تعداد ۴۵ نفر انتخاب و سپس به‌صورت گمارش تصادفی به ۳ گروه ۱۵ نفری شامل گروه‌های طرح‌واره درمانی (۱۵ نفر)، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) به‌صورت تصادفی جایگزین شدند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه تحمل پریشانی هیجانی سیمونز و گاهر (۲۰۰۵)، پرسشنامه کژ کاری عملکرد جنسی روزن و همکاران (۲۰۰۰) و پرسشنامه سرمایه روان‌شناختی لوتانز و همکاران (۱۹۹۹) بودند و طرح‌واره درمانی بر اساس پروتکل یانگ و همکاران (۲۰۰۳) دوازده جلسه‌ای و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر اساس پروتکل هشت جلسه‌ای ایفرت و فورسایت (۲۰۰۴) تنظیم شدند. درنهایت از تحلیل واریانس اندازه‌های مکرر با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ جهت تحلیل داده‌ها استفاده شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که بین اثر طرح‌واره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی هیجانی، کژ کاری عملکرد جنسی و سرمایه روان‌شناختی در بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس تفاوت معناداری وجود دارد ($P=0/01$) و این تأثیر در مرحله پیگیری پایدار گزارش شد. **نتیجه‌گیری:** بنابراین می‌توان گفت که بین سه گروه در نمرات پس‌آزمون بعد از تعدیل نمرات پیش‌آزمون تفاوت معنی‌داری وجود دارد و همچنین، نتایج تأیید نشان داد که طرح‌واره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی هیجانی، کژ کاری عملکرد جنسی و سرمایه روان‌شناختی در میان بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس از پایداری مناسبی برخوردار بوده است.

کلیدواژه‌ها: طرح‌واره درمانی، پذیرش و تعهد، تحمل پریشانی، کژ کاری جنسی، سرمایه روانشناختی

مقدمه

در سال‌های اخیر مشکلات مزمن پزشکی شیوع فزاینده‌ای یافته است و مردم طولانی‌تر زندگی می‌کنند و بیماری‌هایی که در گذشته با خطر مرگ‌ومیر قابل ملاحظه‌ای همراه بودند، هم‌اکنون به‌طور مؤثرتری کنترل می‌شوند (وایت، به نقل از مولودی و فتاحی، ۱۳۹۰). بیماران مبتلابه شرایط مزمن پزشکی، اغلب با مشکلات بسیاری از قبیل وابستگی به سایر اعضای خانواده، جدایی از دوستان و همسالان و بسیاری از محدودیت‌ها و مشکلات جسمانی مواجه می‌شوند (بیکر و همکاران، ۲۰۰۶). بیماری‌های مزمن، عوامل فشارزای واحد و ایستایی نیستند که بتوان به‌راحتی با آن‌ها سازگار شد، بلکه بسیار پیچیده و در طی زمان متغیر بوده و چالش‌های پیش‌رونده‌ای را به دنبال دارند. یک بیماری مزمن می‌تواند با آسیب‌پذیر کردن بیماران به مشکلات روان‌شناختی و اجتماعی، در وظایف تحولی آن‌ها تداخل ایجاد کند و آن‌ها را با تهدیدها و چالش‌های بسیاری مواجه سازد، از جمله: نیاز به تعادل هیجانی منطقی و خودانکاری رضایت‌بخش، نیاز به حفظ احساس کفایت و تسلط، نیاز به تحمل درد، خستگی و سایر نشانه‌های بیماری و نیاز به آمادگی برای یک آینده‌ی مبهم (کلارک و همکاران، ۲۰۰۳). طبق تحقیقات انجام‌شده، عوامل روان‌شناختی نسبت به عوامل مرتبط با بیماری، پیش‌بینی‌کننده‌های بهتری بوده و برخلاف آن‌ها از طریق مداخلات روان‌شناختی قابل تغییر می‌باشد. یکی از عوامل روان‌شناختی مؤثر در سازگاری با بیماری، مقابله می‌باشد. مطالعات نشان داده است میزان و شدت سازگاری در مبتلایان به بیماری‌ام. اس تا حدی بستگی به نوع راهبردهای مقابله‌ای با آن‌ها دارد. مولتیپل اسکلروزیس یا MS^۱، یک بیماری مزمن التهابی و خود ایمنی می‌باشد که التهاب، موجب از دست دادن تدریجی غلاف میلین سلول‌های عصبی در مغز، نخاع و عصب بینایی و متعاقباً از دست رفتن آکسون‌ها و نورون‌ها می‌شود. سپس، این آسیب‌ها در طول زمان باعث آتروفی اعصاب مذکور می‌شوند. آتروفی ایجادشده در ابتدای بیماری، خفیف می‌باشد که در طول زمان پیشرفت کرده و در نهایت منجر به ناتوانی‌های متعدد در این بیماران می‌شود (لاسمن، ۲۰۱۸). عوامل خطر ثابت‌شده برای بیماری مولتیپل اسکلروزیس شامل عرض جغرافیایی بالا، جنس مونث، استعمال سیگار، کمبود ویتامین D به علت کمبود مواجهه با نور آفتاب و یا کمبود دریافت غذای چاقی نوجوانی هستند (بیچرالان و همکاران، ۲۰۱۸). از نظر اپیدمیولوژی، حدود ۲/۵ میلیون نفر در سراسر جهان درگیر بیماری مولتیپل اسکلروزیس هستند. وقوع این بیماری بر اساس مناطق جغرافیایی مختلف، متغیر است، به‌نحوی که شیوع آن ۲ در هر ۱۰۰,۰۰۰ نفر در ژاپن تا بیش از ۱۰۰ نفر در هر ۱۰۰,۰۰۰ نفر در شمال اروپا و آمریکا گزارش شده است. در مقابل در نواحی گرمسیری، شامل آسیا، آفریقای استوایی و خاورمیانه، شیوع بیماری ۱۰ تا ۲۰ برابر کمتر است (هووارد و همکاران، ۲۰۱۶). در میان کشورهای خاورمیانه، ایران بیشترین میزان شیوع را به خود اختصاص داده است. در سال ۲۰۱۳، بالاترین میزان شیوع در ایران برای شهرهای اصفهان و تهران با شیوع ۸۹ و ۸۸ نفر در هر ۱۰۰,۰۰۰ نفر، برآورد شد که در مطالعات اخیر، این میزان رو به افزایش عنوان‌شده و منجر به تحمیل هزینه‌های سنگین به سیستم بهداشت و درمان کشور می‌شود (یاموت و همکاران، ۲۰۲۰). نشانه‌های بیماری متغیر است، به‌نحوی که دامنه آن از اختلالات فیزیکی بدن تا علائم بسیار شدیدتر از جمله اختلال شناختی، گسترده است. مطالعه جوز و همکاران نشان داد که ۴۰ تا ۶۵ درصد بیماران مولتیپل اسکلروزیس، به

1. Multiple Sclerosis

بیماری‌های عصبی روان‌شناختی دچار هستند و این اختلالات روان‌شناختی، ۴۳ تا ۷۰ درصد در گسترش ناتوانی‌های افراد مبتلابه مولتیپل اسکلروزیس، مؤثر است (دندرو و همکاران، ۲۰۱۸). تحمل پریشانی، از مواردی است که بسیاری از بیماران مبتلابه درد مزمن، بالاخص بیماران مبتلابه ام‌اس با آن مواجه هستند و این مؤلفه، خود نیز می‌تواند در خود مراقبتی و حتی در روند بیماری تأثیر بسزایی داشته باشد. تحمل پریشانی، توانایی فرد برای تجربه و تحمل وضعیت عاطفی منفی است که بر ارزیابی و قضاوت فرد تأثیر می‌گذارد و به‌عنوان یک عامل مهم در پیدایش و ادامه اختلالات روانی و نیز در حوزه پیشگیری و درمان، اثرگذار است. افرادی که تحمل کمی از پریشانی هیجانی دارند، آشفتگی هیجانی شدیدی را متحمل می‌شوند و ملزم‌اند برای تسکین آن بکوشند که در این حین نمی‌توانند بر روی مسئله دیگری تمرکز کنند؛ بنابراین، کاهش تحمل پریشانی هیجانی موجب پیدایش پاسخ‌های ناسازگارانه نسبت به تنش می‌شود. در بیماران مبتلابه مولتیپل اسکلروزیس، سطح بالاتری از پریشانی هیجانی، اضطراب، افسردگی و سطح پایین‌تری از کیفیت زندگی وجود دارد. در حقیقت فعالیت بر پایه تحمل پریشانی، پیش‌بینی‌کننده افکار خود مراقبتی می‌باشد و هرچه تحمل پریشانی را در هیجانات خود بیشتر استفاده کند، سطح سلامت و غلبه بر مشکلات وی نیز بیشتر خواهد شد (هفررن و فیشر، ۲۰۱۸). یکی از ویژگی‌های روان‌شناختی مهم در رسیدن به سازگاری با بیماری، سرمایه روان‌شناختی می‌باشد که با ویژگی‌هایی از قبیل خودباوری بیماری در توانمندی برای نیل به موفقیت، پشتکار در دنبال کردن اهداف، ایجاد باورهای مثبت درباره خود و تحمل مشکلات، شناخته می‌شود (لوتانس و همکاران، ۲۰۱۵). سرمایه روان‌شناختی، از شاخص‌های مثبت‌گرایی است که می‌توان با بکارگیری رویکردهایی از جمله روانشناسی مثبت‌نگر، آن را تقویت کرد. مطالعات نشان داده است که سرمایه‌های روان‌شناختی نقش مهم و مؤثری در هدایت و کنترل چالش‌ها و نحوه مدیریت مشکلات دارد و منجر به شکل‌گیری ادراک فرد از بیماری خود می‌شود (نصرتی و همکاران، ۲۰۱۸). رهنما و همکاران، در مطالعه خود بر روی بیماران مولتیپل اسکلروزیس نشان دادند که بین کیفیت زندگی مراقبین خانوادگی مبتلایان به مولتیپل اسکلروزیس و سرمایه روان‌شناختی بیماران ارتباط معناداری وجود دارد. در نظر گرفتن کیفیت زندگی مراقبین بیماران و رابطه آن با سرمایه روان‌شناختی بیماران، جهت بهبود سیر درمان، مراقبت و مداخلات مؤثر در راستای بقا و بهبود بیماران مبتلابه مولتیپل اسکلروزیس اهمیت دارد (رهنما و همکاران، ۲۰۱۶). یکی دیگر از پیامدها و شکایات بیماران مولتیپل اسکلروزیس، کژکاری عملکرد جنسی می‌باشد. کژکاری عملکرد جنسی، به اختلال در میل جنسی و تغییرات روانی که مشخصه واکنش جنسی می‌باشد، اطلاق می‌شود و در نهایت منجر به پریشانی و مشکلات بین فردی می‌گردد. در یک مطالعه مشخص گردید که این پیامد، به‌صورت مقاربت دردناک، مشکلات اوج لذت جنسی، کاهش میل جنسی، انزال زودرس، مشکلات برانگیختگی جنسی و نعوظ ظهور می‌کند. اختلالات جنسی در مبتلایان به مولتیپل اسکلروزیس امری شایع بوده و بیش از ۷۵ درصد این بیماران آن‌ها تجربه می‌نمایند (کولتونیک و همکاران، ۲۰۲۰). اختلالات جنسی علل متعددی دارد و می‌تواند به‌طور مستقیم از پاتوفیزیولوژی این بیماری و تأثیر آن بر سیستم اعصاب منتج گردد. این اختلالات می‌تواند به شکل کاهش میل جنسی، احساس‌های ناخوشایند در ناحیه تناسلی اعم از احساس درد یا سوزش و نیز تغییر در ارگاسم باشد (پترسن و همکاران، ۲۰۲۰). مطالعات پیشین نشان داده است که هرچه میزان ناتوانی حرکتی افراد مولتیپل اسکلروزیس بیشتر باشد، میزان اختلالات در عملکرد جنسی نیز گسترده‌تر خواهد بود (هالتر و لاندبرگ، ۱۹۹۵). امروزه درمان‌های دارویی،

نقش مهمی در کنترل و بهبود وضعیت بیماران مولتیپل اسکروزیس دارند، اما با اثرات جانبی و عوارض متعددی همراه‌اند که یک چالش اصلی برای ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی برای این بیماران محسوب می‌شود (معنوی پور و میری، ۲۰۱۷). در حال حاضر پژوهشگران معتقدند که بهبود وضعیت روانی بیماران مولتیپل اسکروزیس، علاوه بر کاهش خطر عود این بیماری، موجب بهبود رضایت از زندگی در افراد می‌شود و آن‌ها را به سمت موفقیت بیشتر، سطح سلامتی بالاتر، ارتباط اجتماعی موفق‌تر و سلامت جسمی و روانی بالاتر سوق می‌دهد (سسل و همکاران، ۲۰۱۸). در این میان درمان طرح‌واره‌ای، شکل جدیدی از درمان شناختی رفتاری می‌باشد که برای طیف وسیعی از اختلالات روان‌شناختی کاربرد دارد. طرح‌واره‌ها سازه‌هایی هستند که بر اساس واقعیت یا تجربه شکل می‌گیرند و به‌عنوان واسطه پاسخ‌های رفتاری افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهند. طرح‌واره درمانی روش درمانی نسبتاً نوین و یکپارچه است که عمدتاً بر اساس بسط و گسترش مفاهیم و روش‌های درمان شناختی رفتاری کلاسیک بنا شده است. این رویکرد اصول و مبانی مکتب‌های شناختی رفتاری، دلبستگی گشتالت، روابط شی، سازنده‌گرایی و روان‌کاوی را در قالب یک مدل درمانی و مفهومی ارزشمند تلفیق کرده است. برنامه درمانی در طرح‌واره درمانی عموماً شامل سه دسته اساسی از تکنیک‌هاست: شناختی، تجربی و رفتاری. تکنیک‌های شناختی بر اساس درمان شناختی رفتاری کلاسیک و تکنیک‌های بسط پیدا کرده‌اند مثل بررسی سود و زیانیک طرح‌واره و بررسی شواهد و اعتبار یک طرح‌واره یا طراحی یک گفتگو بین وجه طرح‌واره و وجه بدون طرح‌واره شخصیت فرد. استراتژی‌های رفتاری شکستن الگوهای معیوب بر اساس تکنیک‌های رفتار درمانی کلاسیک پایه‌گذاری شده‌اند مثل تمرین ایفای نقش در یک تعامل و سپس بررسی و ارزیابی تعامل به‌عنوان تکلیف خانگی. استراتژی‌های هیجانی و تجربی بر اساس گشتالت درمانی سایکو دراما طراحی شده‌اند و همین‌طور تکنیک‌های تصویرسازی و تجسم. تکنیک‌های خاصی، معمولاً به‌صورت فلش کارتهایی که پیام‌های درمانی مهمی دارند و در جلسه درمان نوشته می‌شوند، اجرا می‌شود. همچنین دفترچه خاطرات طرح‌واره محور که کتابچه ایست که توسط مراجع در بین جلسات پر می‌شود و پیشرفت مراجع را در رابطه با تمامی مفاهیم نظری در طرح‌واره درمانی گزارش می‌کند. یکی از کلیدی‌ترین تکنیک‌های طرح‌واره درمانی، استفاده از رابطه درمانی در طی پروسه‌ای اثربخش به نام باز والدینی حدومرز دار است (رودیگر و همکاران، ۲۰۱۸). شهاب و همکاران در مطالعه خود، به بررسی اثر بررسی اثربخشی طرح‌واره درمانی هیجانی بر بهزیستی ذهنی و خستگی در بیماران مبتلابه مولتیپل اسکروزیس پرداختند و نتایج مطالعه آن‌ها نشان داد که درمان گروهی طرح‌واره‌های هیجانی جهت کاهش خستگی و افزایش بهزیستی ذهنی در بیماران مبتلابه مولتیپل اسکروزیس مؤثر می‌باشد (شهاب و همکاران، ۲۰۲۰). به‌علاوه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، نیز یکی از رفتار درمانی‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی است که اثربخشی آن برای درمان طیف گسترده‌ای از وضعیت‌های بالینی معلوم شده است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد این فرض را دارد که فرایندهای روان‌شناختی ذهن انسان اغلب مخرب و موجب رنج روان‌شناختی هستند. درمان اکت شش فرایند زیربنایی دارد که منجر به انعطاف‌پذیری شناختی می‌شود. این شش فرایند عبارت‌اند از: پذیرش، گسلش، خود به‌عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال و اکنون، ارزش‌ها، عمل متعهدانه (حسینائی و همکاران، ۱۹۹۲). در این درمان ابتدا سعی می‌شود تا پذیرش فرد نسبت به تجارب ذهنی (افکار، احساسات و غیره) افزایش‌یابد و اعمال کنترلی ناموثر کاهش یابد. به بیمار آموخته می‌شود اعمالی

مانند کنترل و اجتناب باعث تشدید تجارب ذهنی نامطلوب می‌شود و پیشنهاد می‌شود آن‌ها را همان‌طور که هستند بپذیرند. در گام بعدی آگاهی روانی فرد افزوده می‌شود یعنی فرد از تمام حالات، افکار، احساسات رفتار خود در لحظه حال آگاهی یابد. در سومین قدم به فرد آموزش داده می‌شود خود را از تجارب ذهنی جدا سازد به طوری که بتواند جدا از آن‌ها عمل کند. گام چهارم، تلاش برای کاهش تمرکز بر خود تجسمییا داستان شخصی (قربانی بودن) است که فرد در ذهنش ساخته است. گام پنجم، کمک به فرد که تا اینکه ارزش‌های شخصی خود را بشناسد و به‌طور واضح مشخص سازد و آن‌ها را به اهداف رفتاری خاصی تبدیل سازد و در پایان، ایجاد انگیزه عمل متعهدانه یعنی فعالیتی معطوف به اهداف و ارزش‌ها مشخص شده به همراه پذیرش تجارب ذهنی؛ این تجارب ذهنی می‌توانند افکار افسرده، وسواسی، ترس‌ها و اضطراب‌ها باشند که مولد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی فرد است و وی را به سمت زندگی غنی و پرمعنا سوق می‌دهد (آلامی و همکاران، ۲۰۲۰). تا کنون مطالعات مختلفی از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرح‌واره درمانی بر حوزه های روان‌شناختی مورد بحث در جمعیت‌های مختلف انجام شده است. در یک مطالعه، زمانی و همکاران نشان دادند که طرح‌واره درمانی موجب کاهش معنادار اضطراب سلامت در زنان مبتلابه افسردگی می‌شود (زمانی و همکاران، ۲۰۱۶). همچنین مطالعه‌ای دیگر نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به شکل معناداری اضطراب سلامت را کاهش می‌دهد (قدم پور و همکاران، ۱۳۹۶). در مطالعه ای دیگر، محققین به بررسی اثر طرح‌واره درمانی بر تحمل پریشانی در بیماران مبتلابه اختلال شخصیت مرزی پرداختند و نتایج نشان داد که در افراد تحت مطالعه، تحمل پریشانی هیجانی به شکل معناداری افزایش پیدا کرده است (بیداری و حاجی علی زاده، ۲۰۱۹). مطالعه‌ای دیگر نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عملکرد جنسی، کم‌رویی جنسی و جرئت ورزی جنسی زنان مبتلابه اختلالات جنسی، اثر مؤثر و معناداری دارد (طباطبایی و همکاران، ۱۳۹۶). در این میان، مطالعه ای که اختصاصاً به بررسی این دو درمان روان‌شناختی بر حوزه های سرمایه روان‌شناختی، تحمل پریشانی هیجانی و کژ کاری عملکرد جنسی در بیماران مبتلابه مولتیپل اسکلروزیس پیردازد، انجام نشده است. با توجه به اهمیت مطالب فوق الذکر و با توجه به اینکه این بیماری، پیش‌بینی‌نشده و یکی از بیماری‌های تغییردهنده‌ی زندگی فرد است و فرد را به تدریج به سمت ناتوانی پیش می‌برد. با توجه به موارد مطرح‌شده و مفیدنبودن مداخلات دارویی صرف برای مقابله با مشکلات روانی بیماران ام‌اس، نیاز به روش‌هایی در درمان احساس می‌شود که بتوانند در کنار درمان‌های دارویی، علائم بیشتری از بیماری (مانند اختلال عملکرد جنسی) را بهبود بخشند. در این راستا بررسی کارایی و مقایسه دو روش درمانی روان‌شناختی عمده یعنی طرح‌واره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بیماران مولتیپل اسکلروزیس در حوزه‌های روان‌شناختی ضرورتی دوچندان می‌یابد؛ بنابراین، هدف پژوهش حاضر پاسخ به این سؤال است:

۱. آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بر تحمل پریشانی هیجانی، کژ کاری عملکرد جنسی و سرمایه روان‌شناختی افراد مبتلابه مولتیپل اسکلروزیس اثربخش است؟
۲. آیا طرح‌واره درمانی نیز بر نشانگان خستگی مزمن، اضطراب مزمن، تحمل پریشانی هیجانی، کژ کاری عملکرد جنسی و سرمایه روان‌شناختی در بیماران مولتیپل اسکلروزیس مؤثر است؟
۳. در مقام مقایسه، کدامیک از این دو روش طرح‌واره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، تأثیر بیشتری بر روی متغیرهای مورد مطالعه دارند؟

روش پژوهش

روش پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و از نظر روش اجرا از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با دو گروه آزمایش و یک گروه گواه است؛ به عبارتی، مطالعه حاضر به روش شبه آزمایشی و از طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل نابرابر و پیگیری یک‌ماهه بعد از مطالعه انجام شد. شرکت‌کنندگان با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود (داشتن سابقه بیماری بیشتر از سه سال، تشخیص درجه خفیف ام‌اس و عدم تحمل پریشانی هیجانی، سطوح پایین سرمایه روان‌شناختی و اختلال در عملکرد جنسی) و ملاک‌های خروج (اعتیاد نداشتن، سرطان، صرع، نارسایی کلیه، بیماری‌های قلبی و مشکلات عمده روان-شناختی مانند روان‌پریشی) انتخاب شدند. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه جمعیت بیماران مبتلابه مولتیپل اسکلروزیس استان مرکزی در سال ۱۴۰۰ می‌باشد که بر اساس هماهنگی‌های به‌عمل‌آمده با انجمن ام‌اس شهر اراک تعداد کلیه آنان ۱۲۰۰ نفره می‌باشد و نمونه آماری، با توجه به این‌که مطالعه حاضر نیمه آزمایشی است و با توجه به اینکه ادبیات بالینی تعداد مناسب اعضای یک مداخله را ۷ تا ۱۰ نفر پیشنهاد می‌کند (فریچ، ۲۰۰۶) و تحقیقات آزمایشی معمولاً از نمونه‌های ۱۵ نفر برای هر گروه استفاده می‌کند (داینر، لوکاس و آیشی، ۲۰۰۲) و از طرفی با توجه به غربالگری با ۵ دسته مؤلفه و هماهنگی‌های به‌عمل‌آمده با انجمن ام‌اس شهر اراک مبنی بر جمعیت ۱۲۰۰ نفره‌ای که این ۵ دسته مؤلفه در تعداد کمی از آن‌ها به‌صورت همزمان برقرار می‌باشد، جمعیت مورد مطالعه در هر گروه ۱۵ نفر در نظر گرفته شد که بدین ترتیب، مطالعه شامل ۳ گروه ۱۵ نفر شامل گروه‌های درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، طرح‌واره درمانی و گروه کنترل می‌باشد.

ابزار پژوهش

۱. **تحمل پریشانی هیجانی.** مقیاس تحمل پریشانی هیجانی، یک پرسشنامه خود سنجی است که به‌وسیله سیمونز و گاهر در سال ۲۰۰۵ تهیه شده است. گویه‌های این مقیاس، تحمل پریشانی را بر اساس توانمندی‌های فرد برای تحمل پریشانی هیجانی، ارزیابی ذهنی پریشانی، میزان توجه به هیجان‌های منفی در صورت وقوع و اقدام‌های تنظیم‌کننده برای تحمل پریشانی ارزیابی می‌کنند. این مقیاس شامل ۱۵ پرسش و چهار خرده مقیاس تحمل پریشانی هیجانی، جذب شدن به‌وسیله هیجان‌های منفی، ارزیابی ذهنی پریشانی و تنظیم تلاش‌ها در راستای کاهش پریشانی می‌شود. مقیاس تحمل پریشانی، یک شاخص خود سنجی تحمل پریشانی هیجانی است که دارای ۱۵ ماده و چهار خرده مقیاس تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم است. گویه‌های این مقیاس بر اساس مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شوند و نمره‌های بالا در این مقیاس نشان‌دهنده تحمل پریشانی بالاست. ضرایب آلفا برای این خرده مقیاس‌ها ۰/۷۸، ۰/۷۸، ۰/۷۰ و ۰/۷۰ برای کل مقیاس‌ها ۰/۸۲ برآورد شده است. عزیزی، میرزایی و شمس (۲۰۱۰) نیز آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۶۷ و اعتبار باز آزمایی این پرسشنامه را نیز ۰/۷۹ گزارش کردند.

۲. **پرسشنامه کژ کاری عملکرد جنسی.** این پرسشنامه، یک ابزار مناسب برای بررسی شاخص عملکرد جنسی است که این پرسشنامه در مردان و زنان با هم متفاوت است. در زنان، پرسشنامه با ۱۹ گویه، عملکرد جنسی را در ۶ حوزه میل، تحریک روانی، رطوبت، ارگاسم، رضایتمندی و درد جنسی می‌سنجد. شاخص عملکرد جنسی مقیاسی است که عملکرد جنسی را سنجیده که توسط روزن و همکارانش (۲۰۰۰) ساخته

و در گروهی از افراد با اختلال تحریک جنسی اعتبار یابی شده است. نمره‌گذاری به نحوی است که نمره بیشتر نشانگر عملکرد بهتر جنسی است. بر اساس هم وزن کردن حوزه‌ها، حداکثر نمره برای هر حوزه برابر ۶ و برای کل مقیاس ۳۶ خواهد بود. نمره صفر حاکی از آن است که فرد در طول ۴ هفته گذشته فعالیت جنسی نداشته است. نقطه برش برای کل مقیاس و زیر مقیاس‌ها به ترتیب برابر است با: کل مقیاس ۲۸، میل ۳/۳، تحریک روانی ۳/۴، رطوبت ۳/۴، ارگاسم ۳/۴، رضایتمندی ۳/۸ درد جنسی ۳/۸. سرمد و همکاران (۱۳۸۷) معتقدند که «برای محاسبه ضریب آلفای کرونباخ ابتدا باید واریانس نمره‌های هر زیرمجموعه سؤالات پرسشنامه یا زیرآزمون و واریانس کل را محاسبه نمود. سپس با استفاده از فرمول مربوطه مقدار ضریب آلفا را به دست آورد» (ص ۱۶۹). پایایی بخش‌های مختلف آن با $r=0.74$ تا $r=0.87$ و ضریب توافقی بر اساس آلفای کرونباخ ۰/۸۵ گزارش شده است (روزن و همکاران، ۱۹۹۷). در پژوهش برقی ایرانی (۱۳۹۲) پایایی پرسشنامه بر اساس ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ گزارش شد و روایی به این مفهوم اشاره دارد که وسیله اندازه‌گیری چیزی را که ادعا می‌کند دقیقاً همان چیز را اندازه بگیرد، یعنی متناسب با آن باشد و از مهم‌ترین آن روایی صوری و محتوایی است و برای اینکه پرسشنامه‌ای حداقل دارای روایی محتوایی باشد باید سؤالات آزمون با توجه به مبانی تئوریک دقیقاً مورد مطالعه و بررسی قرار گیرد تا میزان ارتباط و تناسب آن‌ها با موضوع روشن شد.

۳. پرسشنامه سرمایه روانشناختی. برای سنجش سرمایه روان‌شناختی از پرسشنامه سرمایه روان‌شناختی لوتانز و همکاران (۲۰۰۷) استفاده خواهد شد. این پرسشنامه شامل ۲۴ سؤال و ۴ خرده مقیاس امیدواری، تاب‌آوری، خوش‌بینی و خودکارآمدی است که در آن، هر خرده مقیاس شامل ۶ گویه است و آزمودنی به هر گویه در مقیاس ۶ درجه‌ای لیکرت (کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) پاسخ می‌دهد. سؤال‌های ۱ تا ۶ مربوط به خرده مقیاس خودکارآمدی، سؤال‌های ۷ تا ۱۲ مربوط به خرده مقیاس امیدواری، سؤال‌های ۱۳ تا ۱۸ مربوط به خرده مقیاس تاب‌آوری و سؤال‌های ۱۹ تا ۲۴ مربوط به خرده مقیاس خوش‌بینی است. برای به دست آوردن نمره سرمایه روانی، ابتدا نمره هر خرده مقیاس به صورت جداگانه به دست آمد و سپس مجموع آن‌ها به عنوان نمره کل سرمایه روان‌شناختی محسوب شد. نسبت کای دو این آزمون برابر با ۲۴/۶ است و آماره‌های CFI و RMSEA در این مدل به ترتیب ۰/۹۷ و ۰/۰۸ است (امیدیان و اسماعیل‌پور اشکفتکی، ۱۳۹۹).

۴. درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش. این درمان بر اساس پروتکل ایفرت و فورسایت تنظیم و در هشت جلسه به مدت ۹۰ دقیقه به شرح جدول زیر اجرا شد.

جدول ۱. طرح درمانی در گروه درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش

جلسات	محتوای درمان
جلسه ۱	آشنایی اولیه با مراجعین و معرفی درمانگر، آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و برقراری رابطه درمانی، معرفی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، اهداف و محورهای اصلی آن، تعیین قوانین حاکم بر جلسات، اجرای پیش‌آزمون

مروری بر تجارب جلسه قبل و دریافت بازخورد از بیماران، بحث در مورد تجربیات و ارزیابی آن‌ها، ارزیابی میزان تمایل فرد برای تغییر، بررسی انتظارات بیماران از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ایجاد درماندگی خلاق، جمع‌بندی و ارائه تکلیف خانگی	جلسه ۲
مروری بر تجارب جلسه قبل و دریافت بازخورد از بیماران، تشخیص راهبردهای ناکارآمد کنترل‌گری و پی بردن به بیهودگی آن‌ها، توضیح مفهوم پذیرش و تفاوت آن با مفاهیم شکست، یأس، انکار و مقاومت، بحث در مورد سپس مشکلات مربوط به بیماری MS و چالش‌های پذیرش بیماری، جمع‌بندی و بررسی تمرین جلسه بعد، ارائه تکلیف خانگی	جلسه ۳
مروری بر تجارب جلسه قبل و دریافت بازخورد از بیماران، تکلیف و تعهد رفتاری، معرفی و تفهیم آمیختگی به خود مفهوم‌سازی شده و گسلش، کاربرد تکنیک‌های گسلش شناختی، مداخله در عملکرد زنجیره‌های مشکل‌ساز زبان و استعاره‌ها، تضعیف اتلاف خود با افکار و عواطف، جمع‌بندی و بررسی تمرین جلسه بعد، ارائه تکلیف خانگی	جلسه ۴
مروری بر تجارب جلسه قبل و دریافت بازخورد از بیماران، نشان دادن جدایی بین خود، تجربیات درونی و رفتار، مشاهده خود به‌عنوان زمینه، تضعیف خود مفهومی و بیان خود (در این تمرینات، شرکت‌کنندگان می‌آموزند بر فعالیت‌های خود (نظیر تنفس، پیاده‌روی و...) تمرکز کنند و در هر لحظه از احوال خود آگاه باشند و زمانی که هیجانات، حس‌ها و شناخت‌ها پردازش می‌شوند، بدون قضاوت مورد مشاهده قرار گیرند)، جمع‌بندی و بررسی تمرین جلسه بعد، ارائه تکلیف خانگی	جلسه ۵
مرور تجارب جلسه قبلی و دریافت بازخورد از بیماران، شناسایی ارزش‌های زندگی بیماران و تصریح و تمرکز بر این ارزش‌ها و توجه به قدرت انتخاب آن‌ها، استفاده از تکنیک‌های ذهن آگاهی با تأکید بر زمان حال، جمع‌بندی، بررسی تمرین جلسه بعد و ارائه تکلیف خانگی	جلسه ۶
مرور تجارب جلسه قبلی و دریافت بازخورد از بیماران، بررسی ارزش‌های هر یک از افراد و تعمیق مفاهیم قبلی، تفاوت بین ارزش‌ها، اهداف و اشتباهات معمول در انتخاب ارزش‌ها، موانع درونی و بیرونی احتمالی در دنبال کردن ارزش‌ها، کاربرد روی اهداف مرتبط با ارزش‌ها و برنامه‌ریزی در جهت انجام کارها و رفتارهایی برای تحقق اهداف، نشان دادن خطرات تمرکز بر نتایج	جلسه ۷
درک ماهیت تمایل و تعهد (آموزش تعهد به عمل)، شناسایی طرح‌های رفتاری مطابق با ارزش‌ها و ایجاد تعهد برای عمل به آن‌ها، بحث در مورد احتمال عود و آمادگی برای مقابله با آن، مرور تکالیف و جمع‌بندی جلسات با همراهی مراجع، در میان گذاشتن تجارب اعضای گروه با یکدیگر و دستاوردها و انتظاراتی که برآورده نشده است و درنهایت تشکر از بیماران برای شرکت در گروه و اجرای پس‌آزمون	جلسه ۸

۵. طرح‌واره درمانی. این درمان بر اساس پروتکل ۱۲ جلسه‌ای مبتنی بر بسته آموزشی یانگ و همکاران (۲۰۰۳) تنظیم و در ۱۲ جلسه به مدت ۹۰ دقیقه برای گروه آزمایش دوم به شرح دول زیر اجرا شد.

جدول ۲. طرح درمانی در گروه طرح‌واره درمانی

جلسات	محتوای درمان
جلسه ۱	آشنایی و معارفه، بیان اهداف پژوهش، مروری بر ساختار جلسات، بیان قوانین و مقررات، تأکید بر رازداری، صحبت در مورد طول مدت جلسات پاسخ‌دهی به سؤالات اجرای پیش‌آزمون.
جلسه ۲	تعریف و توضیح طرح‌واره درمانی، معرفی طرحوارهای ناسازگار و حوزه‌های مربوط به هرکدام، توضیح ریشه‌ای تحول‌های طرح‌واره، توضیح و آموزش پیرامون عملکرد طرحوارها.
جلسه ۳	توضیح و آموزش سبک‌های مقابله‌ای، توضیح و آموزش انواع ذهنیت‌های طرح‌واره‌ای، ایجاد انگیزه در افراد گروه جهت سنجش و تغییر طرح‌واره‌ها.
جلسه ۴	سنجش طرح‌واره‌های افراد گروه و ارائه بازخورد، آشنا کردن افراد با طرح‌واره‌هایشان، انجام و آموزش تکنیک تصویرسازی ذهنی مربوط به مرحله سنجش در جلسه، بحث و گفتگوی گروهی پیرامون طرح‌واره‌ها و تأثیر هرکدام بر زندگی افراد، تشویق به مطالعه کتاب زندگی خود را دوباره بیافرینید (تکلیف خانگی: بخش مربوط به طرح‌واره‌های خودشان).
جلسه ۵	بررسی تکلیف خانگی، ایجاد انگیزه برای تغییر طرح‌واره‌ها، آمادگی برای تغییر طرح‌واره‌ها، معرفی راهبردهای شناختی، هیجانی و الگو شکنی رفتاری، هم‌پیمان شدن با اعضای گروه برای جنگ با طرح‌واره‌ها در سه بعد شناختی، هیجانی و الگو شکنی رفتاری
جلسه ۶	انجام آزمون اعتبار طرح‌واره، تعریف جدید از شواهد تعیین‌کننده طرح‌واره، ارزیابی مزایا و معایب طرح‌واره‌ها، ارزیابی مزایا و معایب سبک‌های مقابله‌ای، ارائه تکلیف خانگی
جلسه ۷	بررسی تکلیف خانگی، آموزش و تمرین برقراری گفتگو بین جنبه سالم و جنبه طرح‌واره، آموزش تدوین و ساخت کارت‌های آموزشی و نحوه استفاده از این کارت‌ها به افراد گروه، آموزش نحوه تکمیل فرم‌های ثبت‌نام طرح‌واره، ارائه تکلیف خانگی.
جلسه ۸	معرفی مجدد راهبردهای تجربی، ارائه منطق استفاده از راهبردهای تجربی، آموزش روش استفاده از راهبردهای ذهنی و اجرای آن در جلسه، آموزش تکنیک انجام گفتگوی خیالی و اجرای آن در جلسه، نوشتن نامه به والدین و توضیح منطق استفاده از این تکنیک، ارائه تکلیف با موضوع نوشتن نامه به والدین
جلسه ۹	توضیح مجدد و آموزش انواع سبک‌های مقابله‌ای و تأثیر آن‌ها در تداوم طرح‌واره‌ها، تعیین رفتارهای خاص افراد گروه به‌عنوان آماج احتمالی تغییر، اولویت‌بندی رفتارها در جهت الگو شکنی رفتاری
جلسه ۱۰ و ۱۱	ایجاد انگیزه جهت تغییر رفتارهای تداوم‌بخش طرح‌واره و بررسی تأثیر آن در زندگی افراد، آموزش تمرین رفتارهای سالم از طریق تکنیک تصویرسازی ذهنی، بررسی و آموزش غلبه بر موانع تغییر رفتار، آموزش روش استفاده از کارت‌های آموزشی جهت الگو شکنی رفتاری، انجام تمرینات مربوط به الگو شکنی رفتاری، ارائه تمرینات خانگی، بحث و گفتگوی گروهی پیرامون اثرات تغییر طرح‌واره‌ها، جمع‌بندی و نتیجه‌گیری
جلسه ۱۲	پاسخ به سؤالات اعضا و ارزیابی کل جلسات، تشکر و قدردانی اعضا جهت شرکت در جلسات، اجرای پس‌آزمون، هماهنگی برای برگزاری جلسات پیگیری در یک ماه آینده.

شیوه اجرا. برای انتخاب گروه نمونه واجد شرایط، ابتدا از طریق مراجعه به انجمن ام‌اس استان مرکزی، شهر اراک و همچنین اعلان فراخوان مبنی بر شرکت در گروه‌درمانی به اعضای انجمن (بدین صورت که با اعضای انجمن تماس گرفته و از آن‌ها درخواست شد در روزی مقرر به انجمن بیایند)، از بین تمامی این افراد، ۴۵ نفر از بیمارانی که توسط پرسش‌نامه‌های تحمل‌پیشانی هیجانی، سرمایه روان‌شناختی و عملکرد جنسی، حائز تشخیص سطح پایین تحمل‌پیشانی هیجانی و سرمایه روان‌شناختی، به‌علاوه سطوح بالای اختلال در عملکرد جنسی بودند و وضعیت ام‌اس آن‌ها مطابق با مقیاس وضعیت ناتوانی گسترش‌یافته، توسط پزشک معالج در درجه خفیف طبقه‌بندی می‌شود، به‌صورت در دسترس ۴۵ نفر انتخاب و سپس به‌صورت گمارش تصادفی به ۳ گروه ۱۵ نفری شامل گروه‌های طرح‌واره درمانی (۱۵ نفر)، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) به‌صورت تصادفی جایگزین شدند. علاوه بر این، شدت ابتلا به بیماری ام‌اس و سابقه بیماری کنترل گردید و شرکت‌کنندگان با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود و خروج انتخاب شدند

یافته‌ها

در این مطالعه، میانگین سنی شرکت‌کنندگان گروه طرح‌واره درمانی و گروه کنترل ۳۳ سال و میانگین سنی شرکت‌کنندگان گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ۳۴ سال بود و نتایج حاصل از آزمون تحلیل واریانس نشانگر آن بود که بین سن گروه‌ها در سه گروه تفاوت معناداری وجود ندارد.

جدول شماره ۳. تجزیه و تحلیل توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیرها	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری یک‌ماهه		
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	
تحمل	گروه	۴,۰۶	۱,۶۶	۸,۰۰	۳,۳۲	۷,۶۰	۴,۳۰
	طرح‌واره درمانی	۴,۰۶	۱,۵۰	۸,۶۶	۲,۳۵	۸,۱۳	۵,۰۵
	پذیرش و تعهد گواه	۵,۰۰	۲,۱۷	۵,۱۳	۲,۱۳	-	-
جذب	گروه	۴,۴۰	۱,۷۶	۷,۸۰	۳,۸۹	۷,۶۶	۳,۸۴
	طرح‌واره درمانی	۴,۴۰	۱,۲۵	۷,۵۳	۳,۰۲	۷,۴۰	۳,۴۱
	پذیرش و تعهد گواه	۵,۲۰	۲,۱۷	۴,۸۶	۲,۲۹	-	-
ارزیابی	گروه	۱۱,۲۶	۳,۰۵	۱۴,۲۶	۳,۸۸	۱۳,۶۶	۴,۰۶
	طرح‌واره درمانی	۱۲,۲۶	۳,۶۹	۱۷,۴۶	۵,۶۱	۱۷,۲۰	۵,۳۲
	پذیرش و تعهد گواه	۱۲,۰۰	۳,۲۷	۱۲,۰۰	۳,۳۹	-	-
تنظیم	گروه	۵,۲۰	۱,۸۲	۸,۰۶	۳,۲۶	۷,۶۰	۳,۱۱
	طرح‌واره درمانی	۴,۸۶	۲,۱۰	۸,۰۰	۲,۸۷	۷,۴۰	۳,۷۹
	پذیرش و تعهد گواه	۵,۸۶	۲,۲۹	۵,۴۰	۲,۱۶	-	-
تحمل هیجانی	گروه	۲۴,۹۳	۵,۴۸	۳۸,۱۳	۶,۷۲	۳۶,۵۳	۷,۵۹
	طرح‌واره درمانی	۲۷,۰۰	۵,۴۷	۴۱,۶۶	۷,۶۹	۴۰,۱۳	۸,۳۹
	پذیرش و تعهد گواه	۲۸,۰۶	۶,۰۵	۲۷,۴۰	۶,۶۸	-	-

۴۷۱ مقایسه اثربخشی طرح‌واره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ... | نظری و همکاران | خانواده درمانی کاربردی

گواهِ	تعهد و پذیرش	طرح‌واره درمانی	تعهد و پذیرش	طرح‌واره درمانی	تعهد و پذیرش	گواهِ	تعهد و پذیرش	طرح‌واره درمانی	تعهد و پذیرش	گواهِ	تعهد و پذیرش	طرح‌واره درمانی	تعهد و پذیرش	گواهِ
۱۸,۰۰	۵,۰۵	۱۷,۷۳	۴,۷۵	۲۵,۶۰	۸,۱۳	۲۴,۸۰	۷,۷۲	۱۶,۶۶	۵,۴۰	۱۷,۷۳	۴,۷۵	۲۵,۶۰	۸,۱۳	۲۴,۸۰
۱۸,۰۰	۵,۰۵	۱۷,۷۳	۴,۷۵	۲۵,۶۰	۸,۱۳	۲۴,۸۰	۷,۷۲	۱۶,۶۶	۵,۴۰	۱۷,۷۳	۴,۷۵	۲۵,۶۰	۸,۱۳	۲۴,۸۰
۱۴,۵۳	۴,۰۸	۱۳,۴۶	۴,۱۸	۲۰,۷۳	۵,۵۸	۱۷,۴۰	۴,۹۹	۱۴,۵۳	۴,۰۸	۱۳,۴۶	۴,۱۸	۲۰,۷۳	۵,۵۸	۱۷,۴۰
۱۴,۵۳	۴,۰۸	۱۳,۴۶	۴,۱۸	۲۰,۷۳	۵,۵۸	۱۷,۴۰	۴,۹۹	۱۴,۵۳	۴,۰۸	۱۳,۴۶	۴,۱۸	۲۰,۷۳	۵,۵۸	۱۷,۴۰
۱۴,۲۰	۳,۳۶	۱۳,۶۶	۵,۱۸	۱۷,۰۰	۶,۱۶	۱۶,۲۰	۵,۲۲	۱۴,۲۰	۳,۳۶	۱۳,۶۶	۵,۱۸	۱۷,۰۰	۶,۱۶	۱۶,۲۰
۱۴,۲۰	۳,۳۶	۱۳,۶۶	۵,۱۸	۱۷,۰۰	۶,۱۶	۱۶,۲۰	۵,۲۲	۱۴,۲۰	۳,۳۶	۱۳,۶۶	۵,۱۸	۱۷,۰۰	۶,۱۶	۱۶,۲۰
۱۵,۵۳	۴,۳۴	۱۶,۰۶	۴,۲۹	۲۱,۴۶	۶,۱۷	۲۰,۸۰	۶,۸۵	۱۵,۵۳	۴,۳۴	۱۶,۰۶	۴,۲۹	۲۱,۴۶	۶,۱۷	۲۰,۸۰
۱۵,۵۳	۴,۳۴	۱۶,۰۶	۴,۲۹	۲۱,۴۶	۶,۱۷	۲۰,۸۰	۶,۸۵	۱۵,۵۳	۴,۳۴	۱۶,۰۶	۴,۲۹	۲۱,۴۶	۶,۱۷	۲۰,۸۰
۱۴,۴۰	۳,۷۹	۱۴,۲۰	۴,۵۹	۱۸,۷۳	۴,۶۱	۱۸,۵۳	۵,۵۷	۱۴,۴۰	۳,۷۹	۱۴,۲۰	۴,۵۹	۱۸,۷۳	۴,۶۱	۱۸,۵۳
۱۴,۴۰	۳,۷۹	۱۴,۲۰	۴,۵۹	۱۸,۷۳	۴,۶۱	۱۸,۵۳	۵,۵۷	۱۴,۴۰	۳,۷۹	۱۴,۲۰	۴,۵۹	۱۸,۷۳	۴,۶۱	۱۸,۵۳
۵۸,۶۶	۸,۷۷	۵۸,۱۳	۱۲,۳۱	۷۵,۰۶	۱۰,۴۳	۷۲,۹۳	۹,۴۶	۵۸,۶۶	۸,۷۷	۵۸,۱۳	۱۲,۳۱	۷۵,۰۶	۱۰,۴۳	۷۲,۹۳
۵۸,۶۶	۸,۷۷	۵۸,۱۳	۱۲,۳۱	۷۵,۰۶	۱۰,۴۳	۷۲,۹۳	۹,۴۶	۵۸,۶۶	۸,۷۷	۵۸,۱۳	۱۲,۳۱	۷۵,۰۶	۱۰,۴۳	۷۲,۹۳

همانگونه که مشاهده می‌گردد، شرکت‌کنندگان در پژوهش در پیش‌آزمون و قبل از اعمال مداخلات، دارای نمرات پایین در متغیر تحمل‌پریشانی هیجانی و سرمایه روان‌شناختی، در کنار اختلال در عملکرد جنسی بودند. با توجه به نتایج، میانگین نمرات اختلال در عملکرد جنسی افراد هر دو گروه آزمایش در پس‌آزمون کاهش و نمرات تحمل‌پریشانی هیجانی و سرمایه‌های روان‌شناختی آنان افزایش داشته است. این یافته بدین معنی است که اجرای جلسات طرح‌واره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث تغییراتی در نمرات تحمل‌پریشانی هیجانی، کژکاری عملکرد جنسی و سرمایه روان‌شناختی در بیماران مبتلابه مالتیپل اسکلروزیس شرکت‌کننده در پژوهش شده است. نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنف نشان داد که با توجه به سطوح معناداری آزمون شاپیرو-ویلک (مقدار sig بزرگتر از $0/05$) پیش‌فرض نرمال بودن برقرار است و لذا با توجه به احتمال بالای نرمال بودن توزیع (بیشتر از ۹۵ درصد) می‌توان از آزمون‌های پارامتریک استفاده نمود. برای آزمون پیش‌فرض تساوی واریانس‌های دو گروه در جامعه، از آزمون لوین استفاده شد و نتایج حاصل شده نشان داد که در هیچ متغیری واریانس دو گروه آزمایش و گواه تفاوت معناداری باهم ندارند و در نهایت با توجه به عدم معنی‌داری تعامل گروه و پیش‌آزمون در متغیرهای تحمل‌پریشانی هیجانی، کژکاری عملکرد جنسی و سرمایه روان‌شناختی در بیماران مبتلابه مالتیپل اسکلروزیس ($p > 0/05$) پیش‌فرض همگنی اثرات تعاملی رعایت شده است و می‌توان از تحلیل واریانس اندازه مکرر به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده کرد.

جدول ۴. خلاصه تحلیل واریانس اندازه‌های مکرر برای اثرهای هردو مداخله بر تحمل پریشانی هیجانی

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	ضریب اتا
تحمل	اثر پیش‌آزمون	۸۳,۷۴۵	۱	۸۳,۷۴۵	۵,۶۶۴	۰,۰۲۲	۰,۱۳۰
	اثر درمان	۱۳۶,۵۰۲	۲	۶۸,۲۵۱	۴,۶۱۶	۰,۰۱۶	۰,۱۹۵
جذب	اثر پیش‌آزمون	۴,۸۴۴	۱	۴,۸۴۴	۰,۴۸۹	۰,۴۸۹	۰,۰۱۳
	اثر درمان	۱۱۴,۵۹۹	۲	۵۷,۳۰۰	۵,۷۸۶	۰,۰۰۶	۰,۲۳۳
ارزیابی	اثر پیش‌آزمون	۲۳۲,۸۸۶	۱	۲۳۲,۸۸۶	۱۹,۸۶۴	۰,۰۰۱	۰,۳۴۳
	اثر درمان	۲۵۶,۰۹۴	۲	۱۲۸,۰۴۷	۱۰,۹۲۲	۰,۰۰۱	۰,۳۶۵
تنظیم	اثر پیش‌آزمون	۳۵,۹۷۴	۱	۳۵,۹۷۴	۴,۲۲۵	۰,۰۴۷	۰,۱۰۰
	اثر درمان	۹۱,۷۳۸	۲	۴۵,۸۶۹	۵,۳۸۷	۰,۰۰۹	۰,۲۲۱
عملکرد جنسی	اثر پیش‌آزمون	۷۲۰,۲۸۸	۱	۷۲۰,۲۸۸	۱۹,۹۴۵	۰,۰۰۱	۰,۳۲۷
	اثر درمان	۴۴۷,۵۲۰	۲	۲۲۳,۷۶۰	۶,۱۹۶	۰,۰۰۴	۰,۲۳۲
خودکارآمدی	اثر پیش‌آزمون	۸۹,۰۶۴	۱	۸۹,۰۶۴	۳,۱۴۵	۰,۰۸۴	۰,۰۷۶
	اثر درمان	۳۵۰,۳۳۴	۲	۱۷۵,۱۶۷	۶,۱۸۵	۰,۰۰۵	۰,۲۴۶
امید	اثر پیش‌آزمون	۲۲۴,۳۰۵	۱	۲۲۴,۳۰۵	۷,۹۴۰	۰,۰۰۸	۰,۱۷۳
	اثر درمان	۴۷۷,۵۸۶	۲	۲۳۸,۷۹۳	۸,۴۵۳	۰,۰۰۱	۰,۳۰۸
تاب‌آوری	اثر پیش‌آزمون	۵۳۲,۵۰۹	۱	۵۳۲,۵۰۹	۱۷,۲۸۱	۰,۰۰۱	۰,۳۱۳
	اثر درمان	۱۷۳,۰۹۲	۲	۸۶,۵۴۶	۲,۸۰۹	۰,۰۷۳	۰,۱۲۹
خوش‌بینی	اثر پیش‌آزمون	۳۳۶,۵۶۹	۱	۳۳۶,۵۶۹	۱۴,۶۸۲	۰,۰۰۱	۰,۲۷۹
	اثر درمان	۳۲۱,۹۳۴	۲	۱۶۰,۹۶۷	۷,۰۲۲	۰,۰۰۳	۰,۲۷۰

با توجه به این‌که مقدار F محاسبه شده برای تأثیر گروه‌ها برای متغیرهای تحمل پریشانی هیجانی ($F=4/616$)، جذب شدن به‌وسیله هیجان‌های منفی ($F=5/786$)، ارزیابی ذهنی پریشانی ($F=10/922$) و تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی ($F=5/387$) در سطح $0/001$ معنی‌دار است، پس می‌توان گفت که بین سه گروه در نمرات پس‌آزمون بعد از تعدیل نمرات پیش‌آزمون تفاوت معنی‌داری وجود دارد. برای تأثیر گروه‌ها برای متغیر کژ کاری عملکرد جنسی ($F=6/196$)، در سطح $0/001$ معنی‌دار است، پس می‌توان گفت که بین سه گروه در نمرات پس‌آزمون کژ کاری عملکرد جنسی بعد از تعدیل نمرات پیش‌آزمون تفاوت معنی‌داری وجود دارد. همچنین با توجه به این‌که مقدار F محاسبه شده برای تأثیر گروه‌ها برای متغیرهای خودکارآمدی ($F=6/185$)، امید ($F=8/453$)، تاب‌آوری ($F=2/809$) و خوش‌بینی ($F=7/022$) در سطح $0/001$ معنی‌دار است، پس می‌توان گفت که بین سه گروه در نمرات پس‌آزمون سرمایه روانشناختی بعد از تعدیل نمرات پیش‌آزمون تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

جدول ۵. آزمون تعقیبی LSD فیشر

متغیر وابسته	گروه (۱)	گروه (۲)	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	سطح معناداری
تحمل	طرح‌واره درمانی	درمان پذیرش تعهد	-۰,۰۶۰	۱,۴۳۲	۰,۹۶۷
	درمان پذیرش تعهد	گواه	۳,۸۴۲*	۱,۴۷۰	۰,۰۱۳
جذب	طرح‌واره درمانی	طرح‌واره درمانی	۰,۰۶۰	۱,۴۳۲	۰,۹۶۷
	درمان پذیرش تعهد	گواه	۳,۹۰۱*	۱,۴۵۴	۰,۰۱۱
ارزیابی	طرح‌واره درمانی	درمان پذیرش تعهد	-۰,۸۱۴	۱,۱۷۲	۰,۴۹۲
	درمان پذیرش تعهد	گواه	۳,۸۹۰*	۱,۲۰۳	۰,۰۰۳
تنظیم	طرح‌واره درمانی	طرح‌واره درمانی	-۰,۸۱۴	۱,۱۷۲	۰,۴۹۲
	درمان پذیرش تعهد	گواه	۳,۰۷۶*	۱,۱۹۰	۰,۰۱۴
عملکرد جنسی	طرح‌واره درمانی	درمان پذیرش تعهد	-۲,۶۷۴*	۱,۲۷۶	۰,۰۴۳
	درمان پذیرش تعهد	گواه	۳,۳۷۴*	۱,۳۰۹	۰,۰۱۴
خودکارآمدی	طرح‌واره درمانی	طرح‌واره درمانی	۲,۷۶۴*	۱,۲۷۶	۰,۰۴۳
	درمان پذیرش تعهد	گواه	۶,۰۴۷*	۱,۲۹۵	۰,۰۰۰۱
تاب‌آوری	طرح‌واره درمانی	درمان پذیرش تعهد	۰,۱۹۵	۱,۰۸۷	۰,۸۵۸
	درمان پذیرش تعهد	گواه	۳,۲۷۰*	۱,۱۱۶	۰,۰۰۶
امید	طرح‌واره درمانی	طرح‌واره درمانی	-۰,۱۹۵	۱,۰۸۷	۰,۸۵۸
	درمان پذیرش تعهد	گواه	۳,۰۷۴*	۱,۱۰۳	۰,۰۰۸
خوش‌بینی	طرح‌واره درمانی	درمان پذیرش تعهد	۲,۶۶۴	۲,۲۰۳	۰,۲۳۳
	درمان پذیرش تعهد	گواه	۷,۶۱۷*	۲,۱۹۵	۰,۰۰۱
خودکارآمدی	طرح‌واره درمانی	طرح‌واره درمانی	-۲,۶۶۴	۲,۲۰۳	۰,۲۳۳
	درمان پذیرش تعهد	گواه	۴,۹۵۳*	۲,۲۰۸	۰,۰۳۰
تاب‌آوری	طرح‌واره درمانی	درمان پذیرش تعهد	-۳,۱۳۶	۱,۹۸۸	۰,۱۲۳
	درمان پذیرش تعهد	گواه	۳,۸۷۴*	۱,۹۵۴	۰,۰۴۸
امید	طرح‌واره درمانی	طرح‌واره درمانی	۳,۱۳۶	۱,۹۸۸	۰,۱۲۳
	درمان پذیرش تعهد	گواه	۶,۹۹۲*	۱,۹۹۳	۰,۰۰۱
خوش‌بینی	طرح‌واره درمانی	درمان پذیرش تعهد	-۴,۰۰۱	۱,۹۸۵	۰,۰۵۱
	درمان پذیرش تعهد	گواه	۴,۱۸۱*	۱,۹۶۷	۰,۰۴۰
خودکارآمدی	طرح‌واره درمانی	طرح‌واره درمانی	۴,۰۰۱	۱,۹۸۵	۰,۰۵۱
	درمان پذیرش تعهد	گواه	۸,۱۸۲*	۱,۹۹۰	۰,۰۰۰۱
تاب‌آوری	طرح‌واره درمانی	درمان پذیرش تعهد	۱,۷۱۲	۲,۰۷۳	۰,۴۱۴
	درمان پذیرش تعهد	گواه	۴,۸۰۶*	۲,۰۵۴	۰,۰۲۵
امید	طرح‌واره درمانی	طرح‌واره درمانی	-۱,۷۱۲	۲,۰۷۳	۰,۴۱۴
	درمان پذیرش تعهد	گواه	۳,۰۹۵	۲,۰۷۹	۰,۱۴۵
خوش‌بینی	طرح‌واره درمانی	درمان پذیرش تعهد	-۲,۶۵۸	۱,۷۸۸	۰,۱۴۶
	درمان پذیرش تعهد	گواه	۴,۰۰۶*	۱,۷۷۲	۰,۰۳۰
خودکارآمدی	طرح‌واره درمانی	طرح‌واره درمانی	۲,۶۵۸	۱,۷۸۸	۰,۱۴۶
	درمان پذیرش تعهد	گواه	۶,۶۶۴*	۱,۷۹۳	۰,۰۰۱

نتایج حاصل از آزمون تعقیبی LSD نشان داد که هر دو رویکرد طرح‌واره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش نمرات تحمل پریشانی هیجانی، جذب شدن به‌وسیله هیجان‌های منفی، ارزیابی ذهنی پریشانی و تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی اثر مثبت دارند. نتایج در مورد مقایسه اثر دو رویکرد درمانی نشان داد که بین اثر دو رویکرد درمانی طرح‌واره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی هیجانی، فقط در متغیر ارزیابی ذهنی پریشانی، تفاوت‌ها معنادار است، ولی در مقایسه میزان تأثیر دو رویکرد درمانی بر تحمل پریشانی هیجانی، جذب شدن به‌وسیله هیجان‌های منفی و تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی، تفاوت معناداری وجود ندارد و هر دو درمان به یک اندازه در بهبود نمرات تحمل پریشانی هیجانی، جذب شدن به‌وسیله هیجان‌های منفی و تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی مؤثر بوده‌اند؛ بنابراین، نتایج نشانگر آن است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با رویکرد طرح‌واره درمانی، اثرات بیشتری بر بهبود نمرات ارزیابی ذهنی پریشانی داشته است. نتایج حاصل از آزمون تعقیبی LSD نشان داد که هر دو رویکرد طرح‌واره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود نمرات عملکرد جنسی اثر مثبت دارند. نتایج در مورد مقایسه اثر دو رویکرد درمانی نشان داد که بین اثر دو رویکرد درمانی طرح‌واره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عملکرد جنسی، تفاوت معناداری وجود ندارد و هر دو درمان به یک اندازه در بهبود عملکرد جنسی مؤثر بوده‌اند. نتایج حاصل از آزمون تعقیبی LSD نشان داد که هر دو رویکرد طرح‌واره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود نمرات خودکارآمدی، امید و خوش‌بینی اثر مثبت دارند، همچنین رویکرد طرح‌واره درمانی بر بهبود تاب‌آوری اثر مثبت داشته است، ولی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب‌آوری اثر معناداری نداشته است. نتایج در مورد مقایسه اثر دو رویکرد درمانی نشان داد که بین اثر دو رویکرد درمانی طرح‌واره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودکارآمدی، امید و خوش‌بینی، تفاوت معناداری وجود ندارد و هر دو درمان به یک اندازه در بهبود نمرات خودکارآمدی، امید و خوش‌بینی مؤثر بوده‌اند.

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های به‌دست‌آمده از مطالعه حاضر با نتایج مطالعات فنگ و همکاران (۲۰۲۰)، استال میستر و همکاران (۲۰۱۸)، ایلنبرگ و همکاران (۲۰۱۳)، نصرت آبادی و همکاران (۱۳۹۹)، عیسی زاده و همکاران (۱۳۹۹)، زمانی و همکاران (۱۳۹۵)، قدم پور و همکاران (۱۳۹۶)، طباطبایی و همکاران (۱۳۹۶) و برقی و همکاران (۱۳۹۴) همخوانی دارد. پژوهش فنگ و همکاران (۲۰۲۰) و برقی و همکاران (۱۳۹۴) باهدف تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سرمایه روانشناختی انجام شد و نتایج مطالعه نشان داد که گروه پذیرش و تعهد پس از مداخله، پیشرفت قابل‌توجهی در سرمایه روانشناختی و انعطاف‌پذیری روانشناختی نشان داده است. پژوهش شاره و همکاران (۱۳۹۸) به اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر معنای زندگی، تحمل پریشانی هیجانی و خودکارآمدی درد در بیماران مبتلابه مولتیپل اسکروزیس پرداخت و نتایج نشان داد که آزمودنی‌های گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل در متغیرهای تحمل پریشانی هیجانی و خرده‌مقیاس‌هایش (تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم) و خودکارآمدی درد بهبود معنادار داشتند و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به بهبود معنی‌دار معنای زندگی، تحمل پریشانی هیجانی و خودکارآمدی درد در

بیماران مبتلابه مولتیپل اسکلروزیس شده است. از سوی دیگر، بیداری و همکاران (۱۳۹۸) به ارزیابی اثربخشی طرح‌واره درمانی بر راهبردهای شناختی هیجان، تحمل پریشانی و ناگویی خلقی بیماران پرداختند و نتایج نشان داد که طرح‌واره‌درمانی بر تنظیم هیجان، تحمل پریشانی و ناگویی خلقی بیماران مؤثر بوده است، بدین‌صورت که این درمان توانسته تحمل پریشانی و تنظیم هیجانی مثبت بیماران را افزایش و ناگویی خلقی و تنظیم هیجانی منفی را کاهش دهد. نلسون و همکاران (۲۰۱۹)، مطالعه‌ای با عنوان درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای ارتقای نعوذ آلت تناسلی مردان پس از پروستاتکتومی رادیکال انجام دادند و نتایج مطالعه نشان که در گروه تحت درمان پذیرش و تعهد رضایت جنسی، عزت‌نفس جنسی و اعتمادبه‌نفس جنسی افزایش معناداری داشته است و در این افراد، اذیت جنسی و پشیمانی درمان سرطان پروستات به شکل معناداری کاهش یافته است. این اثرات هم در ماه ۴ و هم در ماه ۸ پس از درمان نیز برقرار بوده است. در طرف مقابل نیز، گومسو همکاران (۲۰۱۲)، مطالعه‌ای با عنوان ارزیابی تأثیر طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و اختلال عملکرد جنسی در مردان "انجام دادند و نتایج نشان داد که بین طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و اختلال عملکرد جنسی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. همچنین، طباطبایی و همکاران (۱۳۹۶) به تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عملکرد جنسی، کم‌رویی جنسی و جرئت‌ورزی جنسی زنان مبتلابه اختلالات جنسی "پرداختند و نتایج نشان داد که روش پذیرش و تعهد بر بهبود عملکرد جنسی، جرئت‌ورزی جنسی و کاهش کم‌رویی جنسی زنان مؤثر بوده است. یافته‌های مطالعه نصرت آبادی و همکاران (۱۳۹۹) مشابه با یافته‌های نشان داد که طرح‌واره درمانی بر کاهش اضطراب و افسردگی و بهبود عملکرد جنسی زنان اثر معناداری دارد. عیسی زاده و همکاران (۱۳۹۹) به بررسی اثربخشی طرح‌واره درمانی بر بهبود سازگاری اجتماعی و سرمایه روانشناختی پرداختند و نتایج نشان داد که طرح‌واره درمانی، باعث بهبود سازگاری اجتماعی و سرمایه روانشناختی در گروه آزمایش و مرحله پس‌آزمون شده است. در تبیین نتایج می‌توان گفت که درکی که افراد از بیمارشان دارند و چگونگی علائم و واکنش به آن‌ها، از جمله این عوامل است. همچنین عواملی مانند سوگیری‌های شناختی به سمت اطلاعات منفی، اسنادها و باورهای ناسازگار و منفی درباره خود، جهان و آینده که در قالب طرح‌واره مطرح می‌شود، از دیگر عوامل مطرح شده می‌باشند. تحمل پریشانی، توانایی فرد برای تجربه و تحمل وضعیت عاطفی منفی است که بر ارزیابی و قضاوت فرد تأثیر می‌گذارد و به‌عنوان یک عامل مهم در پیدایش و ادامه اختلالات روانی و نیز در حوزه پیشگیری و درمان، اثرگذار است و افرادی که تحمل کمی از پریشانی هیجانی دارند، آشفتگی هیجانی شدیدی را متحمل می‌شوند و ملزم‌اند برای تسکین آن بکوشند که در این حین نمی‌توانند بر روی مسئله دیگری تمرکز کنند و کاهش تحمل پریشانی هیجانی موجب پیدایش پاسخ‌های ناسازگارانه نسبت به تنش می‌شود. در بیماران مبتلابه مولتیپل اسکلروزیس، سطح بالاتری از پریشانی هیجانی، اضطراب، افسردگی و سطح پایین‌تری از کیفیت زندگی وجود دارد. در حقیقت فعالیت بر پایه تحمل پریشانی، پیش‌بینی کننده افکار خود مراقبتی می‌باشد و هرچه تحمل پریشانی را در هیجانات خود بیشتر استفاده کند، سطح سلامت و غلبه بر مشکلات وی نیز بیشتر خواهد شد. در تبیین اثرات اجرای جلسات طرح‌واره‌درمانی می‌توان گفت که طرح‌واره‌ها سازه‌هایی هستند که بر اساس واقعیت یا تجربه شکل می‌گیرند و به‌عنوان واسطه پاسخ‌های رفتاری افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهند و می‌توانند در بهبود سلامت بیماران مبتلابه ام. اس مؤثر واقع شوند. به عبارتی، طرح‌واره درمانی عموماً شامل سه دسته اساسی از تکنیک‌های شناختی، تجربی و رفتاری است و تکنیک‌های

شناختی بر اساس درمان شناختی رفتاری کلاسیک و تکنیک‌های بسط پیدا کرده‌اند، مثل بررسی سود و زیان یک طرح‌واره و بررسی شواهد و اعتبار یک طرح‌واره یا طراحی یک گفتگو بین وجه طرح‌واره و وجه بدون طرح‌واره شخصیت فرد. استراتژی‌های رفتاری شکستن الگوهای معیوب بر اساس تکنیک‌های رفتاردرمانی کلاسیک پایه‌گذاری شده‌اند مثل تمرین ایفای نقش در یک تعامل و سپس بررسی و ارزیابی تعامل به‌عنوان تکلیف خانگی. استراتژی‌های هیجانی و تجربی بر اساس گشتالت درمانی سایکو دراما طراحی شده‌اند و همین‌طور تکنیک‌های تصویرسازی و تجسم. تکنیک‌های خاصی، معمولاً به‌صورت فلش کارتهایی که پیام‌های درمانی مهمی دارند و در جلسه درمان نوشته می‌شوند، اجرا می‌شود و می‌توانند اضطراب سلامتی را در بیمار کاهش دهند. همچنین دفترچه خاطرات طرح‌واره محور که کتابچه ایست که توسط مراجع در بین جلسات تکمیل می‌شود و پیشرفت مراجع را در رابطه با تمامی مفاهیم نظری در طرح‌واره درمانی گزارش می‌کند. یکی از کلیدی‌ترین تکنیک‌های طرح‌واره درمانی، استفاده از رابطه درمانی در طی پروسه‌ای اثربخش به نام باز والدینی حدودمرز دار است و اشتیاق بیماران را در جهت تغییر خود افزایش می‌دهند. مشابه با یافته حاضر، نتایج مطالعه شهاب و همکاران (۲۰۲۰) نشان داد که درمان گروهی طرح‌واره‌های هیجانی جهت افزایش بهزیستی در بیماران مبتلابه مولتیپل اسکروزیس مؤثر می‌باشد. از سوی دیگر، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، این فرض را دارد که فرایندهای روان‌شناختی ذهن انسان اغلب مخرب و موجب رنج روان‌شناختی هستند. درمان اکت شش فرایند زیربنایی دارد که منجر به انعطاف‌پذیری شناختی می‌شود و این شش فرایند عبارت‌اند از: پذیرش، گسلش، خود به‌عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال و اکنون، ارزش‌ها و عمل متعهدانه. در این درمان ابتدا سعی می‌شود تا پذیرش فرد نسبت به تجارب ذهنی (افکار، احساسات و غیره) افزایش‌اند و اعمال کنترلی ناموثر کاهش یابد و همچنین، به بیمار آموخته می‌شود اعمالی مانند کنترل و اجتناب باعث تشدید تجارب ذهنی نامطلوب می‌شود و پیشنهاد می‌شود آن‌ها را همان‌طور که هستند بپذیرند. در گام بعدی آگاهی روانی فرد افزوده می‌شود، یعنی فرد از تمام حالات، افکار، احساسات رفتار خود در لحظه حال آگاهی یابد. در سومین قدم به فرد آموزش داده می‌شود خود را از تجارب ذهنی جدا سازد به‌طوری‌که بتواند جدا از آن‌ها عمل کند. گام چهارم، تلاش برای کاهش تمرکز بر خود تجسمی یا داستان شخصی (قربانی بودن) است که فرد در ذهنش ساخته است. گام پنجم، کمک به فرد که تا اینکه ارزش‌های شخصی خود را بشناسد و به‌طور واضح مشخص سازد و آن‌ها را به اهداف رفتاری خاصی تبدیل سازد و در پایان، ایجاد انگیزه عمل متعهدانه یعنی فعالیتی معطوف به اهداف و ارزش‌ها مشخص شده به همراه پذیرش تجارب ذهنی؛ این تجارب ذهنی می‌توانند افکار افسرده، وسواسی، ترس‌ها و اضطراب‌ها باشند که مولد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی فرد است و وی را به سمت زندگی غنی و پرمعنا سوق می‌دهد. همسو با یافته‌های مطالعه حاضر، نتایج مطالعه زمانی و همکاران (۲۰۱۶) و قدم پور و همکاران (۱۳۹۶) نشان داد که طرح‌واره درمانی و درمان پذیرش و تعهد موجب کاهش معنادار اضطراب سلامت در زنان مبتلابه افسردگی می‌شود. از طرف دیگر، بیداری و حاجی علی زاده (۲۰۱۹) نشان دادند که طرح‌واره درمانی بر تحمل پریشانی در بیماران اثرات مثبتی دارد. از سوی دیگر، بر اساس نتایج مطالعات پیشین می‌توان گفت که نظریه «طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه» و «طرح‌واره درمانی» یانگ، به‌مثابه یک رویکرد یکپارچه و جدید، در تبیین و درمان بیماری‌های روانی کارایی دارد (یانگ و همکاران، ۱۳۹۳؛ صلواتی و یکه‌زدان‌دوست، ۱۳۹۴)

و می‌تواند با رویکرد شناختی که به مسائل زندگی فردی دارد، به بیماران در توجه به توانمندی‌های زندگی فردی و خانوادگی، جسمی و ذهنی، مقاومت و سازگاری با مشکلات و در نهایت افزایش تاب‌آوری کمک کند. از نظر یانگ و همکاران (ترجمه حمیدپور و اندوز، ۱۳۹۳) افرادی که باورهای ناسازگار اولیه دارند، راهبردهای کنار آمدن ناسازگاران نشان می‌دهند که ممکن است طرح‌واره‌هاشان را دائمی سازد و این یافته بیان می‌کند که تاب‌آوری در صورت وجود هریک از طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، کاهش می‌یابد. از طرف دیگر، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ضمن فراهم نمودن بستری به‌منظور پذیرش هیجان‌ها، با به‌کارگیری فنون شناختی- رفتاری و سایر روش‌های پذیرش و تعهد به آموزش بیماران برای رهایی از بند مبارزه بی‌حاصل و تلاش برای کنترل و حذف عواطف و تجارب منفی می‌پردازد و افراد را به پیگیری ارزش‌ها و به دنبال آن، تعهد نسبت به عمل بر مبنای ارزش‌ها ترغیب می‌کند؛ در نتیجه، این امر می‌تواند منجر به افزایش تحمل پریشانی هیجانی، عملکرد جنسی و سرمایه روانی شود. پژوهش‌های مختلف نیز از اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در سرزندگی و سلامت بیماران (حیدری، ۱۳۹۲)، تاب‌آوری (دهقانی، ۱۳۹۴؛ عزیزی و همکاران، ۱۳۹۳)، آشفتگی روانی (خانجانی، ۱۳۹۵) و مکانیزم‌های دفاعی، تاب‌آوری و خودکارآمدی زنان مبتلابه مولتیپل اسکلروزیس (اصغرخواه و شاره، ۱۳۹۴) را مورد تأیید قرار دادند. از طرف دیگر، در رویکرد طرح‌واره درمانی بر این فرض استوار است که هریک از بیماران، طرح‌واره‌های ارتباطی درباره خود و روابط صمیمی و عملکرد جنسی با همسر دارند و با خود به رابطه زناشویی می‌آورند و طرح‌واره‌ها، شامل فرضیاتی است که درباره همسر و رابطه زناشویی آن‌گونه که هستند و معیارهایی درباره این‌که چگونه باید باشند (اپشتین و باکوم، ۲۰۰۲). طرح‌واره‌های ناسازگار، در طی تجربیات گذشته و بر اساس ارتباط با خانواده اصلی شکل می‌گیرند و اغلب هسته تضاد بین زوجین است (داتیلیو، ۲۰۰۵)، از این‌رو، فریمن (۱۹۹۳) در تشریح طرح‌واره‌ها، صرفاً به بعد شناختی آن‌ها اشاره نمی‌کند؛ بلکه توجه به دو مؤلفه مهم دیگر در طرح‌واره‌های شناختی را نیز که عبارت‌اند از: مؤلفه‌های عاطفی و رفتاری، لازم و ضروری می‌داند و در واقع، به‌منظور اصلاح عمیق‌تر طرح‌واره‌های معیوب، باید از نوعی روش درمانی استفاده که در آن به هر سه مؤلفه شناخت، عاطفه و رفتار توجه داشته باشد و این مسئله با بهبود عملکرد جنسی در بیماران همراه است. در تبیین اثربخشی بیشتر رویکرد طرح‌واره درمانی می‌توان گفت طرح‌واره درمانی، مداخله‌ای نوین و یکپارچه است و مبنای نظری آن بر بسط و گسترش مفاهیم و روش‌های درمانی غنی و مؤثری چون شناختی- رفتاری، دل‌بستگی گشتالت، روابط شیء، سازه‌گرایی و روان‌کاوی در قالب یک مدل درمانی و مفهومی ارزشمند تلفیق کرده است (یانگ، کلسکو و ویشار، ترجمه حمیدپور و همکاران، ۱۳۸۸) و می‌توان آن را از زمره روش‌های مطلوب و مؤثر در زمینه کار با بیماران مبتلابه ام. اس قلمداد کرد. همچنین، از آنجاکه طرح‌واره درمانی بر کشف ریشه‌های مشکلات روانی دوران کودکی و ارتباط آن‌ها با مشکلات جاری از طریق کاربرد ذهنیت طرح‌واره‌ها و بازوالدینی حدودمرز دار تأکید دارد؛ در واقع، این درمان، پاسخی به شکست‌های درمانی ناشی از کاربرد فن‌های شناختی- رفتاری استاندارد در کار با افراد به‌ویژه بیمار مبتلابه بیماری‌های مزمن مثل ام. اس است (ماریسو و همکاران، ۲۰۱۱). در این پژوهش، پس از شناسایی خلأها و شکاف‌های موجود در زندگی بیماران، چگونگی برطرف کردن آن‌ها و ایجاد وحدت و کلیت در زندگی فردی و اجتماعی، در سایه شناخت طرح‌واره‌ها، زیر سؤال بردن اعتبار طرح‌واره‌ها و الگو شکنی رفتاری صورت گرفت؛ از این‌رو، با توجه به آنچه گفته شد می‌توان انتظار اثربخشی این دو رویکرد درمانی مبتنی بر طرح‌واره درمانی و درمان مبتنی بر

پذیرش و تعهد بر اضطراب سلامتی، تحمل پریشانی هیجانی، عملکرد جنسی و سرمایه روانی داشته باشیم. همسو با یافته‌های مطالعه حاضر، محمدخانی و همکاران (۱۳۹۳) نیز در پژوهش خود نشان دادند افرادی که طرح‌واره‌های هیجانی مثبت دارند، یعنی باورهای زیربنایی سالم‌تری دارند که بر پذیرش و ابراز احساسات، تجلی تأیید دیگران، ارزش‌های والاتر و توافق تأکید می‌نمایند، به شیوه مؤثری با استرس‌ها و تصورات نادرست کنار می‌آیند و در نتیجه سلامت روانی بهتری نشان می‌دهند. در مقابل، افرادی که طرح‌واره‌های منفی مانند نشخوار ذهنی در آن‌ها نیرومند است، از لحاظ راهبردهای تنظیم هیجان درگیر نشخوار فکری می‌شوند که یک فرآیند شناختی ناسازگارانه‌ای است و موجب تشدید و تداوم خلق منفی و اختلال در فرآیند حل مسئله می‌شود. در نهایت می‌توان گفت که پژوهش حاضر همانند سایر پژوهش‌ها دارای محدودیت‌هایی است، از جمله محدودیت‌هایی که می‌توان در این پژوهش در نظر گرفت، عبارت‌اند از: ۱- این پژوهش تنها روی ۴۵ نفر از جمعیت بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروزیس استان مرکزی در سال ۱۴۰۰ انجام شده است و لازم است در در تعمیم نتایج، احتیاط شود، همچنین، ۲- کم‌توجهی و همکاری نامناسب برخی از آزمودنی‌ها در اجرا و تکمیل پرسشنامه‌ها، از دیگر محدودیت‌های این پژوهش بوده است و در نهایت، ۳- مقطعی بودن روش پژوهش، از دیگر محدودیت‌های مطالعه حاضر است. از سوی دیگر، بایان این یافته که بین اثر طرح‌واره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی هیجانی، عملکرد جنسی و سرمایه روانشناختی تفاوت معناداری وجود دارد، پیشنهاد می‌شود در روند درمان بیماران مبتلا به ام. اس از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌عنوان درمانی تکمیلی در جهت بهبود تحمل پریشانی هیجانی، عملکرد جنسی و سرمایه روانشناختی استفاده شود.

منابع

- برقی ایرانی، زیبا، زارع، حسین، و عابدین، مریم. (۱۳۹۴). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر سرمایه روانشناختی در بیماران مبتلا به سرطان مری. نشریه علوم تربیتی و روان‌شناسی. ۴(۱۴): ۳۲-۴۳.
- حسینائی، علی، احدی، حسن، فتحی، لادن، حیدری، علی رضا، و مظاهری، محمد مهدی (۱۳۹۲). تأثیر آموزش گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر استرس شغلی و فرسودگی شغلی، مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی، ۱۹(۲): ۴۲-۵۵.
- رهنما، سعیده، باقرصاد، زهرا، شیرازی، مریم، چیت سازف، احمد، و اعتمادی فر، مسعود. (۱۳۹۸). ارتباط بین کیفیت زندگی مراقبین با سرمایه روانشناختی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروزیس، مجله دانشکده پزشکی اصفهان، ۳۴(۳۷۷): ۳۳۵-۳۴۲.
- زمانی، الهام، معتمدی، عبدالله، و بختیاری، مریم. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد بر کاهش اضطراب مبتلایان به ام. اس. نشریه روانشناسی سلامت. ۵(۲۰): ۱۵۳-۱۶۷.
- شهاب، آذرمیدخت، احدی، حسن، جمهری، فرهاد، و کراسکیان، آدیس (۱۳۹۸). بررسی اثربخشی (تأثیر) طرح‌واره درمانی هیجانی بر بهزیستی ذهنی و خستگی در بیماران مبتلا به بیماری ام. اس. نشریه روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی. ۱۰(۴): ۷۷-۹۶.
- قدم پور، عزت اله، رادمهر، پروانه، و یوسف وند، لیلیا. (۱۳۹۵). تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کفایت اجتماعی و امید به زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروزیس. ارمغان دانش. ۲۱(۱۱): ۱۱۰۰-۱۱۱۴.

معنوی پور، داوود، و میری، لعیا سادات. (۱۳۹۴) طرح‌واره های ناسازگار اولیه در بیماران با اختلال روانتنی و مالتیپل اسکلروز، شفای خاتم، ۵(۱): ۴۹-۴۱.

نصرتی، رقیه، مومنی، خدامراد، مزده، مهرداد، و کرمی، جهانگیر. (۱۳۹۷). رابطه سرمایه روانشناختی و پذیرش بیماری با رضایت از زندگی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس، مجله سلامت مراقبت، ۲۰(۲): ۱۱۵-۱۲۵.

وایت، کریگ ای. (۲۰۰۱). درمان شناختی-رفتاری برای بیماری های مزمن پزشکی (ترجمه رضا مولودی، کتابون فتاحی، ۱۳۹۰) تهران: ارجمند.

References

- Baker. R., Holloway. J., Thomas. P.W., Thomas. S., & Owens. M. (2004). Emotional processing and panic. *Behavior Research and Therapy*, 42, 1271-1287.
- Baecher-Allan, C., Kaskow, B. J., & Weiner, H. L. (2018). Multiple sclerosis: mechanisms and immunotherapy. *Neuron*, 97(4), 742-768
- Clark, D. M., Ehlers, A., McManus, F., Hackman, A., Fennell, M., Campbell, H., Flower, T., Davenport, C., & Louis, B. (2003). Cognitive therapy versus fluoxetine I generalized social phobia: A randomized placebo-controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 1058-1067.
- Daniels, K., D., Lamond, and P., Standen, (2001). "Teleworking: Frameworks for Organizational Research", *Journal of Management Studies* 38(8), PP. 1151-1185.
- Donaldson, S. I., & Ko, I. (2010). Positive organizational psychology, behavior, and scholarship: A review of the emerging literature and evidence base. *Journal of Positive Psychology*, 5, 171-199.
- Heffer-Rahn, P., & Fisher, P. L. (2018). The clinical utility of metacognitive beliefs and processes in emotional distress in people with multiple sclerosis. *Journal of Psychosomatic Research*, 104, 88-94.
- Howard, J., Trevick, S., & Younger, D. S. (2016). Epidemiology of multiple sclerosis. *Neurologic clinics*, 34(4), 919-939.
- Kołtuniuk, A., Przestrzelska, M., Karnas, A., & Rosińczuk, J. (2020). The Association Between Sexual Disorders and the Quality of Life of Woman Patients With Multiple Sclerosis: Findings of a Prospective, Observational, and Cross-Sectional Survey. *Sexual Medicine*.
- Luthans, F., Avolio, B. J., Avey, J. B., & Norman, S. M. (2015). Positive psychological capital: Measurement and relationship with performance and satisfaction. *Personnel Psychology*, 60, 541-572.
- Morris, G., Berk, M & Puri, B. K. (2018). A comparison of neuroimaging abnormalities in multiple sclerosis, major depression and chronic fatigue syndrome (myalgic encephalomyelitis): is there a common cause? *Molecular neurobiology*, 55(4), 3592-3609 .
- Petersen, M., Kristensen, E., Giraldi, L., & Giraldi, A. (2020). Sexual dysfunction and mental health in patients with multiple sclerosis and epilepsy. *BMC neurology*, 20(1), 41
- Rodrigues, S.(2012).From vaginal exception to exceptional vagina: The bio politics of female genital cosmetic surgery. *Sexualities*, 15, 778-794.
- SHAREH, H. (2019). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy in the Meaning in Life, Emotional Distress Tolerance and Pain Self-Efficacy in Patients with Multiple Sclerosis

- Sesel, A.-L., Sharpe, L., & Smith, S. L. (2018). Efficacy of psychosocial interventions for people with multiple sclerosis: a meta-analysis of specific treatment effects. *Psychotherapy and psychosomatics*, 87(2), 105-111 .
- Yamout, B. I., Assaad, W., Tamim, H., Mrabet, S., & Goueider, R. (2020). Epidemiology and phenotypes of multiple sclerosis in the Middle East North Africa (MENA) region. *Multiple Sclerosis Journal-Experimental, Translational and Clinical*, 6(1), 2055217319841881

پرسشنامه تحمل پریشانی

ردیف	گویه	کاملاً موافق	اندکی موافق	نه موافق و نه مخالف	اندکی مخالف	کاملاً مخالف
۱	داشتن احساس پریشانی یا آشفتگی کردن برای من غیر قابل تحمل است.	۱	۲	۳	۴	۵
۲	وقتی پریشان یا آشفته هستم، فقط به این می‌توانم فکر کنم که چه احساس بدی دارم.	۱	۲	۳	۴	۵
۳	من نمی‌توانم احساس پریشانی یا آشفتگی ام را کنترل کنم.	۱	۲	۳	۴	۵
۴	احساسات پریشانی من آن قدر شدید هستند که کاملاً بر من غلبه می‌کنند.	۱	۲	۳	۴	۵
۵	هیچ چیز بدتر از احساس پریشانی یا آشفتگی نیست.	۱	۲	۳	۴	۵
۶	من به خوبی سایر مردم می‌توانم پریشانی یا آشفتگی را تحمل کنم.	۱	۲	۳	۴	۵
۷	احساسات پریشانی یا آشفتگی ام قابل قبول نیست.	۱	۲	۳	۴	۵
۸	من هر کاری را انجام می‌دهم تا از احساس پریشانی یا آشفتگی دوری کنم.	۱	۲	۳	۴	۵
۹	دیگران بهتر از من قادرند احساس پریشانی یا آشفتگی را تحمل کنند.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۰	پریشان یا آشفته بودن همیشه برای من آزمایشی سخت است.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۱	وقتی احساس پریشانی یا آشفتگی می‌کنم از خودم خجالت می‌کشم.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۲	از احساسات پریشانی یا آشفتگی ام وحشت دارم.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۳	من هر کاری را برای توقف احساس پریشانی یا آشفتگی ام انجام می‌دهم.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۴	وقتی پریشان یا آشفته می‌شوم، باید بلافاصله کاری در مورد آن انجام دهم.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۵	وقتی احساس پریشانی یا آشفتگی می‌کنم، به جز این که بر بد بودن آن تمرکز کنم، کاری نمی‌توانم بکنم.	۱	۲	۳	۴	۵

پرسشنامه سرمایه روانشناختی

ردیف	کاملاً مخالف	مخالفم	تا حدی مخالفم	تا حدی موافقم	موافقم	کاملاً موافقم
۱	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۲	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۳	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۴	۱	۲	۳	۴	۵	۶

۵	برای برقراری تماس با افراد خارج از دانشگاه برای صحبت پیرامون مسایل تحصیلی، احساس اعتماد به نفس می‌کنم	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۶	در هنگام ارائه اطلاعات به گروهی از همکلاسانم احساس اعتماد به نفس می‌کنم	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۷	اگر با مسئله سختی در تحصیل مواجه شوم، می‌توانم راهی برای رهایی از آن وضعیت پیدا کنم	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۸	این روزها با انرژی تمام پیگیر هدف های تحصیلم هستم	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۹	به نظر من، برای حل هر مسئله ای راه های بسیاری وجود دارد	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۱۰	در حال حاضر خود را فردی نسبتا موفق میدانم	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۱۱	من می‌توانم راه های بسیاری برای دستیابی به هدف های تحصیلی کنونی ام پیدا کنم.	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۱۲	در حال حاضر در حال دستیابی به هدف های تحصیلم هستم که برای خود تعیین کرده ام	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۱۳	وقتب با شکستی مواجه می‌شوم، از سرگیری دوباره و حرکت به سوی جلو برایم دشوار است.	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۱۴	من بالاخره راهی برای مدیریت بر مشکلاتی که برایم پیش می‌آید، پیدا می‌کنم	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۱۵	اگر لازم باشد در تحصیل روی پای خود بایستم، از عهده آن بر می‌آیم	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۱۶	من معمولا با موقعیت های تنش زا در تحصیلم با آرامش برخورد می‌کنم.	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۱۷	من می‌توانم از عهده مشکلات تحصیلم بر آیم زیرا قبلا سختی ها را تجربه کرده ام	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۱۸	احساس می‌کنم در رشته فعلی ام، می‌توانم کارهای زیادی به طور هم زمان انجام دهم	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۱۹	وقتی نتایج موضوعات تحصیلی برایم نامعلوم است، معمولا انتظار بهترین نتایج را دارم.	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۲۰	اگر امکان وقوع اشتباه در کارم وجود داشته باشد، حتما اتفاق می‌افتد	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۲۱	من همیشه به جنبه های مثبت موضوعات کاریم توجه می‌کنم.	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۲۲	من در رابطه با آن چه در آینده در رابطه با تحصیلم پیش خواهد آمد، خوش بین هستم.	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۲۳	در کار فعلی ام، هیچ وقت کارها آن طور که می‌خواهم پیش نمی‌رود.	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۲۴	معتقدم در تحصیل پس از هر دشواری، اتفاق امیدوار کننده و مثبتی خواهد آمد.	۱	۲	۳	۴	۵	۶

پرسشنامه کژکاری عملکرد جنسی در مردان

سوالات زیر مرتبط با جنبه‌های مختلف سلامت شما است. پاسخ به بعضی از سوالات ممکن است سخت باشد. لطفا تا جایی که امکان دارد به سوالات جواب بدهید و در پاسخ به آنها صادق باشید. کلیه جوابهای شما نزد محقق محرمانه باقی خواهد ماند. فقط یک گزینه پاسخ را انتخاب کنید.

- الف) فعالیت جنسی نداشتیم (ب) هرگز یا تقریباً (ج) دفعات کم (کمتر از نصف دفعات) (د) حدود نصف دفعات (ه) اغلب دفعات (بیشتر از نصف دفعات) (و) همیشه یا تقریباً همیشه
- ۲- طی ۴ هفته اخیر وقتی نعوظ رخ می‌داد چند بار این حالت برای دخول کافی بود؟
الف) فعالیت جنسی نداشتیم (ب) هرگز یا تقریباً (ج) دفعات کم (کمتر از نصف دفعات) (د) حدود نصف دفعات (ه) اغلب دفعات (بیشتر از نصف دفعات) (و) همیشه یا تقریباً همیشه
- ۳- طی ۴ هفته اخیر وقتی اقدام به نزدیکی می‌کردید چند بار قادر به دخول بودید؟
الف) فعالیت جنسی نداشتیم (ب) هرگز یا تقریباً (ج) دفعات کم (کمتر از نصف دفعات) (د) حدود نصف دفعات (ه) اغلب دفعات (بیشتر از نصف دفعات) (و) همیشه یا تقریباً همیشه
- ۴- طی ۴ هفته اخیر بعد از دخول چند بار قادر به حفظ حالت نعوظ بودید؟
الف) فعالیت جنسی نداشتیم (ب) هرگز یا تقریباً (ج) دفعات کم (کمتر از نصف دفعات) (د) حدود نصف دفعات (ه) اغلب دفعات (بیشتر از نصف دفعات) (و) همیشه یا تقریباً همیشه
- ۵- طی ۴ هفته اخیر چقدر هنگام برقراری رابطه جنسی نگهداری و حفظ نعوظ تا پایان مقاربت برایتان مشکل بود؟
الف) فعالیت جنسی نداشتیم (ب) کاملاً مشکل بود (ج) خیلی سخت بود (د) سخت بود (ه) کمی سخت بود (و) مشکلی نبود
- ۶- طی ۴ هفته اخیر چند بار اقدام به برقراری مقاربت داشتید؟
الف) فعالیت جنسی نداشتیم (ب) یک یا دو بار (ج) سه یا چهار بار (د) پنج یا شش بار (ه) هفت تا ده بار (و) یازده بار و بیشتر
- ۷- طی ۴ هفته اخیر زمانی که مقاربت داشتید چند بار این رابطه به شما احساس لذت و رضایت می‌داد؟
الف) فعالیت جنسی نداشتیم (ب) هرگز یا تقریباً (ج) دفعات کم (کمتر از نصف دفعات) (د) حدود نصف دفعات (ه) اغلب دفعات (بیشتر از نصف دفعات) (و) همیشه
- ۸- طی ۴ هفته اخیر تا چه میزان رابطه جنسی یا مقاربت اخیر برایتان لذت بخش بوده است؟
الف) فعالیت جنسی نداشتیم (ب) از هیچ یک لذت بردم (ج) خیلی لذت بخش نبود (د) خیلی لذت بخش بود (ه) خیلی لذت بخش بود
- ۹- طی ۴ هفته اخیر وقتی رابطه جنسی یا تحریک جنسی چند بار انزال اتفاق افتاد؟
الف) فعالیت جنسی نداشتیم (ب) هرگز یا تقریباً (ج) دفعات کم (کمتر از نصف دفعات) (د) حدود نصف دفعات (ه) اغلب دفعات (بیشتر از نصف دفعات) (و) همیشه
- ۱۰- طی ۴ هفته اخیر زمان تحریک یا رابطه جنسی چند بار احساس ارضا شدن داشتید؟
الف) هرگز (ب) نصف دفعات (ج) دفعات کم (کمتر از نصف دفعات) (د) همیشه (ه) اغلب دفعات (بیشتر از نصف دفعات)
- ۱۱- طی ۴ هفته اخیر چند بار احساس میل به رابطه جنسی داشتید؟
الف) هرگز (ب) نصف دفعات (ج) دفعات کم (کمتر از نصف دفعات) (د) همیشه (ه) اغلب دفعات (بیشتر از نصف دفعات)
- ۱۲- طی ۴ هفته اخیر درجه و شدت و میل جنسی شما چقدر بود؟
الف) خیلی کم یا اصلاً (ب) کم (ج) متوسط (د) زیاد (ه) خیلی زیاد
- ۱۳- طی ۴ هفته اخیر در مورد زندگی جنسی خود به طور کلی تا چه میزان احساس رضایت دارید؟
الف) بسیار ناراضی هستم (ب) نسبتاً ناراضی (ج) به میزان مساوی راضی و ناراضی (د) نسبتاً راضی (ه) خیلی راضی هستم
- ۱۴- طی ۴ هفته اخیر در مورد رابطه جنسی با همسر/تان تا چه میزان احساس رضایت دارید؟
الف) بسیار ناراضی هستم (ب) نسبتاً ناراضی (ج) به میزان مساوی راضی و ناراضی (د) نسبتاً راضی (ه) خیلی راضی هستم
- ۱۵- طی ۴ هفته اخیر در مورد ایجاد و حفظ نعوظ تا چه حد اطمینان داشتید؟
الف) خیلی کم یا اصلاً (ب) کم (ج) متوسط (د) زیاد (ه) خیلی زیاد

پرسشنامه کژکاری عملکرد جنسی زنان

سوالات زیر مرتبط با جنبه‌های مختلف سلامت شما است. پاسخ به بعضی از سوالات ممکن است سخت باشد. لطفاً تا جایی که امکان دارد به سوالات جواب دهید و در پاسخ به آنها صادق باشید. کلیه جوابهای شما نزد محقق محرمانه باقی خواهد ماند. فقط یک گزینه پاسخ را انتخاب کنید.

۱- در ۴ هفته گذشته، چقدر چه مواقعی احساس میل یا علاقه جنسی داشتید؟

هرگز یا تقریباً هرگز کمی از اوقات (کمتر از نصف) گاهی اوقات (نیمی از اوقات) بیشتر اوقات (بیشتر از نصف) تقریباً همیشه یا همیشه

۲- سطح علاقه یا میل جنسی شما در ۴ هفته گذشته چقدر بوده است؟

- خیلی کم یا اصلا علاقه نداشتم کم متوسط زیاد خیلی زیاد
- ۳- در ۴ هفته گذشته، هنگام فعالیت جنسی یا مقاربت چقدر احساس تحریک (برانگیختگی) جنسی داشتید؟
اصلا فعالیت جنسی نداشتم تقریبا همیشه بیشتر اوقات (بیش از نیمی) گاهی اوقات (تقریبا نصف زمانها) کم (کمتر از نصف) تقریبا هرگز یا هرگز
- ۴- به سطح تحریک (برانگیختگی) جنسی خود در طول فعالیت جنسی یا مقاربت در ۴ هفته گذشته چه نمره‌ای می‌دهید؟
اصلا فعالیت جنسی نداشتم خیلی کم یا اصلا کم متوسط زیاد خیلی زیاد
- ۵- در ۴ هفته گذشته، چقدر مطمئن بودید که هنگام فعالیت جنسی یا مقاربت از نظر جنسی تحریک (برانگیخته) خواهید شد؟
اصلا فعالیت جنسی نداشتم خیلی کم یا اطمینان نداشتم کم متوسط زیاد خیلی زیاد
- ۶- در ۴ هفته گذشته، چقدر از تحریک (برانگیختگی) هنگام فعالیت جنسی یا مقاربت رضایت داشتید؟
اصلا فعالیت جنسی نداشتم تقریبا همیشه بیشتر اوقات (بیش از نیمی) گاهی اوقات (تقریبا نصف زمانها) کم (کمتر از نصف) تقریبا هرگز یا هرگز
- ۷- در ۴ هفته گذشته هنگام فعالیت جنسی یا مقاربت چند بار احساس می‌کردید واژن‌تان از لغزندگی (رطوبت) لازم برخوردار بود؟
اصلا فعالیت جنسی نداشتم تقریبا همیشه بیشتر اوقات (بیش از نیمی) گاهی اوقات (تقریبا نصف زمانها) کم (کمتر از نصف) تقریبا هرگز یا هرگز
- ۸- در ۴ هفته گذشته، هنگام فعالیت جنسی یا مقاربت، برای آنکه واژن شما لغزندگی (رطوبت) لازم برای دخول را بدست آورد چقدر برایتان سخت بود؟
اصلا فعالیت جنسی نداشتم بی‌نهایت سخت یا غیر ممکن خیلی سخت سخت کمی سخت سخت نبود
- ۹- در ۴ هفته گذشته، چند بار واژن شما تا پایان فعالیت جنسی یا مقاربت لغزنده یا مرطوب باقی ماند؟
اصلا فعالیت جنسی نداشتم تقریبا همیشه بیشتر اوقات (بیش از نیمی) گاهی اوقات (تقریبا نصف زمانها) کم (کمتر از نصف) تقریبا هرگز یا هرگز
- ۱۰- در ۴ هفته گذشته، چقدر برای شما سخت بود که تا پایان فعالیت جنسی یا مقاربت، رطوبت یا لغزندگی واژن خودتان را حفظ کنید؟
اصلا فعالیت جنسی نداشتم بی‌نهایت سخت یا غیر ممکن خیلی سخت سخت کمی سخت سخت نبود
- ۱۱- در ۴ هفته گذشته، هنگام تحریک جنسی یا مقاربت، چقدر به حالت ارضاء (اوج لذت جنسی) رسیدید؟
اصلا فعالیت جنسی نداشتم تقریبا همیشه بیشتر اوقات (بیش از نیمی) گاهی اوقات (تقریبا نصف زمانها) کم (کمتر از نصف) تقریبا هرگز یا هرگز
- ۱۲- در ۴ هفته گذشته، زمانی که تحریک جنسی یا مقاربت داشتید چقدر برای شما سخت بود تا به حالت ارضاء (اوج لذت جنسی) برسید؟
اصلا فعالیت جنسی نداشتم بی‌نهایت سخت یا غیر ممکن خیلی سخت سخت کمی سخت سخت نبود
- ۱۳- در ۴ هفته گذشته، چقدر از توانایی خودتان برای رسیدن به حالت ارضاء (اوج لذت جنسی) هنگام فعالیت جنسی یا مقاربت راضی بودید؟
اصلا فعالیت جنسی نداشتم خیلی راضی بودم به طور متوسط رضایت داشتم هم رضایت داشتم هم نداشتم بطور متوسط ناراضی بودم خیلی ناراضی بودم
- ۱۴- در ۴ هفته گذشته، چقدر از صمیمیت عاطفی بین خود و همسرتان موقع فعالیت جنسی راضی بودید؟
اصلا فعالیت جنسی نداشتم خیلی راضی بودم به طور متوسط رضایت داشتم هم رضایت داشتم هم نداشتم بطور متوسط ناراضی بودم خیلی ناراضی بودم
- ۱۵- در ۴ هفته گذشته، چقدر از رابطه جنسی که با همسرتان داشتید راضی بودید؟
خیلی راضی بودم به طور متوسط رضایت داشتم هم رضایت داشتم هم نداشتم بطور متوسط ناراضی بودم خیلی ناراضی بودم
- ۱۶- در ۴ هفته گذشته، بطور کلی چقدر از زندگی جنسی خودتان راضی بودید؟
خیلی راضی بودم به طور متوسط رضایت داشتم هم رضایت داشتم هم نداشتم بطور متوسط ناراضی بودم خیلی ناراضی بودم

۱۷- در ۴ هفته گذشته، هنگام نزدیکی از راه واژن چه مواقعی احساس درد یا ناراحتی داشتید؟

مقاربتی نداشتم تقریبا همیشه بیشتر اوقات (بیش از نیمی از زمانها) گاهی اوقات (نیمی از زمانها) کمتر از نصف مواقع تقریبا هیچ وقت

۱۸- در ۴ هفته گذشته، به دنبال مقاربت واژینال چقدر درد یا ناراحتی داشتید؟

مقاربتی نداشتم تقریبا همیشه بیشتر اوقات (بیش از نیمی از زمانها) گاهی اوقات (نیمی از زمانها) کمتر از نصف مواقع تقریبا هیچ وقت

۱۹- در ۴ هفته گذشته، سطح ناراحتی یا درد شما به دنبال مقاربت واژینال چقدر بوده است؟

اصلا مقاربت نداشتم خیلی زیاد زیاد متوسط کم خیلی کم یا اصلا درد نداشتم

Comparing the effectiveness of schema therapy and acceptance and commitment therapy on the tolerance of emotional distress, sexual dysfunction and psychological capital of patients with multiple sclerosis

Abbas. Nazari¹, Sara. Saedi*² & Mansour. Abdi³

Abstract

Aim: The present study was conducted with the aim of comparing the effectiveness of schema therapy and acceptance and commitment therapy on the tolerance of emotional distress, sexual dysfunction and psychological capital in patients with multiple sclerosis.

Methods: The current research is a semi-experimental type with a pre-test, post-test and follow-up design with two experimental groups and one control group. The statistical population included all the patients with multiple sclerosis in Central Province in the year 2021, and according to the arrangements made with the MS Association of Arak city, their total number is 1200. In this study, statistical samples of 45 people were selected as available and then randomly assigned to 3 groups of 15 people including treatment plan groups (15 people), treatment based on acceptance and commitment (15 people) and control group (15 people) were randomly replaced. The research tools included the emotional distress tolerance questionnaire of Simmons and Gaher (2005), the sexual performance questionnaire of Rosen et al. (2000) and the psychological capital questionnaire of Lutans et al. (1999). Schema therapy was based on Yang et al.'s (2003) 12-session protocol, and commitment and acceptance-based therapy was based on Eifert and Forsyth's (2004) eight-session protocol. Finally, analysis of variance of repeated measures using SPSS version 22 software was used to analyze the data. **Results:** The results showed that there is a significant difference between the effect of schema therapy and therapy based on acceptance and commitment on the tolerance of emotional distress, sexual dysfunction and psychological capital in patients with multiple sclerosis ($P=0.01$). The effect was reported to be stable during follow-up. **Conclusion:** Therefore, it can be said that there is a significant difference between the three groups in the post-test scores after adjusting the pre-test scores, and also, the confirmation results showed that schema therapy and acceptance and commitment therapy on the tolerance of emotional distress, sexual performance and psychological capital skewness among patients with multiple sclerosis has been stable.

Keywords: *schema therapy, acceptance and commitment, tolerance of emotional distress, sexual dysfunction, psychological capital*

1. PhD student, Department of Educational Sciences, Science and Research Unit, Islamic Azad University, Tehran, Iran

2. *Corresponding Author: Department of Educational Sciences, Payam Noor, Tehran, Iran
Email: sarmadi@pnu.ac.ir

3. Department of Educational Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran