



مقایسه اثربخشی مداخله زوج درمانی رفتاری التقاطی و تلفیقی طرحواره مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل ناکامی و رضایت زناشویی در زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس

محبوبه امیربیک^۱، حسین اکبری امرغان^{۲*}، الهام فریبرز^۱، حمید نجات^۲

۱- گروه علوم تربیتی و مشاوره، واحد مشهد، دانشگاه آزاد اسلامی، مشهد، ایران

۲- گروه مشاوره و روانشناسی، واحد قوچان، دانشگاه آزاد اسلامی، قوچان، ایران

چکیده	مقاله پژوهشی اصیل
مقدمه مولتیپل اسکلروزیس یک بیماری نورودژنراتیو پیش‌رونده است. برخورداری از رضایت زناشویی شاخصی مهم در پیش‌آگهی مطلوب درمانی در اختلالات عصب روان‌شناختی پیش‌رونده همچون مولتیپل اسکلروزیس می‌باشد. هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی زوج درمانی رفتاری التقاطی و درمان تلفیقی طرحواره مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل ناکامی و رضایت زناشویی زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس بود. مواد و روش‌ها در یک کارآزمایی مقدماتی تصادفی، ۴۲ بیمار زن مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس به همراه همسران‌شان، با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و با استفاده از روش تصادفی‌سازی بلوکی در قالب دو گروه درمانی و یک گروه کنترل تخصیص یافتند. دو گروه درمانی به مدت ۱۰ جلسه هفتگی هر یک تحت یکی از درمان‌های زوج‌درمانی رفتاری التقاطی و تلفیقی طرحواره مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفتند و گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفت. پرسشنامه تحمل ناکامی و رضایت زناشویی در سه برهه زمانی پیش-آزمون، پس‌آزمون و پیگیری توسط شرکت‌کنندگان تکمیل شد. داده‌ها با استفاده از آزمون واریانس طرح اندازه‌گیری‌های مکرر دو طرفه تحلیل شد. یافته‌ها نتایج اولیه نشان داد که هر دو درمان نسبت به گروه کنترل اثربخشی معناداری بر شاخص رضایت زناشویی بیماران ایفا نمودند که تا مرحله پیگیری سه ماهه پایدار ماند ($p < 0.05$). علاوه بر این، نتایج ثانویه نشان داد که تفاوت معناداری بین اثربخشی دو درمان وجود ندارد ($p > 0.05$). نتیجه‌گیری یافته‌های این مطالعه می‌تواند در طرح‌ریزی چشم‌انداز مداخلات درمانی در بیماران مبتلا به اختلالات نورودژنراتیو با کاربست‌های بالینی همراه باشد. کلیدواژه‌ها زوج‌درمانی رفتاری التقاطی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، طرحواره درمانی، تحمل ناکامی، رضایت زناشویی	تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۱۰/۲۰ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۶/۰۹ *نویسنده مسئول: دکتر حسین اکبری امرغان، دانشگاه آزاد اسلامی قوچان. تلفن: ۰۹۳۳۸۱۶۹۵۸۹ پست الکترونیک: drhakbari54@gmail.com



مقدمه

مولتیپل اسکلروزیس^۱ (ام اس) یا تصلب پراکنده، یک بیماری خودایمنی آسیب‌زننده به سیستم عصبی مرکزی (مغز و نخاع شوکی) می‌باشد که در آن سیستم ایمنی بدن به بافت خویش خصوصاً بافت عصبی حمله می‌کند. مولتیپل اسکلروزیس به عنوان یک بیماری عصبی التهابی چندفاکتوری بار مضاعفی را به سیستم درمانی در سراسر جهان تحمیل می‌نماید. شیوع بالای این بیماری و ناتوانی مزمن ناشی از آن، باعث شده است تا به عنوان یک اولویت بهداشتی شناخته شود (۱). مولتیپل اسکلروزیس شایع‌ترین بیماری التهابی عصبی در بزرگسالان جوان است (۲). سبب شناسی بیماری مولتیپل اسکلروزیس هنوز ناشناخته است. مکانیزم‌های احتمالی آسیب‌شناختی آن شامل از بین بردن میلین، تخریب نورون و سیناپتوپاتی است. شواهد جدید نشان می‌دهد که این بیماری نتیجه عوامل ویروسی، ژنتیکی، محیطی، ایمنی‌شناختی و روانشناختی می‌باشد (۳). عوامل روانی اجتماعی می‌توانند پیش‌بینی کننده شروع این بیماری باشند و نقش مهمی در پیشرفت بیماری ایفا نماید. این بیماری تعاملات اجتماعی فرد را تحت تاثیر قرار می‌دهد و پیامدهای روانی اجتماعی برای بیمار و خانواده‌اش به همراه دارد و حتی می‌تواند تهدیدکننده زندگی فرد باشد. از جمله این تهدیدها می‌توان به تضادهای خانوادگی و اجتماعی مانند طلاق و از دست دادن شغل اشاره کرد (۲). در این میان، حمایت‌های عاطفی خانواده و دوستان در بهبود وضعیت روان‌شناختی بیمار نقش برجسته‌ای ایفا می‌نماید. روابط بین فردی مطلوب، به بیمار این امکان را می‌دهد که نیازهای خود به پذیرفته شدن، مورد توجه قرار گرفتن و دوست داشته شدن برآورده گردد و بیمار این فرصت را یابد که چنین نگرش‌ها و رفتارهایی را متقابلاً

انجام دهد و فراهم شدن چنین بستری در خانواده، میزان تطابق بیمار با شرایط بحرانی را ارتقا می‌بخشد (۴). تعداد مبتلایان به ام اس در زنان نسبت به مردان بیشتر از ۳ برابر است و سن شروع آن اوایل تا اواسط بزرگسالی است (۱). مطالعات نشان می‌دهد که میزان شیوع اختلالات روان‌پزشکی همچون اضطراب، افسردگی و بی میلی جنسی در مبتلایان به مولتیپل اسکلروزیس بالا می‌باشد (۵). افت کیفیت زندگی در کنار تجربه درد در این بیماران منجر به بروز نشانگان روان‌شناختی و بدکارکردی‌های جنسی می‌گردد. به‌گونه‌ای که ۴۰ تا ۸۰ درصد زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس دارای شکایت‌های جنسی می‌باشند (۶). رضایت زناشویی شاخصی تعاملی است که به میزان ادراک زوج از میزان برآورده شدن نیازها و ارضای تمایلات فرد توسط شریک زندگی اشاره دارد (۷). رضایت زناشویی، انطباق بین وضعیت موجود و وضعیت مورد انتظار است. پیشینه پژوهشی نشان می‌دهد که در مقایسه با جمعیت عادی، همسران بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس از رضایتمندی زناشویی پایین‌تری برخوردار می‌باشند. اثرات مخرب این بیماری بر روابط زناشویی، منجر شده تا نرخ جدایی در مبتلایان به طور معناداری افزایش یابد (۸). بروز تعارضات پی‌درپی در روابط زناشویی، می‌تواند احساس ناکامی را تشدید کند (۹). تحمل ناکامی توانایی مقاومت در برابر موانع و موقعیت‌های استرس‌زا است (۱۰). از نظر روزنبرگ تحمل ناکامی قابلیت فرد برای مقاومت در برابر ناکامی است بدون اینکه در سازگاری روان‌شناختی اشکالی ایجاد شود یعنی بدون اینکه به شیوه‌های ناپسند رفتاری دست بزنند. جبین^۲ (۲۰۱۴)، در پژوهش خود به این نتیجه رسید که تحمل ناکامی با اختلالات عاطفی به طور خاص ارتباط دارد به‌طوری‌که عدم تحمل ناکامی رابطه معناداری با

2. jibeen

1. Multiple sclerosis



افسردگی، اضطراب و خصومت دارد. یکی از فاکتورهایی که کیفیت زندگی را تحت تأثیر قرار می‌دهد و قدرت تحمل ناکامی را بالا می‌برد شبکه حمایت اجتماعی شامل روابط خانوادگی، شغلی و اجتماعی می‌باشد (۱۱).

مداخلات روان‌شناختی، به فرد و اعضای خانواده وی یاری می‌رساند که با کسب مهارت‌های جدید بتوانند با استرس‌های مداوم ناشی از بیماری سازگاری یابند (۱۲). اصطلاح زوج درمانی در برابر درمان‌های فردی یا گروهی به رویکردهای بالینی اشاره دارد که به بهبود عملکرد دو فرد درون یک بافت ارتباطی متقابل می‌پردازد (۷). یکی از رویکردهای درمانی دارای شواهد، زوج درمانی رفتاری تلفیقی^۱ است که ریشه در زوج درمانی رفتاری سنتی^۲ دارد. این درمان توسط کریستنسن و جاکوبسن^۳ و استفاده از راهبرد کلیدی پذیرش ابداع شد. هدف این درمان ایجاد پذیرش عاطفی زوج‌ها نسبت به تفاوت‌های موجود است. آگاهی از این تفاوت‌ها به درک بهتر، بینش عمیق‌تر و کاهش تعارضات واکنشی تعاملی منجر می‌گردد (۱۳).

نتایج یک کارآزمایی تصادفی بزرگ نشان داد که استفاده از این رویکرد با دستاوردهای معنادار در شاخص رضایت زناشویی همراه بوده است. علاوه بر این، نشان داده شده است که آی‌بی‌سی‌تی یا زوج درمانی رفتاری التقاطی نه تنها بر روابط سازه‌ای مانند رضایت و ارتباط تأثیر مثبت دارد، بلکه اثرات معناداری نیز بر عملکرد فردی اعمال می‌نماید (۱۴). شواهد پژوهشی گویای اثربخشی آی‌بی‌سی‌تی زوج درمانی رفتاری التقاطی بر رضایت زناشویی، اصلاح الگوی ارتباطی و افزایش سازگاری زوجین می‌باشد که از آن جمله می‌توان به مطالعات بلنچارد و همکاران^۴ (۱۵)، بلومرو مورفی^۵ (۱۶)،

پترسون و همکاران^۶ (۱۷) و پریسوتی و باراکا^۷ (۱۸) اشاره نمود. با وجود پژوهش‌هایی در زمینه اثر بخشی رویکرد رفتاری-التقاطی تمام پژوهشگران به لزوم انجام پژوهش‌های بیشتر در بین جوامع هدف متفاوت اشاره داشته‌اند.

زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد^۸ و طرحواره درمانی^۹ دو درمان نسل جدید می‌باشند که در حیطه تعاملات بین فردی از جمله زوج درمانی و خانواده درمانی با کاربردهای بالینی همراه می‌باشند. تلفیق زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد با طرحواره درمانی از نوع‌آوری‌های عرصه مداخلات زوج می‌باشد. که بررسی اثر بخشی آن نیاز به پژوهش‌های زیادی دارد. در این پروتکل تلفیقی به همسران آموزش داده می‌شود که به جای اجتناب از درد، بیماران رابطه جدیدی را با درد آغاز نمایند (۱۹). ادبیات پژوهشی نشان می‌دهد که کاربرست رویکرد تلفیقی با شواهد بالینی همراه بوده است (۱۹-۹). علاوه بر این، نشان داده شده است که زوج درمانی رفتاری التقاطی نه تنها بر رضایت و ارتباط تأثیر مثبت دارد، بلکه اثرات معناداری نیز بر عملکرد فردی اعمال می‌نماید (۲۰). شواهد پژوهشی گویای اثربخشی زوج درمانی رفتاری تلفیقی بر رضایت زناشویی، اصلاح الگوی ارتباطی و افزایش سازگاری زوجین می‌باشد که از آن جمله می‌توان به مطالعات بلنچارد و همکاران (۲۱)، بلومرو مورفی (۲۲)، پترسون و همکاران (۲۳) و پریسوتی و باراکا (۲۴) اشاره نمود.

در خصوص تلفیق دو رویکرد درمانی طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، محققانی همچون مک کی، لیو و اسکین^{۱۰} (۲۵) و لیو و مک کی^{۱۱} (۲۶) اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با استفاده از فرمول بندی

6. Peterson B, Eifert G, Feingold T, Davidson S

7. Perissutti, C., & Barraca, J

8. Acceptance and commitment-based therapy (ACT)

9. Schema Therapy

10. McKay, M., Lev, A., & Skeen, M

11. Lev A, Mckey M

1. Integrative Behavioral Couple Therapy (IBCT)

2. Traditional Behavioral Couple Therapy (TBCT)

3. Christensen, A., & Jacobson, N.S

4. Blanchard, V.L., Hawkins, A.J., Baldwin, S.A., & Fawcett, E.B

5. Blumer, M. L. C., & Murphy, M. J.



طرحواره مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رضایت زناشویی در زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس انجام می‌شود.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر یک کارآزمایی مقدماتی تصادفی بود که در خلال برهه زمانی مهرماه لغایت اسفند ماه ۱۳۹۸ انجام شد. جامعه آماری را زنان مبتلا به ام.اس (نوع عود کننده-فروکش کننده) مراجعه کننده به انجمن ام.اس شهرستان سبزوار تشکیل دادند. روش نمونه‌گیری در این پژوهش به صورت دواطلبانه مبتنی بر هدف بود. از بین شرکت‌کنندگان ۲۱ زوج که شرایط ورود به پژوهش را داشتند به صورت دواطلبانه بعنوان نمونه آماری در این پژوهش شرکت کردند و به شکل تصادفی به سه گروه (آزمایش الف، آزمایش ب و کنترل) تقسیم شدند. لذا نمونه آماری ۲۱ زوج یعنی ۴۲ نفر بود (هر گروه ۷ زوج و ۱۴ نفر).

ملاک‌های ورود عبارت بودند از: تشخیص ابتلا و نوع بیماری مولتیپل اسکلروزیس عود کننده فروکش کننده توسط نورولوژیست، تاهل و اخذ رضایت آگاهانه مکتوب جهت مشارکت در مطالعه. همچنین ملاک‌های خروج عبارت بودند از: تشخیص هرگونه اختلال روان‌پزشکی حاد بر مبنای مصاحبه بالینی و بیش از دو جلسه غیبت از جلسات درمانی. دو گروه درمانی به مدت ۱۰ جلسه هفتگی ۹۰ دقیقه ای هر یک تحت یکی از درمان‌های رفتاری التقاطی و طرحواره مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفتند و گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفت. پرسشنامه انعطاف پذیری شناختی دنیس و واندروال^۱ و پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ^۲ در سه برهه زمانی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری که پس از پایان دوره ی پس‌آزمون انجام شد توسط شرکت‌کنندگان تکمیل شد. داده‌ها با استفاده از آزمون اندازه گیری های

طرحواره را در مشکلات بین فردی ارزیابی کرده و مداخله درمانی را برای زوجین هنجار کردند و به این نتیجه رسیدند که استفاده از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با فرمول‌بندی طرحواره تاثیر قابل توجهی در کاهش مشکلات بین فردی زوجین دارد. اعلمی و همکاران (۲۷)، پژوهشی با عنوان مقایسه تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و رویکرد تلفیقی طرحواره درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش تعارضات زناشویی زوجین متقاضی طلاق انجام دادند.

یافته‌ها نشان داد که هر دو درمان بر کاهش تعارضات زناشویی اثربخش می‌باشند. مقایسه میانگین‌ها نشانگر اثربخشی بیشتر طرحواره درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش تعارضات زناشویی بود. مرور پیشینه پژوهشی نشان می‌دهد که اکثر مداخلات روان‌شناختی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس در بستری غیرسازه‌ای و سیتوماتیک و غالباً به صورت فردی انجام شده است. با توجه با ماهیت پیش‌رونده این بیماری و پیامدهای جسمانی، روان‌شناختی و اجتماعی آن، به‌نظر می‌رسد که طرح‌ریزی و اجرای مداخلات سیستمیک از اهمیت بالینی شایان توجهی برخوردار باشد. به علاوه استفاده از یک نوع درمان همیشه سودمند و موثر نیست و جهت‌گیری‌های منفرد، دیدگاه‌ها و توضیحات مربوط به رفتار انسان را دچار محدودیت می‌کند و می‌تواند به عدم پیشرفت در درمان منجر شود (۲۸).

مشکلات روان‌شناختی این بیماران در غالب چرخه‌ای معیوب بر کیفیت تعاملات و رضایت زناشویی اثرات منفی معناداری اعمال می‌نماید. نظر به اهمیت جایگاه کیفیت تعاملات زناشویی و نقش آن بر فرایند تشخیص و درمان بیماری در مبتلایان به مولتیپل اسکلروزیس و نظر به چشم‌انداز امیدبخش مداخلات نسل جدید، مطالعه حاضر با هدف یافتن بهترین و موثر ترین رویکرد درمانی به مقایسه اثربخشی دو رویکرد زوج‌درمانی رفتاری التقاطی و تلفیقی

1. Dennis and Vanderwall

2. Enrich Marital Satisfaction Questionnaire



مکرر دو طرفه به وسیله ی نرم افزار SPSS ورژن ۲۶ در سطح معناداری ($p < 0/05$) تجزیه و تحلیل شد.

ملاحظات اخلاقی: این پژوهش دارای کد IR.IAU.MSHD.REC-1399.014 از دانشگاه علوم پزشکی آزاد مشهد می باشد که قبل از انجام مداخلات درمانی اخذ گردیده است. تمامی مراحل این مطالعه بر اساس آخرین نسخه از کنوانسیون هلسینکی انجام شد.

چک لیست جمعیت شناختی: این پرسشنامه توسط پژوهشگر به منظور جمع آوری اطلاعات فردی نظیر سن، تحصیلات والدین، شغل والدین، مدت زمان ازدواج و مدت زمان ابتلا به بیماری تهیه و مورد استفاده قرار گرفت (۲۹).

مصاحبه بالینی ساختار یافته (SCID): ۱ یک مصاحبه بالینی است که برای تشخیص اختلالات و آسیب شناسی روانی بر اساس DSM-V به کار می رود (۳۰). ضریب پایایی بین ارزیاب ها برای SCID، ۰/۶۰ گزارش شده است (۳۱). توافق تشخیصی این ابزار به زبان فارسی برای اکثر تشخیص های خاص و کلی با پایایی بالاتر از ۰/۶۰ مطلوب بوده است، ضریب کاپا برای کل تشخیص های فعلی و تشخیص های طول عمر به ترتیب ۰/۵۲ و ۰/۵۵ به دست آمده است (۳۲).

پرسشنامه تحمل ناکامی: پرسنامه تحمل ناکامی توسط هارینگتون (۳۳) تهیه شده است. هدف این مقیاس میزان تحمل ناکامی فرد در رسیدن به اهداف است. از آنجایی که مقیاسی جهت سنجش تحمل ناکامی در ایران وجود نداشت، پرسشنامه تحمل ناکامی دارای ۳۵ عبارت و نمره گذاری به صورت طیف لیکرت ۵ امتیازی است. مجموع نمرات پایین نشانگر تحمل ناکامی بالا و مجموع نمرات بالا نشان دهنده تحمل ناکامی سطح پایین است. رنج نمرات بین ۳۵ و ۱۷۵ می باشد. این مقیاس در ایران توسط بابا رئیسی و همکاران

(۳۴) ترجمه و ویژگی های روان سنجی آن بررسی شد. نتایج ضریب آلفای کرونباخ نشان داد که پایایی این ابزار برای کل شرکت کنندگان ۰/۸۴، است. علاوه بر این ضریب آلفا در نمونه ی خارجی (۳۳) بالاتر از نمونه ی ایرانی است که دامنه آن از ۰/۸۱ تا ۰/۹۴ کل مقیاس گزارش شده است. اعتبار همزمان این پرسشنامه با افسردگی بک برابر با ۰/۳۹- و روایی همگرایی آن با مقیاس انعطاف پذیری شناختی مارتین و رابین ۰/۷۵ بود. در ایران نیز سلطانی، شاره، بحرینیان و فرمانی ضریب باز آزمایی کل مقیاس را ۰/۷۱ و ضرایب آلفای کرونباخ کل مقیاس را ۰/۹۰ گزارش نموده اند (۱۱). میزان آلفای کرونباخ پرسشنامه در این پژوهش ۰/۷۸ محاسبه شد.

پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ: فرم کوتاه پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ توسط اولسون و همکاران در سال ۱۹۸۹ و با هدف ارزیابی زمینه های بالقوه مشکل زا و شناسایی زمینه های قدرت و پربارسازی روابط زناشویی طراحی شد. این پرسشنامه دربردارنده ۴۷ گویه و ۱۱ خرده مقیاس می باشد که در قالب طیف لیکرت پنج درجه ای (کاملاً مخالف=۱ تا کاملاً موافق=۵) نمره گذاری می شود. این پرسشنامه دارای تعدادی گویه معکوس می باشد که این گویه ها ارزش عددی معکوس دریافت می نمایند. نمره پائین تر از ۳۰ نشانگر نارضایتی شدید همسران از روابط زناشویی و نمره بالاتر از ۷۰ نشانگر رضایت مطلوب از روابط زناشویی همسران است. ویژگی های روان سنجی این ابزار مطلوب گزارش شده است (۲۸). فاووز و السون (۳۵) روایی صوری و محتوایی مقیاس رضایت زناشویی انریچ را با استفاده از نظر ۷ تن از متخصصین حوزه روانشناسی اجتماعی مطلوب گزارش کرده اند. همچنین برای بدست آوردن پایایی ابزار آن را روی ۳۵۰ تن از زوجین در کشور انگلستان اجرا و با میزان

پایایی را با روش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ گزارش کردند. عارفی و همکاران (۳۶) پایایی آن را با آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۰ به دست آورده اند. میزان آلفای کرونباخ پرسشنامه در این پژوهش ۰/۹۱ محاسبه شد.

یافته‌ها

از مجموع ۴۲ شرکت‌کننده ۲۱ نفر دیپلم و زیر دیپلم، ۱۴ نفر لیسانس و ۷ نفر فوق لیسانس بودند. میانگین سنی شرکت‌کنندگان به تفکیک در گروه آزمایش $M=29/72$ ، $SD=5/06$ ، در گروه آزمایش ده $M=5/41$ ، $SD=5/06$ ،

م=۳۵/۶۴) و در گروه کنترل (M=۳۲/۹۶، SD=۴/۸۸) بود. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس با حذف اثر پیش آزمون استفاده شد. پیش از استفاده از آزمون پارامتریک تحلیل کوواریانس، مفروضه‌های آن مورد بررسی قرار گرفت. مفروضه نرمال بودن توزیع توسط آزمون شاپیرو-ویلک بررسی و احراز شد ($p>0/05$). همچنین نتایج آزمون لون گویای تساوی واریانس‌ها بود ($p>0/05$). توزیع نرمات شاخص رضایت زناشویی شرکت‌کنندگان در مطالعه به تفکیک گروه در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار آزمودنی‌ها در شاخص تحمل ناکامی و رضایت زناشویی

متغیر	گروه	تعداد	پیش آزمون		پس آزمون		آزمون پیگیری	
			انحراف معیار	M میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین
تحمل ناکامی	زوج درمانی رفتاری – التقاطی	۱۴	۱۲۸/۱	۲۵/۲	۱۱۱/۹	۳۰/۴	۱۱۱/۶	۲۹/۴
	زوج درمانی تلفیقی پذیرش-تعهد و طرحواره	۱۴	۱۲۵/۶	۲۲/۸	۱۰۵/۹	۱۸/۳	۱۰۷/۱	۱۷/۹
	کنترل	۱۴	۱۲۰/۴	۲۶/۵	۱۲۰/۱	۲۱/۴	۱۱۹/۹	۲۲/۱
رضایت زناشویی	زوج درمانی رفتاری – التقاطی	۱۴	۳۲/۳	۸/۸	۴۴/۱	۸/۵	۳۸/۶	۸/۴
	زوج درمانی تلفیقی پذیرش-تعهد و طرحواره	۱۴	۳۳/۴	۱۰/۲	۴۶/۳	۹/۴	۳۹/۹	۱۱/۳
	کنترل	۱۴	۳۷/۶	۷/۹	۳۷/۵	۷/۷	۳۶/۹	۷/۹

همان‌طور که یافته‌های جدول ۱ نشان می‌دهد، تحمل ناکامی و رضایت زناشویی شرکت‌کنندگان در مطالعه پس از

درمان بهبود یافته و پس از پیگیری کاهش نشان داده است.



جدول ۲ - نتایج تحلیل واریانس با طرح اندازه گیری مکرر درون گروهی و بین گروهی برای بررسی اثربخشی زوج درمانی رفتاری - التقاطی بر تحمل ناکامی و رضایت زناشویی

نوع آزمون	متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	معناداری	مجذوراتا	توان آماری
تحلیل واریانس درون گروهی	تحمل ناکامی	زمان	۱۲۹۳/۲	۱/۱	۱۱۳۷/۱	۱۸/۷	۰/۰۰۱	۰/۴۲	۱/۰۰۰
		زمان*گروه	۱۱۹۴/۷	۱/۱	۱۰۵۰/۴	۱۷/۲	۰/۰۰۱	۰/۳۹	۱/۰۰۰
		خطا	۱۸۰۲/۱	۲۹/۶	۶۰/۹				
	رضایت زناشویی	زمان	۴۸۰/۷	۱/۸	۲۶۰/۲	۴۵/۷	۰/۰۰۱	۰/۶۴	۱/۰۰۰
		زمان*گروه	۵۰۸/۷	۱/۸	۲۷۵/۴	۴۸/۴	۰/۰۰۱	۰/۶۵	۱/۰۰۰
		خطا	۲۷۳/۳	۴۸/۰۳	۵/۷				
تحلیل واریانس بین گروهی	تحمل ناکامی	گروه	۱۸۳/۰۴	۱	۱۸۳/۰۴	۱۵/۹	۰/۰۰۱	۰/۴۹	۰/۹۹
		خطا	۵۱۱۲۳/۶	۲۶	۱۹۶۶/۳				
	رضایت زناشویی	گروه	۲۰۰/۰۱	۱	۲۰۰/۰۱	۲۱/۸	۰/۰۰۱	۰/۵۲	۰/۹۸
		خطا	۴۹۹۴/۳	۲۶	۱۹۲/۱				

ناشی از اثر مداخله می‌باشد. با توجه به نتایج جدول ۲ در بخش بین گروهی اثر اصلی گروه برای متغیرهای، تحمل ناکامی ($F=18/7, sig \leq 0/001$) و رضایت زناشویی ($F=15/9, sig \leq 0/001$)، معنادار بود که با توجه به مجذور اتا می‌توان گفت که ۴۹ درصد تغییرات تحمل ناکامی و ۵۲ درصد تغییرات رضایت زناشویی ناشی از اثر مداخله است. با توجه به معنادار شدن اثرهای درون گروهی و بین گروهی می‌توان گفت که تفاوت میانگین‌های تحمل ناکامی و رضایت زناشویی در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری معنادار است.

با توجه به نتایج جدول ۲ اثر زمان در متغیرهای تحمل ناکامی ($F=18/7, sig \leq 0/001$) و رضایت زناشویی ($F=15/9, sig \leq 0/001$) معنادار است که با توجه به مجذور اتا می‌توان گفت که در بخش درون گروهی ۳۰ درصد تغییرات زمانی انعطاف‌پذیری روانشناختی، ۴۲ درصد تغییرات زمانی تحمل ناکامی و ۶۴ درصد تغییرات زمانی رضایت زناشویی ناشی از اثر مداخله می‌باشد. همچنین اثر تعاملی زمان و گروه برای متغیرهای تحمل ناکامی ($F=17/2, sig \leq 0/001$) و رضایت زناشویی ($F=48/4, sig \leq 0/001$) معنادار است که با توجه به مجذور اتا می‌توان گفت که ۳۹ درصد تغییرات تعاملی تحمل ناکامی و ۶۵ درصد تغییرات تعاملی رضایت زناشویی



جدول ۳- نتایج آزمون تعدیل شده بنفرونی برای مقایسه زوجی میانگین های تحمل ناکامی و رضایت زناشویی گروه های زوج درمانی رفتاری - التقاطی و کنترل

متغیر	مراحل آزمون	اختلاف میانگین ها	خطای استاندارد	معناداری
تحمل ناکامی	پیش آزمون	۸/۲*	۱/۹	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	۸/۴*	۱/۹	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۰/۲۱	۰/۵۷	۱
رضایت زناشویی	پیش آزمون	۵/۸۶*	۰/۵۷	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	۲/۷۹*	۰/۶۹	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۳/۰۷*	۰/۵۶	۰/۰۰۱

دیگر زوج درمانی رفتاری - التقاطی در مراحل پس آزمون و پیگیری باعث تغییر معنادار تحمل ناکامی و رضایت زناشویی شده است.

با توجه به نتایج جدول ۳ اختلاف میانگین پیش آزمون با پس آزمون و پیگیری در هر دو متغیر تحمل ناکامی و رضایت زناشویی معنادار است، و همچنین اختلاف میانگین پس آزمون و پیگیری در متغیرها معنادار است؛ به عبارت

جدول ۴- نتایج تحلیل واریانس با طرح اندازه گیری مکرر درون گروهی و بین گروهی برای بررسی اثربخشی زوج درمانی تلفیقی طرحواره مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل ناکامی و رضایت زناشویی

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	آماره F	معناداری	مجزوراتا	توان آماری
تحمل ناکامی	زمان	۱۷۶۵/۰۲	۱/۰۷	۱۶۴۹/۸	۲۲/۵	۰/۰۰۱	۰/۴۶	۱/۰۰۰
	زمان*گروه	۱۶۵۴/۰۲	۱/۰۷	۱۵۴۶/۰۸	۲۱/۰۴	۰/۰۰۱	۰/۴۵	۱/۰۰۰
	خطا	۲۰۴۳/۶	۲۷/۸	۶۰/۹				
رضایت زناشویی	زمان	۵۷۳/۵	۱/۹	۳۰۴/۸	۶۴/۵	۰/۰۰۱	۰/۷۱	۱/۰۰۰
	زمان*گروه	۶۰۰/۶	۱/۹	۳۱۹/۲	۶۷/۵	۰/۰۰۱	۰/۷۲	۱/۰۰۰
	خطا	۲۳۱/۲	۴۸/۹	۴/۷				
تحمل ناکامی	گروه	۳۱۰۰/۲	۱	۳۱۰۰/۲	۷/۸	۰/۰۰۱	۰/۳۳	۰/۸۱
	خطا	۱۳۳۳/۵	۲۶	۱۳۳۳/۵				
	گروه	۲۱۳۱/۲	۱	۲۱۳۱/۲	۱۹/۹	۰/۰۰۱	۰/۵۵	۰/۹۸
رضایت زناشویی	خطا	۲۴۴/۷	۲۶	۲۴۴/۷				



جدول ۵- نتایج آزمون تعدیل شده بنفرونی برای مقایسه زوجی میانگین های تحمل ناکامی و رضایت زناشویی گروه های زوج درمانی تلفیقی پذیرش - تعهد و طرحواره و کنترل

مراحل آزمون	اختلاف میانگین ها	خطای استاندارد	معناداری
پیش آزمون	۹/۹*	۲/۰۷	۰/۰۰۱
پیش آزمون	۹/۵*	۱/۹	۰/۰۰۱
پس آزمون	۰/۵	۰/۴۵	۰/۸۲
پیش آزمون	۶/۴*	۰/۵۱	۰/۰۰۱
پیش آزمون	۲/۹*	۰/۵۵	۰/۰۰۱
پس آزمون	۳/۵*	۰/۶۳	۰/۰۰۱

با توجه به نتایج جدول ۵ اختلاف میانگین پیش آزمون با پس آزمون و پیگیری در هر دو متغیر، تحمل ناکامی و رضایت زناشویی معنادار است، و همچنین اختلاف میانگین پس آزمون و پیگیری در متغیر رضایت زناشویی معنادار است اما در متغیر تحمل ناکامی معنادار نیست، به عبارت دیگر زوج درمانی تلفیقی پذیرش - تعهد و طرحواره در مراحل پس آزمون و پیگیری باعث تغییر معنادار تحمل ناکامی و رضایت زناشویی شده است.

با توجه به نتایج جدول ۴ اثر زمان در متغیرهای تحمل ناکامی ($F=22/5, sig \leq 0/001$) و رضایت زناشویی ($F=64/5, sig \leq 0/001$) معنادار است که با توجه به مجذور اتا می توان گفت که در بخش درون گروهی ۴۶ درصد تغییرات زمانی تحمل ناکامی و ۷۱ درصد تغییرات زمانی رضایت زناشویی ناشی از اثر مداخله می باشد.

همچنین اثر تعاملی زمان و گروه برای متغیرهای تحمل ناکامی ($F=21/04, sig \leq 0/001$) و رضایت زناشویی ($F=67/5, sig \leq 0/001$) معنادار است که با توجه به مجذور اتا می توان گفت که ۴۵ درصد تغییرات تعاملی تحمل ناکامی و ۷۲ درصد تغییرات تعاملی رضایت زناشویی ناشی از اثر مداخله می باشد.

با توجه به نتایج جدول ۴ در بخش بین گروهی اثر اصلی گروه برای متغیرهای تحمل ناکامی ($F=7/8, sig \leq 0/001$) و رضایت زناشویی ($F=19/9, sig \leq 0/001$) معنادار بود که با توجه به مجذور اتا می توان گفت که ۳۳ درصد تغییرات تحمل ناکامی و ۵۵ درصد تغییرات رضایت زناشویی ناشی از اثر مداخله است. با توجه به معنادار شدن اثرهای درون گروهی و بین گروهی می توان گفت که تفاوت میانگین های رفتارهای خودمراقبتی و رضایت زناشویی در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری معنادار است.

جدول ۶- آزمون تعقیبی توکی برای مقایسه میانگین متغیرهای پژوهش در گروه ها

متغیر	گروه	پس آزمون	پیگیری
		زیر مجموعه $\alpha = 5\%$	زیر مجموعه $\alpha = 5\%$
		۱	۲
		۲	۱
تحمل ناکامی	زوج درمانی رفتاری - التقاطی	۴۱/۶۶	۴۲/۴۵
	زوج درمانی تلفیقی پذیرش - تعهد و طرحواره	۳۷/۷	۳۱/۰۵
رضایت زناشویی	زوج درمانی رفتاری - التقاطی	۳۸/۵۹	۴۶/۷۳
	زوج درمانی تلفیقی پذیرش - تعهد و طرحواره	۴۴۶	۳۵/۸۸



در جدول فوق در صورتی میانگین گروه‌ها در یک ستون قرار گیرد بدان معناست که تفاوت معناداری بین آن دو گروه وجود ندارد. بر همین اساس در نمرات پس آزمون و پیگیری بین زوج درمانی رفتاری - التقاطی و زوج درمانی تلفیقی پذیرش - تعهد و طرحواره بر انعطاف پذیری روانشناختی وضعیت آزمودنی‌ها اختلاف معناداری داشته است. بنابراین اثربخشی هر دو درمان تأیید شده ولی در هر دو مرحله پس آزمون و پیگیری زوج درمانی تلفیقی پذیرش - تعهد و طرحواره اثر بخش‌تر می‌باشد.

بحث

مطالعه حاضر با هدف مقایسه اثربخشی دو رویکرد زوج درمانی رفتاری التقاطی و تلفیقی طرحواره مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل ناکامی و رضایت زناشویی در زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس انجام شد. یافته‌های اولیه نشان داد که هر دو درمان نسبت به گروه کنترل اثربخشی معناداری بر شاخص تحمل ناکامی و رضایت زناشویی بیماران ایفا نمودند که تا مرحله پیگیری سه ماهه پایدار ماند ($p < 0.05$). علاوه بر این، نتایج ثانویه نشان داد که تفاوت معناداری بین اثربخشی دو درمان وجود ندارد ($p > 0.05$).

در تبیین اثر بخشی رویکرد رفتاری التقاطی بر تحمل ناکامی و رضایت زناشویی می‌توان ادعان نمود که این رویکرد کمتر بر رفتار شخص مقابل تمرکز نموده و به جای آن بر ادراک خود فرد از رفتار تأکید می‌ورزد. این رویکرد معتقد است که حل مشکلات بین فردی به واسطه تأکید بر پذیرش امکان پذیر است که پیشرفت در پذیرش در نهایت به تغییر منجر می‌گردد. هدف اصلی درمان یاری رساندن به زوجین در راستای پذیرش و درک بهتر یکدیگر و توسعه یک مجموعه همکاری مشترک است. با توجه به اینکه جامعه هدف در این پژوهش بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس

بوده که به‌طور مستمر درگیر مشکلات غیر قابل اجتناب بودند، اصول بیان شده کاملاً می‌تواند نقش سازنده‌ای در قدرت انعطاف‌پذیری و تحمل ناکامی، شناخت و پذیرش هیجانات خود و طرف مقابل و در نهایت رضایت زناشویی ایفا نماید.

در این راستا و همسو با یافته‌های مطالعه حاضر، یافته‌های مطالعه بنسون و نگوین (۳۷) نشان داد که استفاده از زوج درمانی رفتاری تلفیقی با سودمندی‌های فراوان در بهبود تعاملات زوجین همراه است. علاوه بر این، همسو با یافته‌های مطالعه حاضر، کریستنسن و همکاران (۳۸) در مطالعه خود نشان دادند که اثربخشی زوج درمانی رفتاری التقاطی تا دو سال پس از اتمام فرایند درمان پایدار مانده است. این در حالی است که یافته‌های رودی و همکاران (۱۴) پایداری اثربخشی این درمان را تا ۵ سال پس از پایان مداخله نشان می‌دهد. همچنین یافته‌های مطالعه موردی بنسون و نگوین (۳۷) در بررسی اثربخشی زوج درمانی رفتاری تلفیقی گوبای اثربخشی این درمان می‌باشد.

همان‌طور که یافته‌های مطالعه اعلمی و همکاران (۹) نشان می‌دهد، می‌توان بیان نمود که عامل پیدایش اختلال در ارتباطات زناشویی ممکن است ناشی از عوامل گوناگونی مانند پریشانی هیجانی، اسنادهای غلط، باورها و رفتارهای اشتباه یا اسطوره‌ها باشد که می‌توان با آموزش‌های مناسب در راستای رفع کاستی‌های مذکور اقدام نمود. زوج درمانی رفتاری-التقاطی با بررسی تفاوت ارتباطی موجود بین زوجین درمانده و غیردرمانده و با به کارگیری مهارت‌های ارتباطی مناسب مانند رعایت احترام متقابل، درک و فهم متقابل، آداب اجتماعی، وقت شناسی و پرهیز از خطاهای شناختی، به زوجین در برقراری ارتباط و به کارگیری درست مهارت‌های کلامی و غیرکلامی یاری می‌رساند (۳۸). در این پژوهش مشخص شد در مورد بیماران ام.اس سرکوب



احساسات و عدم ابراز انتظارات و نیازها بویژه نیازهای عاطفی و جنسی، عدم هماهنگی رفتار کلامی و غیر کلامی، از جمله علل نارضایتی زناشویی بود و نیز نشان داده شد که آنها در ارتباط نزدیک با همسرانشان دچار احساس ترس، خجالت و شرم هستند، لذا به علت تأکیدی که زوج درمانی رفتاری-التقاطی بر اصلاح و غنی‌سازی روابط بین زوج‌ها، آگاهی از احساسات، نحوه بیان نیازها و برآوردن نیازها و میزان بیان بهره‌مندی جنسی زوج‌ها از یکدیگر و تأثیر آن بر خود ارزشمندی هریک از زوج‌ها دارد، موجب مراقبت کردن زن و شوهر از همدیگر شده و در مجموع توانسته است بر صمیمیت و رضایت زناشویی زوج‌ها تأثیر بسزایی بگذارد.

در تبیین اثر بخشی رویکرد تلفیقی طرحواره مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان تحمل ناکامی و رضایت زناشویی می‌توان بیان نمود که فرمول‌بندی طرحواره بر مبنای پذیرش و تعهد به کمک به زوجین در مشاهده افکار و هیجانات مبتنی بر طرح‌واره و عمل نکردن بر اساس آنها یاری می‌رساند (۲۵). تاریخچه و تجربه زندگی منحصر به فرد هر یک از زوجین شکل دهنده باورهای خاص و انتظارات منفی در مورد موضوعی خاص می‌باشد که بر رابطه صمیمی زوج اثرگذار می‌باشد. این انتظارات، طرح‌واره ارتباط هستند، مفهومی که در تمام رویکردهای زوج‌درمانی با زبان‌های مختلف مطرح شده است. ایماگودرمانی^۱، زوج درمانی هیجان‌مدار^۲، زوج درمانی شناختی رفتاری پیشرفته^۳ و زوج درمانی گاتمن^۴ همه بر این توافق هستند که زوجین، تظاهرات ذهنی و روحی از روابط دارند که از تجربیات دوران کودکی آن‌ها ناشی می‌شود و بعضی از این تظاهرات روحی ممکن است باعث ایجاد انتظارات مخرب

شوند و آشفتگی در رابطه را رقم زند (۲۵). به نظر می‌آید که ترکیب مضاعف اثرات درمانی رویکرد طرحواره و درمان مبتنی بر پذیرش با کاهش تعارضات، به افزایش مهارت‌های ارتباط موثر منجر می‌گردد و این رویکرد را نسبت به رویکرد صرف درمان پذیرش مبتنی بر تعهد برتری می‌بخشد. این رویکرد با تلفیق چهار تکنیک شناختی، تجربی، رفتاری و رابطه‌ای در بیماران ام اس و همسرانشان، علاوه بر شناسایی طرحواره‌های ناسازگار که علت اصلی شکل‌گیری افکار ناکارآمد و غیرمنطقی است، از نظر هیجانی نیز باعث تخلیه عواطف و هیجانات منفی مدفون شده از جمله خشم ناشی از عدم ارضای نیازهای خودانگیختگی و دلبستگی ایمن به دیگران، طی سال‌های کودکی شده و با استفاده از تکنیک تجربی که شناخت طرحواره‌های دوران کودکی و خاطرات کودکی را بازسازی می‌کند، به ابراز هیجان‌ها و عواطف سرکوب شده که در نهایت منجر به خودسانسوری هیجانی و مشکل در ابراز عواطف و سردی عاطفی می‌شود، کمک زیادی کرد.

از آنجا که ناکامی حالت فرضی کسی است که در راه پیگیری یکی از هدف‌های طبیعی خود به مانع برخورد کرده است. یعنی حتی اگر کسی احساس کند که فریب خورده است، باز در حالت ناکامی قرار می‌گیرد لذا تکنیک‌هایی که باعث ترمیم و اصلاح قالب‌های شناختی ناسازگار و به تاخیر انداختن واکنش‌های هیجانی برگرفته از آنها و پرداختن به عملکردهای برخاسته از ارزش‌ها می‌شوند، می‌توانند اولاً در ادراک فرد از ناکامی و ثانياً قدرت تحمل ناکامی تاثیرگذار باشند و این تکنیک‌ها در هر دو درمان رفتاری التقاطی و تلفیقی طرحواره، پذیرش و تعهد به شکلی خاص وجود دارد. از طرفی شیوه درمان گروهی با از بین بردن احساس انحصاری مشکل نه تنها باعث آرامش و راحتی افراد می‌شود بلکه به توسعه روابط آنها در خارج از محیط درمانی کمک

1. Imago therapy
2. Emotion-focused couples' therapy.
3. Enhanced cognitive behavioral couples' therapy
4. Gottman Method



می‌کند و این منجر به افزایش عملکرد اجتماعی و قدرت تحمل آنها در مقابل ناکامی‌ها می‌شود.

در تبیین یافته‌های این پژوهش مبنی بر عدم تفاوت اثرگذاری هر دو نوع درمان بر تحمل ناکامی و رضایت زناشویی می‌توان گفت در این دو درمان اهداف و تکنیک‌های مشترکی در جهت پذیرش و عدم تلاش صرف برای اصلاح موقعیت‌های مقاوم به تغییر، برقراری تعاملات سازنده‌تر و مثبت‌تر بین زوجین با نگاه به حال و اکنون و رهایی از قالب‌های شناختی وجود دارد. در هر دو درمان تلاش می‌شود در نهایت زوجین نسبت به مشکلات زناشویی خود دیدگاهی عینی‌تر و بافتارنگر پیدا کرده و به مشکلات بصورت غیر قضاوتی نگاه کنند. لذا از جمله دلایل اثربخشی هر دو نوع درمان تلفیقی بر تحمل ناکامی و رضایت زناشویی بیماران مبتلا به ام.اس می‌توان ایجاد توافق و آموزش شیوه‌های سازگار شدن با جنبه‌های غیر قابل تحمل زندگی زناشویی به جای تلاش برای مدیریت آنها و عوامل تعارض برانگیز دانست و از آنجا که بررسی ویژگی‌های شخصیتی بیماران ام.اس درگیر بودن اغلب آنها به انواع تحریف‌های شناختی را تایید کرد و از سویی در زندگی تمام زوجین بویژه خانواده‌های درگیر بیماری‌های مزمنی چون ام.اس جنبه‌های غیر قابل تغییر که در کنترل فرد نیستند وجود دارد. درمان‌هایی چون رویکرد رفتاری التقاطی و تلفیقی طرحواره، پذیرش و تعهد که در راستای افزایش قدرت پذیرش و انعطاف‌پذیری و ارتقا تحمل ناکامی زوجین متمرکز هستند در نهایت موجب بهبود روابط زوجین و رضایت زناشویی خواهند شد.

بطور خلاصه می‌توان گفت هر دو رویکرد زوج درمانی رفتاری التقاطی و زوج درمانی تلفیقی اکت و طرحواره بر عوامل موثر بر رضایت زناشویی که عبارتند از مهارت‌های ارتباطی، تقابل، مهارت‌های حل مساله، عوامل شناختی

یعنی شیوه‌های درک، تفسیر و ارزیابی زوج از یکدیگر و رویدادها، هیجان و مهارت‌مندی هیجانی تاثیر گذار هستند و با ارتقا این عوامل توانسته‌اند رضایت زناشویی را افزایش دهند.

این پژوهش نیز مانند سایر مطالعات با محدودیت‌هایی همراه بود. از آن جمله می‌توان به محدود بودن جامعه آماری به بیماران مراجعه کننده به انجمن حمایت از بیماران ام.اس (مولتیپل اسکلروزیس) اشاره نمود. در دسترس بودن روش نمونه‌گیری و غیر تصادفی بودن آن از دیگر محدودیت‌های مطالعه حاضر بود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی به منظور انتخاب موثرترین رویکرد حمایتی، اثربخشی انواع زوج درمانی‌های تلفیقی بر روابط زناشویی این جامعه هدف و برای هر دو جنس مورد بررسی قرار گیرد. همچنین پیشنهاد می‌شود سازمان‌ها و مراکز دولتی و خصوصی متولی حمایت از بیماران خاص، از این رویکردهای درمانی در حل مشکلات زناشویی و خانوادگی و کاهش علائم و مشکلات روان‌شناختی استفاده نمایند.

نتیجه‌گیری

به‌طور کلی یافته‌های این مطالعه نشان داد که هر دو رویکرد در بهبود و ارتقا شاخص تحمل ناکامی و رضایت زناشویی اثربخش بوده‌اند و تفاوت معناداری بین اثربخشی دو درمان در این پژوهش مشاهده نشد. ولی با توجه به ویژگی‌های روانشناختی خاص بیماران مبتلا به ام.اس که احساس می‌شود انواع طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه بر حالات روحی روانی و چگونگی تعاملات آنها با همسرانشان تاثیر مستقیم دارد و چالش‌های موجود در زمینه خدمات زوج درمانی برای جامعه بیماران و مشکلات خاص آنها در بهره‌مندی از درمان‌هایی با محدودیت زمانی به ویژه در زمینه مداخله تلفیقی طرحواره مبتنی بر پذیرش و تعهد که رویکردی جدیدتر بوده احساس می‌شود، اگر شرایطی بوجود آید که



تشکر و قدردانی

پژوهش حاضر مستخرج از رساله دکتری نویسنده اول در رشته مشاوره و مصوب کمیته اخلاق دانشکده علوم پزشکی دانشگاه آزاد مشهد می‌باشد. نویسندگان از تمامی افرادی که در انجام این پژوهش یاری رساندند بویژه کارکنان و اعضا "انجمن حمایت از بیماران مولتیپل اسکلروزیس شهرستان سبزوار" کمال تشکر و قدردانی را دارند.

تعارض منافع

بین نویسندگان تعارضی در منافع گزارش نشده است.

این مداخله با سایر شیوه‌های پژوهشی مثل سری‌های زمانی در طول زمان طولانی‌تر و جلسات بیشتر برای جامعه هدف یعنی بیماران مبتلا به ام‌اس ارائه گردد، خواهد توانست اثرات ارزنده پایداری را هم در زمینه اصلاح ویژگی‌های روانشناختی بیماران و هم در زمینه بهبود روابط بین فردی آنها ایجاد کند بهر حال از یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان در راستای مداخلات بالینی در راستای کاهش مشکلات روان‌شناختی و افزایش رضایت زناشویی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس استفاده نمود.

References

1. Gold SM, Willing A, Leypoldt F, Paul F, Friese MA. Sex differences in autoimmune disorders of the central nervous system. *Seminars in Immunopathology* [Internet]. Springer Science and Business Media LLC. 2018; 41(2):177–88.
2. Chalah MA, Ayache SS. A Scope of the Social Brain in Multiple Sclerosis: Insights from Neuroimaging Studies. *Cognitive and Behavioral Neurology* [Internet]. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). 2020; 33(2):90–102.
3. Mares J, Hartung H-P. Multiple sclerosis and COVID-19. *Biomedical Papers* [Internet]. Palacky University Olomouc. 2020; 164(3):217–25.
4. Koutsogeorgou E, Chiesi AM, Leonardi M. Social capital components and social support of persons with multiple sclerosis: a systematic review of the literature from 2000 to 2018. *Disability and Rehabilitation* [Internet]. Informa UK Limited. 2019; 42(24):3437–49.
5. Battalio SL, Glette M, Alschuler KN, Jensen MP. Anxiety, depression, and function in individuals with chronic physical conditions: A longitudinal analysis. *Rehabilitation Psychology* [Internet]. American Psychological Association (APA). 2018; 63(4):532–41.
6. Calabrò RS, Russo M, Dattola V, De Luca R, Leo A, Grisolaghi J, et al. Sexual Function in Young Individuals with Multiple Sclerosis. *Journal of Neuroscience Nursing* [Internet]. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). 2018; 50(3):161–6.
7. Otero MC, Wells JL, Chen K-H, Brown CL, Connelly DE, Levenson RW, et al. Behavioral indices of positivity resonance associated with long-term marital satisfaction. *Emotion* [Internet]. American Psychological Association (APA). 2020; 20(7):1225–33.
8. Pakenham KI. & Samios CH. A Dyadic and Longitudinal Investigation of Adjustment in Couples Coping with Multiple Sclerosis. *Journal of Behavioral Medicine*. 2017; 49: 74-83.
9. Aalami M, Taimory S, & Ahi G. The Effectiveness of an Integrated Approach of Schema Therapy based Acceptance and Commitment Therapy on Marital Conflicts and Divorce Tendency in Divorce Applicant Couples. *Journal of Research in Behavioural Sciences*. 2020; 18(1), 132-141



10. Chand L. A study of frustration tolerance in relation to achievement motivation and sports achievements. *International Journal of Applied Research*. 2017; 1(6): 92-94
11. Mousavi R, Fatemi F, Shanazi Y. The relationship between failure tolerance and approval motivation with emotional adjustment of female students, *Counseling Research*. 2020; 19(73): 172-188
12. Mota N, Kraskian-Mujembari A, Pirnia B. Role of Sexual Function in Prediction of Anxiety, Stress and Depression in Patients with Multiple Sclerosis. *Int J Appl Behav Sci [Internet]*. 2019; 5(3):27-3.
13. Georgia Salivar EJ, Rothman K, Roddy MK, Doss BD. Relative cost effectiveness of in-person and internet interventions for relationship distress. *Family Process*. 2020; 59(1): 66-80.
14. Roddy MK, Nowlan KM, Doss BD, Christensen A. Integrative behavioral couple therapy: Theoretical background, empirical research, and dissemination. *Family Process*. 2016; 55(3): 408-422.
15. Blanchard VL, Hawkins AJ, Baldwin SA, Fawcett EB. Investigating the effects of marriage and relationship education on couples' communication skills: a meta-analytic study. *J of Family Psychology*. 2013; 23(2): 203-215.
16. Blumer MLC, Murphy MJ. Alaskan gay males' couple experiences of societal non-support: Coping through families of choice and therapeutic means. *Contemporary Family Therapy*. 2015; 33(1): 273-290.
17. 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*. 2013; 16(4):430-42.
18. Perissutti C, Barraca J. Integrative Behavioral Couple Therapy vs. Traditional Behavioral Couple Therapy: A theoretical review of the differential effectiveness. *Clínica y Salud*. 2014; 24(1): 11-18.
19. McKay M, Lev A, Skeen M. (2012). Acceptance and commitment therapy for interpersonal problems: Using mindfulness, acceptance, and schema awareness to change interpersonal behaviors. New Harbinger Publications.
20. Roddy MK, Nowlan KM, Doss BD, Christensen A. Integrative behavioral couple therapy: Theoretical background, empirical research, and dissemination. *Family Process* 2016 ;55(3), 408-422.
21. Blanchard, V.L., Hawkins, A.J., Baldwin, S.A., & Fawcett, E.B. Investigating the effects of marriage and relationship education on couples' communication skills: a meta-analytic study. *J of Family Psychology*. 2013; 23(2): 203-215
22. Blumer MLC, Murphy MJ. Alaskan gay males' couple experiences of societal non-support: Coping through families of choice and therapeutic means. *Contemporary Family Therapy*. 2015; 33(1): 273-290
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*. 2013; 30; 16(4):430-42.
24. Perissutti C, Barraca J. Integrative behavioral couple therapy vs. traditional behavioral couple therapy: A theoretical review of the differential effectiveness. *Clinical y Saluda*. 2013; 24(1): 11-18.
25. McKay M, Lev A, Skeen M. Acceptance and commitment therapy for interpersonal problems: Using mindfulness, acceptance, and schema awareness to change interpersonal behaviors. New Harbinger Publications. 2012; 22(2).
26. Lev A, Mckey M. Acceptance and Commitment Therapy for Couples: Using Mindfulness, Values, and Schema Awareness to Rebuild relationships. Translated by: Nejat H, Forutan M. Mashhad: Fara angizesh Publication. 2017; 10-12. [Link].



27. Aalami M, Taimory S, Ahi G. The Effectiveness of an Integrated Approach of Schema Therapy based Acceptance and Commitment Therapy on Marital Conflicts and Divorce Tendency in Divorce Applicant Couples. 2020. [Persian]
28. Veisi S, Mohaghegh H, Yaghoobi A, Shams SS, Pirnia B. Comparison of the effectiveness of two mindfulness and logotherapy methods on anxiety index in chronic daily headache of women with marital conflict: A clinical trial study. *Chronic Diseases Journal*. 2020; 8(2): 78-84.
29. Pirnia B, Pirnia K. Effectiveness of Oxytocin on Reducing Alcohol Consumption and Depression Syndrome in a Patient with Oropharyngeal Carcinoma. *International Journal of Cancer Management* [Internet]. Kowsar Medical Institute. 2018; In Press (In Press).
30. Pirnia B, Homayounfar N, Hosseini N, Ebrahimi F, Haj Sadeghi Z, Malekanmehr P. The Predictive Role of Body Image and Sexual Function in Quality of Life After Modified Radical Mastectomy Regarding the Mediating Role of Emotion; A Cross Sectional Study. *International Journal of Cancer Management* [Internet]. Kowsar Medical Institute. 2020; 13(11).
31. Pirnia B, Khosravani V, Maleki F, Kalbasi R, Pirnia K, Malekanmehr P, et al. The role of childhood maltreatment in cortisol in the hypothalamic-pituitary-adrenal (HPA) axis in methamphetamine-dependent individuals with and without depression comorbidity and suicide attempts. *Journal of Affective Disorders* [Internet]. Elsevier BV. 2020; 263:274-81.
32. Pirnia B, Hamdieh M, Kazemi Ashtiani M, Malekanmehr P, Pirnia K, Zahiroddin A, Sadeghi P. The Effectiveness of Intranasal Oxytocin on Addiction Severity Index and Anhedonia Symptoms in an Alcoholic Case with Oropharyngeal Cancer, a Protocol for a Single-case Experimental Design Pilot Study. *Iranian Journal of Pharmaceutical Research*. 2020; 19(3): 18-23.
33. Harrington, N. Frustration intolerance beliefs: Their relationship with depression, anxiety, and anger, in a clinical population. *Cognitive Therapy and Research*. 2006; 30(6): 699-709.
34. Baba Raissi M, Ali Mehdi M. Accreditation Failed Tolerance Questionnaire. Azamoniari Pouya Institute, Tehran. 2014.
35. Fawers, I. Elson J. Designing a tool to measure marital satisfaction in couples. *Journal Of psychological Information*. 1998; 21(8): 415-391.
36. Arefi M, Nawabinejad SH, Shafiabadi A, Kiamanesh A. Attachment styles, gender and marital satisfaction. *Educational Research Journal of Islamic Azad University, Bojnourd Branch*. 2012; 7(31): 132-117. [Persian]
37. Benson LA, Nguyen TP. Integrative Behavioral Couple Therapy. *Encyclopedia of Couple and Family Therapy* [Internet]. Springer International Publishing. 2019; 1506-13.
38. Christensen A, Atkins DC, Baucom B, Yi J. Marital status and satisfaction five years following a randomized clinical trial comparing traditional versus integrative behavioral couple therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* [Internet]. American Psychological Association (APA). 2010; 78(2): 225-35.



Comparison of the effectiveness of eclectic and integrated behavioral couple therapy based on acceptance and commitment schema on Tolerance of failure and marital satisfaction of women with multiple

Mahboubeh Amirbeik¹, Hossein Akbari Amarghan² *, Elham Fariborzi¹, Hamid Nejat²

1- Department of Educational Sciences and Counseling, Mashhad Branch, Islamic Azad University, Mashhad, Iran.

2- Department of Counseling and Psychology, Quchan Branch, Islamic Azad University, Quchan, Iran.

Original Article

Received: 2 Jan 2021

Accepted: 31 Aug 2021

*Corresponding Author:

Dr. Hossein Akbari
Amarghan, Islamic Azad
University, Quchan, Iran

TEL: +989338169589

Email:

drhakbari54@gmail.com

ABSTRACT

Introduction

Multiple sclerosis is a progressive neurodegenerative disease characterized by chronic demyelination that adversely affects various aspects of a patient's life. Although mental health and marital satisfaction are major indicators of favorable prognosis in progressive neurological disorders such as MS, few psychological interventions have so far been performed in this respect. The aim of this study was to compare the effectiveness of two approaches of couple eclectic behavioral therapy and combined treatment of schema-based on acceptance and commitment on Tolerance of failure and marital satisfaction in women with multiple sclerosis.

Materials and Methods

This pilot randomized trial was carried out. A total of 42 female MS patients along with their husbands were selected using purposive sampling. The participants were assigned to two intervention groups and one control group using randomized block design. Those in the intervention group A and B received 10 weekly sessions of IBCT and ACST, respectively, while members of the control group were placed on a waiting list. The participants completed the Failure tolerance test and Enrich Marital Satisfaction Scale during the pre-test, post-test, and follow-up stages. Data were analyzed using repeated measures of two-way measurements.

Results

The preliminary results indicated that the two interventions significantly improved the patients' marital satisfaction levels in both post-test and follow-up stages (all p-values < 0.05). The secondary results showed no significant difference between the effectiveness of the two treatment methods in improving Failure tolerance and marital satisfaction levels (p-value > 0.05).

Conclusion

The findings confirmed the research background on the positive effects of psychological interventions on MS patients' lives. Using these findings, researchers can design effective clinical interventions for patients with neurodegenerative disorders.

Keywords

Eclectic Behavioral Couple Therapy - Acceptance and Commitment Based Therapy - Schema Therapy - Failure Tolerance - Marital Satisfaction

► **Please cite this article as:** Amirbeik M, Akbari Amarghan H, Fariborzi E, Nejat H. Comparison of the effectiveness of eclectic and integrated behavioral couple therapy based on acceptance and commitment schema on Tolerance of failure and marital satisfaction of women with multiple. J Neyshabur Univ Med Sci 2021;9(3):57-72.