

تأثیر روان‌درمانی بر اساس مدل تبیین‌گر افسردگی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس بر کیفیت زندگی و رضایت‌زناشویی بیماران

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۵/۱۰ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۷/۱۱

خلاصه

مقدمه: اگرچه پژوهش‌های زیادی بیانگر اثرات منفی بیماری مولتیپل اسکلروزیس (MS) بر زندگی بیماران است و درمان‌های بسیاری در این خصوص صورت گرفته، اما هنوز اثربخشی این درمان‌ها چالش برانگیز است. پژوهش حاضر با هدف تأثیر روان‌درمانی بر اساس مدل تبیین‌گر افسردگی در بیماران مبتلا به MS بر رضایت‌زناشویی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا صورت گرفته است.

روش کار: روش پژوهش آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با پیگیری می‌باشد. جامعه آماری پژوهش افراد ۲۰ تا ۵۰ ساله‌ی مبتلا به MS شهرستان همدان در سال ۱۴۰۰ بود که از میان آن‌ها ۳۰ نفر به صورت در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه قرار گرفتند. شرکت کنندگان با پرسش‌نامه‌ی کیفیت زندگی بهداشت جهانی و مقیاس فرم کوتاه رضایت‌زناشویی محرابیان ارزیابی گردیدند. گروه آزمایش تحت ۸ جلسه روان‌درمانی فردی بر اساس مدل تبیین‌گر افسردگی در بیماران مبتلا به MS قرار گرفتند و افراد گروه کنترل هیچ مداخله‌ای را دریافت نکردند. اطلاعات به دست آمده با روش آماری تحلیل کوواریانس چند متغییری تحت نرم‌افزار SPSS-21 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج: نتایج نشان داد که تفاوت معنی‌داری بین پس‌آزمون‌های گروه‌های آزمایش و گواه ($p \leq 0/0001$) وجود دارد. همچنین تفاوت معنی‌دار بین نمرات گروه پیگیری گروه‌های آزمایش و گواه ($p \leq 0/0001$) وجود داشت.

نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش حاضر حاکی از این بود که روان‌درمانی بر اساس مدل تبیین‌گر افسردگی در بیماران مبتلا به MS بر بهبود کیفیت زندگی و افزایش رضایت‌زناشویی این بیماران مؤثر است و می‌توان از این روش در افزایش سلامت روان این بیماران به عنوان درمان سریع‌الاثربهره برد.

کلمات کلیدی: مدل تبیین‌گر افسردگی، کیفیت زندگی، رضایت‌زناشویی، مولتیپل اسکلروزیس (MS)

امیرحسین یآوری^۱

سیدعبدالمجید بحرینیان^{۲*}

مهناز مهرابی‌زاده‌هنرمند^۳

شهرام وزیری^۴

قاسم آهی^۵

^۱ دانشجوی دکتری روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی

بالینی، دانشکده علوم پزشکی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد

اسلامی، بیرجند، ایران

^۲ استاد گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم پزشکی، واحد

بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران (نویسنده مسئول)

^۳ استاد گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روان-

شناسی، اهواز، دانشگاه شهید چمران، اهواز، ایران

^۴ دانشیار گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی، واحد

رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران

^۵ استادیار گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم پزشکی،

واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران

Email: yavari_ah@yahoo.com

مقدمه

مولتیپل اسکلروزیس یا به اختصار **MS** نوعی بیماری خودایمنی و دمیلینه کننده‌ی سیستم عصبی مرکزی (۱) در بزرگسالان و جوانان است (۲). برآوردها در میان زنان و مردان به ترتیب بیانگر شیوع ۱۵۹ و ۴۱۸ مورد در هر یکصد هزار نفر است. زنان ۲/۶ برابر بیشتر از مردان در معرض خطر ابتلا به این بیماری هستند (۳). همچنین افراد سیاه‌پوست، نژاد آسیایی و اسپانیایی در معرض خطر نوع شدیدتر **MS** قرار دارند (۴). اگرچه در ایران شیوع این بیماری بسیار چشمگیر بوده و در حال افزایش است، اما ارقام متفاوتی را در استان‌ها و مناطق گوناگون شاهد هستیم (۵). این بیماری نوعی بیماری عصبی پیش‌رونده و مزمن سیستم عصبی مرکزی است (۶) که به علت یک واکنش خود ایمنی علیه میلین‌های سیستم اعصاب مرکزی ایجاد و باعث میلین‌زدایی التهابی و از دست دادن آکسون می‌شود (۷). این بیماری به سه دسته «عود کننده - فروکش کننده»، «پیش‌رونده اولیه» و «پیش‌رونده ثانویه» دسته‌بندی می‌شود (۶). علائم نوع عود کننده - فروکش کننده شامل اختلالات بینایی، گزگز و بی‌حسی، حملات دوره‌ای خستگی، اختلالات روده‌ای و سیستم ادراری، اسپاستیسیته و اختلال یادگیری و حافظه است. از علائم نوع پیش‌رونده اولیه که تقریباً ۱۰ تا ۱۵ درصد افراد به آن مبتلا هستند، می‌توان به علائم القایی همانند مشکلات راه رفتن، ضعف، سفتی و مشکل در تعادل اشاره نمود. همچنین نوع پیش‌رونده ثانویه، فاز دوم نوع پیش‌رونده اولیه بوده که ۶۵ درصد افراد مبتلا به پیش‌رونده اولیه به آن مبتلا می‌شوند و بیش از انواع دیگر می‌تواند کیفیت زندگی بیماران را تحت تأثیر قرار دهد. علت **MS** هنوز کاملاً شناخته نشده است اما به عواملی همانند مسائل ژنتیکی، محیطی، عفونی، سیگار و کمبود ویتامین اشاره شده است (۸). بروز بیماری در سراسر جهان همراه با تأثیرات اقتصادی و اجتماعی است (۹). علائم مختلف این بیماری تأثیرات مخربی بر عملکرد روزانه بیمار، روابط، توانایی کار و فعالیت‌های اوقات فراغت (۱۰) و کیفیت زندگی بیماران دارد (۱۱). کیفیت زندگی مفهومی پویا، چند سطحی و پیچیده است که منعکس کننده مسائل عینی، ذهنی، کلان اجتماعی و تأثیرات

خرد فردی، مثبت و منفی است که در تعامل با یکدیگر هستند (۱۲) و در مبتلایان به **MS** نظیر هر بیماری مزمن دیگری می‌تواند دستخوش آسیب‌های فراوانی قرار گیرد. یکی دیگر از حوزه‌های دیگر که بیماری **MS** باعث مختل شدن آن می‌شود، رضایت زناشویی است. حدود ۳۰ درصد از بیماران نیازمند حمایت کامل از سوی همسران خود در محیط خانه می‌باشند. این بیماری به روش‌های متعددی همچون مراقبت شبانه‌روزی، کاهش حمایت اجتماعی و پریشانی روان‌شناختی موجب کاهش رضایت زناشویی می‌گردد که نیازمند مداخلات روان‌شناختی است (۱۳). کاهش کیفیت زندگی و رضایت زناشویی از سویی دیگر نیز می‌تواند مانعی برای انجام مراقبت‌های پرستاری، کاهش پیروی از درمان، افزایش هزینه‌های مراقبتی و افزایش فرسودگی شغلی برای اعضای کادر درمان در ارتباط با این بیماران به همراه داشته باشد. در باب این مشکلات بسیاری از پژوهشگران و پزشکان استفاده از داروها را به عنوان خط اول درمان پیشنهاد می‌کنند (۱۴). پژوهش‌های دیگری نیز اثربخشی روان‌درمانی تلفیقی بر بیماران را مورد تأکید قرار می‌دهند (۱۵). به عنوان نمونه یافته‌های پژوهشی بیانگر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود وضعیت روان‌شناختی زنان مبتلا به این بیماری است (۱۳) و مطالعات دیگری بیانگر اثر بخشی روان‌درمانی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش خستگی و افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به **MS** است (۱۶). اگرچه مطالعات زیادی در خصوص روش‌های درمانی دارویی و روان‌درمانی‌های مختلف بر رضایت زناشویی و کیفیت زندگی این بیماران انجام شده است، اما این مداخلات روان‌شناختی با توجه به عوامل به وجود آورنده مشکل در آنان طراحی نشده است. مداخله‌ی صورت گرفته در پژوهش حاضر، یک پروتکل طراحی و آزمون شده (۱۷) بر افسردگی بیماران مبتلا به **MS** است که بر اساس مدل تبیین‌گر افسردگی در این بیماران طراحی شده است. در این مدل عوامل سبب‌ساز افسردگی به ترتیب به سه دسته‌ی عوامل نوروپسیکولوژیکی، عوامل هیجانی و عوامل رفتاری دسته‌بندی و به روش مدل‌سازی معادلات ساختاری مورد

پزشکی در حین انجام پژوهش (۴) دریافت درمان روان‌شناختی در حین انجام پژوهش (۵) رویداد استرس‌زای اخیر (به غیر از بیماری) که شدت قابل توجهی داشته باشد، به عنوان گروه نمونه‌ی پژوهش انتخاب و پس از کسب رضایت آگاهانه، به روش تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و گروه گمارده شدند. گروه آزمایش تحت ۸ جلسه‌ی روان‌درمانی بر اساس مدل تبیین‌گر افسردگی در بیماران مبتلا به MS به صورت هفتگی قرار گرفتند. گروه کنترل هیچگونه مداخله‌ای دریافت نکردند. پژوهش حاضر دارای کد اخلاق به شماره Ir.UMSHA.REC.1400.536 از سامانه ملی اخلاق پژوهش-های زیستی بوده و همچنین از شرکت کنندگان رضایت کتبی آگاهانه دریافت شده است.

ابزار اندازه‌گیری

پرسش‌نامه کیفیت زندگی بهداشت جهانی (۱۹۹۶): این پرسش‌نامه شامل ۲۶ گویه و ۴ خرده‌مقیاس سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط می‌باشد. دو پرسش اول به هیچ‌یک از خرده‌مقیاس‌ها تعلق ندارد و وضعیت سلامت و کیفیت زندگی را به صورت کلی اندازه‌گیری می‌کند. روش نمره‌گذاری به روش لیکرت پنج درجه‌ای از ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۵ (کاملاً موافقم) است. در نتیجه دامنه‌ی کلی نمرات بین ۲۶ تا ۱۳۰ خواهد بود. پایایی این ابزار در مطالعه حکیمی‌نیا و همکارانش به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۵ گزارش شده است (۲۱). در پژوهش حاضر نیز پایایی این پرسش‌نامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ و روایی آن از طریق بررسی همبستگی نمرات با پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی (GHQ-۲۸) (۲۸) ۰/۸۷ ($p < 0/0001$) به دست آمد.

مقیاس رضایت زناشویی: این مقیاس دارای ۱۳ ماده است که توسط محرابیان برای ارزیابی و شناسایی زمینه‌های بالقوه مشکل‌زا و شناسایی زمینه‌های قوت و پربراری رضایت زناشویی ساخته شده است. روش نمره‌گذاری آن به صورت روش لیکرت پنج درجه‌ای از ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۵ (کاملاً موافقم) بوده و دامنه‌ی نمرات این مقیاس بین ۱۳ تا ۶۵ محاسبه شده است. سازنده‌ی مقیاس ضرایب پایایی بازآزمایی آن را بعد

بررسی قرار گرفته است (۱۸). گام‌های پروتکل مذکور نیز بر همین اساس سازمان‌دهی شده است و اثربخشی آن بر روی افسردگی بیماران مبتلا معنی‌دار گزارش شده است (۱۹). از آن-جایی که افسردگی به ویژه در بیماران مبتلا به MS می‌تواند مشکلات ناشی از این بیماری نظیر کاهش رضایت زناشویی و کیفیت‌زندگی را ایجاد و یا تشدید کند، لذا به نظر می‌رسد مداخلات مؤثر بر روی افسردگی این بیماران می‌تواند سبب بهبود در این موارد نیز شود. همچنین با توجه به این موضوع که پروتکل حاضر ویژه‌ی این بیماران بوده و با در نظر گرفتن شرایط جسمانی، مشکلات و مسائل این بیماران طراحی شده است، استفاده‌ی آن توسط بالین‌گران فعال در حیطه بیماری MS سهولت بیشتری خواهد داشت. همچنین سهولت اجرای این پروتکل، برخلاف سایر روان‌درمانی‌های رایج، سبب خواهد شد پرستاران، فیزیوتراپیست‌ها و سایر متخصصان غیر روان‌شناسی که به نوعی با بیماران مبتلا به MS سر و کار دارند، به آسانی بتوانند آن را به کار برند. با توجه به مطالب بیان شده، هدف از پژوهش حاضر، بررسی تأثیر پروتکل روان‌درمانی بر اساس مدل تبیین‌گر افسردگی بر کیفیت زندگی و رضایت زناشویی بیماران مبتلا به MS می‌باشد.

روش کار

این پژوهش یک طرح آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس-آزمون و مرحله پیگیری با گروه کنترل است. جامعه آماری پژوهش حاضر، تمامی افراد ۲۰ تا ۵۰ سال مبتلا به MS شهرستان همدان در سال ۱۴۰۰ می‌باشند که از این بین به پیشنهاد گال و همکاران (۲۰)، تعداد ۳۰ نفر به صورت داوطلبانه و بر اساس ملاک‌های ورود به پژوهش: (۱) تشخیص قطعی بیماری MS متخصصان مغز و اعصاب (۲) سپری شدن دست‌کم شش ماه از آغاز بیماری (۳) قرار داشتن در محدوده‌ی سنی ۲۰ تا ۵۰ سال (۴) متأهل بودن (۵) دست‌کم سطح تحصیلات دیپلم (۶) نداشتن اختلال‌های عمده‌ی روان‌پزشکی (۷) نداشتن مشکلات زناشویی و ملاک‌های خروج از پژوهش: (۱) ابتلا به بیماری جسمی دیگر (۲) ابتلا به اختلالات روانی و رفتاری (۳) دریافت داروهای روان-

هدف پژوهش به صورت کامل برای شرکت کنندگان گروه آزمایش شرح و به آنان اطمینان داده شد که اطلاعات کاملاً محرمانه خواهد ماند و در هر مرحله از پژوهش تمایل به ترک پژوهش را داشتند، ممانعت به عمل نخواهد آمد. سپس در خصوص شیوه پاسخ‌دهی به پرسش‌نامه‌ها به شرکت کنندگان اطلاعات لازم داده شد و اعضاء گروه آزمایش طی هشت جلسه روان‌درمانی فردی ۶۰ دقیقه‌ای به صورت هفتگی تحت شش گام مداخله روان‌شناختی فردی (مشروح در جدول ۱) قرار گرفتند. در این مدت گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد و در پایان طرح از هر دو گروه پس آزمون گرفته شد و به منظور انجام فاز پیگیری پس از یک ماه، مجدداً ابزارهای پژوهش در اختیار هر دو گروه قرار گرفته شد. در نهایت داده‌ها مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

از شش هفته ۰/۸۳ و آلفای کرونباخ را ۰/۹۴ گزارش نموده است. رجعی نیز در پژوهشی ضرایب روایی همزمان این مقیاس را با پرسش‌نامه‌ی رضایت‌زناشویی اینریچ ۰/۸۳ (۰/۸۴) در مردان و ۰/۸۱ (در زنان) و با پرسش‌نامه رضایت از رابطه‌ی فیشر و کورکوران ۰/۸۹ و ضریب پایایی به روش آلفای کرونباخ در کل نمونه را ۰/۹۰ گزارش کرده است (۲۲). در پژوهش حاضر نیز پایایی این مقیاس به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۷ و روایی آن از طریق بررسی همبستگی با پرسش‌نامه رضایت‌زناشویی اینریچ ۰/۹۱ ($p < ۰/۰۰۰۱$) به دست آمده است.

روند اجرای پژوهش

پس از اخذ مجوزهای لازم، توضیحات مورد نیاز و کسب رضایت آگاهانه، تمامی شرکت کنندگان که دارای ملاک‌های ورود و خروج بوده و تمایل به شرکت داشتند، به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. در ابتدا

جدول ۱. شرح جلسات پروتکل روان‌درمانی بر اساس مدل تبیین‌گر افسردگی در بیماران مبتلا به MS

جلسه	گام	عنوان جلسات	شرح
۱	-	شرح اهداف و اجرای پیش‌آزمون‌ها	-
۲	اول	آموزش روانی	<p>۱- آشنایی با بیماری MS؛</p> <p>۲- تشریح آسیب‌های نورولوژیک در بیماران مبتلا به MS به زبان غیرپزشکی؛</p> <p>۳- بررسی و آموزش علائم شایع جسمانی در بیماران مبتلا به MS؛</p> <p>۴- بررسی و آموزش علائم شایع رفتاری و روانی در بیماران مبتلا به MS؛</p> <p>۵- آموزش ارتباط آسیب‌پذیری و استرس در اختلالات روان‌شناختی؛</p> <p>۶- آموزش مفهوم هیجان و اختلالات هیجانی؛</p> <p>۷- آموزش مفهوم کنارآمدن و سازگاری با بیماری‌های مزمن؛</p> <p>۸- آموزش علل شایع خستگی و کاهش انرژی؛</p> <p>۹- آموزش خلق و تشریح اختلالات افسردگی و علائم آن و</p> <p>۱۰- آموزش و بررسی روابط بین آسیب‌های نورولوژیک، مشکلات هیجانی، مشکلات رفتاری و کاهش خلق در بیماران مبتلا به MS و بررسی لزوم روان‌درمانی در بیماران مبتلا به MS با علائم افسردگی.</p>
۳	دوم	مداخلات نوروپسیکولوژیکی	<p>۱- تکلیف مکعب‌های رنگی و</p> <p>۲- تکلیف برج لندن</p> <p>۱- شناخت هیجان‌های اصلی پنج‌گانه: شادی، غم، خشم، ترس و تعجب؛</p> <p>۲- پیش‌آیندها؛ موقعیت‌های بروز؛ بروز چهره‌ای و رفتاری و نام‌گذاری هر کدام از هیجان‌ها؛</p> <p>۳- شناخت هیجان‌ها و پاسخ‌های هیجانی اختصاصی خود؛</p> <p>۴- شناخت هیجان‌ها و پاسخ‌های هیجانی دیگران و</p> <p>۵- تنظیم هیجان‌ها و پاسخ‌های هیجانی اختصاصی خود با تأکید بر مباحث آسیب‌پذیری روان-</p>
۴	سوم	مداخلات تنظیم هیجان	

شناختی.

۱- تعریف و بررسی تفاوت «کنارآمدن مشکل‌مدار» و «کنارآمدن هیجان‌مدار»؛			
۲- بررسی سازوکارهای کنارآمدن درمانجو در برابر بیماری MS؛			
۳- دسته‌بندی سازوکارهای به کار رفته در نوع «مشکل‌مدار» و «هیجان‌مدار» و بررسی مشکلات و دشواری‌های ناشی از به کارگیری هرکدام؛	۵	چهارم	مداخلات رفتاری مبتنی بر کنارآمدن
۴- بررسی موانع تبدیل سازوکارهای «کنارآمدن هیجان‌مدار» به «کنارآمدن مشکل‌مدار» و			
۵- تلاش برای تبدیل سازوکارهای «کنارآمدن هیجان‌مدار» به «کنارآمدن مشکل‌مدار» با توجه به پس‌زمینه‌ی زندگی درمانجو.			
۱- آموزش ذهن‌آگاهی و تمرکز بر زمان حال؛			
۲- بررسی تمایلات رفتاری با توجه به محدودیت‌های ناشی از علائم جسمانی بیماری (چه کاری را الان تمایل دارید انجام دهید؟)؛			
۳- بررسی توانایی‌های رفتاری در موارد مرحله‌ی دوم (کدام یک از مواردی که تمایل دارید را می‌توانید الان با هر کیفیتی انجام دهید؟)؛	۶	پنجم	مداخلات رفتاری مبتنی بر علائم جسمانی
۴- بررسی موانع انجام رفتارهای مرحله‌ی سوم و کشف و تقویت محرک‌های رفتارهای مرحله‌ی سوم.			
در این گام به بررسی تمرین‌ها، آموزش‌ها و تکنیک‌های درمانی گام‌های پیش و همچنین میزان تغییرات بالینی افراد در علائم و نشانه‌های افسردگی پرداخته می‌شود.	۷	ششم	جمع‌بندی
در این جلسه از شرکت‌کنندگان پس‌آزمون گرفته شد.	۸	-	اجرای پس‌آزمون‌ها

روش آماری

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS-21 با روش‌های آمار توصیفی همانند میانگین و انحراف معیار و تحلیل کوواریانس چند متغیری انجام گشت.

نتایج

میانگین (انحراف معیار) نمرات پرسش‌نامه کیفیت‌زندگی شرکت‌کنندگان در فازهای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گروه آزمایش به ترتیب ۴۶/۵۰ (۵/۷۱)، ۸۶/۲۶ (۷/۸۲) و ۸۶/۴۰ (۸/۶۳) و در گروه گواه به ترتیب ۵۰/۸۰ (۵/۸۵)، ۵۱/۰۶ (۶/۰۸) و ۵۱/۵۳ (۶/۳۴) است. همچنین میانگین (انحراف معیار) نمرات مقیاس رضایت زناشویی شرکت‌کنندگان در فازهای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گروه آزمایش به ترتیب ۳۱/۳۳ (۵/۸۶)، ۴۹/۶۰ (۸/۵۵) و ۴۹/۴۰ (۸/۰۸) و در گروه گواه به ترتیب ۳۰/۶۶ (۶/۳۰)، ۳۰/۸۰ (۵/۹۰) و ۳۱/۲۰ (۶/۵۳) است (جدول ۱). میانگین (انحراف معیار) سن افراد گروه

آزمایش و گواه به ترتیب ۳۸/۶۶ (۴/۵۶) و ۳۸/۵۳ (۸/۰۷) بود. از آنجایی که نرمال بودن توزیع نمرات و همچنین همگنی واریانس نمرات از مفروضه‌های تحلیل کوواریانس است، ابتدا آزمون کلوموگروف-اسمیرونف و آزمون لوین بر روی نمرات پیش‌آزمون کیفیت‌زندگی و رضایت زناشویی اجرا گردید. نتایج آزمون کلوموگروف-اسمیرونف (جدول ۲) بیانگر نرمال بودن داده‌ها و نتایج آزمون لوین (جدول ۳) حاکی از همگنی واریانس‌ها در مرحله پیش‌آزمون است.

نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون کیفیت‌زندگی و رضایت‌زناشویی افراد گروه آزمایش و گواه با کنترل پیش‌آزمون در جدول ۴ آمده است. همانگونه که در این جدول مشاهده می‌شود، بین متغیرهای رضایت زناشویی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به MS تفاوت معنی‌دار وجود دارد. بر این اساس می‌توان بیان داشت مداخله‌ی روان‌شناختی پژوهش حاضر دست‌کم بر یکی از متغیرهای وابسته تأثیر دارد. جهت بررسی تأثیرپذیری هرکدام از متغیرهای وابسته (کیفیت زندگی و رضایت زناشویی) در مرحله پس-

مداخله روان‌درمانی پژوهش حاضر دست کم بر یکی از دو متغیر وابسته پژوهش (کیفیت زندگی و رضایت زناشویی)، ماندگار است. جهت بررسی ماندگاری تأثیر روان‌درمانی بر هر کدام از متغیرهای وابسته (کیفیت زندگی و رضایت زناشویی) در مرحله پیگیری، به طور جداگانه دو تحلیل کوواریانس یک‌راهه (یک عاملی) در متن مانکوا با کنترل پیش‌آزمون انجام گرفته است که نتایج آن در جدول ۷ آمده است. این نتایج حاکی از ماندگاری اثر مداخله پژوهش حاضر بر هر دو متغیر وابسته پژوهش است.

آزمون، به طور جداگانه دو تحلیل کوواریانس یک‌راهه (یک عاملی) در متن مانکوا با کنترل پیش‌آزمون انجام گرفته است که نتایج آن در جدول ۵ آمده است. این نتایج حاکی از آن است مداخله پژوهش حاضر بر هر دو متغیر وابسته پژوهش تأثیر معنی‌دار دارد.

همچنین جهت بررسی ماندگاری تأثیر روان‌درمانی مورد مداخله، یک تحلیل کوواریانس چندمتغیری روی میانگین نمره-های پیگیری کیفیت زندگی و رضایت‌زناشویی افراد گروه آزمایش و گواه با کنترل پیش‌آزمون آمده است (جدول ۶). معنی‌داری نتایج این تحلیل کوواریانس نشان می‌دهد که اثرات

جدول (۱): میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در گروه‌های کنترل، آزمایش

متغیرها	موقعیت	گروه آزمایش	گروه گواه
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین
پیش‌آزمون	۴۶/۵۰	۵/۷۱	۵۰/۸۰
کیفیت زندگی	۸۶/۲۶	۷/۸۲	۵۱/۰۶
پیگیری	۴۰/۸۶	۸/۶۳	۵۱/۵۳
پیش‌آزمون	۳۱/۳۳	۵/۸۶	۳۰/۶۶
رضایت زناشویی	۴۹/۶۰	۸/۵۵	۳۰/۸۰
پیگیری	۴۹/۴۰	۸/۰۸	۳۱/۲۰

جدول (۲): نتایج آزمون کلوموگروف-اسمیروف بر روی نمرات رضایت زناشویی و کیفیت زندگی در مرحله پیش‌آزمون

متغیرها	آماره Z	سطح معنی‌داری	تعداد آزمودنی
کیفیت زندگی (پیش‌آزمون)	۰/۹۴	۰/۳۳	۳۰
رضایت زناشویی (پیش‌آزمون)	۱/۰۸	۰/۱۹	۳۰

جدول (۳): نتایج آزمون لوین بر روی نمرات رضایت زناشویی و کیفیت زندگی در مرحله پیش آزمون

متغیرها	آماره F	سطح معنی داری	تعداد آزمودنی
کیفیت زندگی (پیش آزمون)	۰/۰۳	۰/۸۴	۳۰
رضایت زناشویی (پیش آزمون)	۰/۴۲	۰/۵۱	۳۰

جدول (۴): نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری روی میانگین نمرات پس آزمون کیفیت زندگی و رضایت زناشویی گروه آزمایش و گواه با کنترل پیش-آزمون

نوع اثر	نام آزمون	ارزش	F	df فرضیه	df خطا	سطح معنی داری
پیش-آزمون	اثر پیلایی	۰/۹۷	۴۸۵/۹۱	۲	۲۵	$\leq ۰/۰۰۰۱$
	لامبدای ویلکز	۰/۰۲	۴۸۵/۹۱	۲	۲۵	$\leq ۰/۰۰۰۱$
	اثر هتلینگ	۳۸/۸۷	۴۸۵/۹۱	۲	۲۵	$\leq ۰/۰۰۰۱$
	بزرگترین ریشه روی	۳۸/۸۷	۴۸۵/۹۱	۲	۲۵	$\leq ۰/۰۰۰۱$

جدول (۵): نتایج تحلیل کوواریانس یک‌راهه در متن مانکوا جهت مقایسه میانگین نمرات پس آزمون کیفیت زندگی و رضایت زناشویی گروه آزمایش و گواه با کنترل پس آزمون

متغیرهای وابسته	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری
کیفیت زندگی	۹۹۶۹/۶۵	۳	۳۳۲۳/۲۲	۱۲۳/۶	$\leq ۰/۰۰۰۱$
رضایت زناشویی	۳۹۹۳/۶۲	۳	۱۳۳۱/۲	۲۰۴/۵۹	$\leq ۰/۰۰۰۱$

جدول (۶): نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری روی میانگین نمرات پیگیری کیفیت زندگی و رضایت زناشویی گروه آزمایش و گواه با کنترل پیش آزمون

نوع اثر	نام آزمون	ارزش	F	df فرضیه	df خطا	سطح معنی داری
پیش-آزمون	اثر پیلایی	۰/۹۶	۳۷۷/۶۹	۲	۲۵	$\leq ۰/۰۰۰۱$
	لامبدای ویلکز	۰/۰۳	۳۷۷/۶۹	۲	۲۵	$\leq ۰/۰۰۰۱$
	اثر هتلینگ	۳۰/۲۱	۳۷۷/۶۹	۲	۲۵	$\leq ۰/۰۰۰۱$
	بزرگترین ریشه روی	۳۰/۲۱	۳۷۷/۶۹	۲	۲۵	$\leq ۰/۰۰۰۱$

جدول (۷): نتایج تحلیل کوواریانس یک‌راهه در متن مانکوا جهت مقایسه میانگین نمرات پیگیری کیفیت زندگی و رضایت‌ناشویی گروه آزمایش و گواه با کنترل پس‌آزمون

متغیرهای وابسته	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری
کیفیت زندگی	۹۸۲۹/۳	۳	۳۲۷۶/۴۳	۹۵/۱۱	≤۰/۰۰۰۱
رضایت‌ناشویی	۳۸۰۸/۷۱	۳	۱۲۶۹/۵۷	۱۷۴/۱۱	≤۰/۰۰۰۱

بحث و نتیجه‌گیری

اگرچه پژوهش‌های زیادی بیانگر این است که بیماری MS می‌تواند موجب اختلال در عملکرد اجتماعی و زوال شناختی مبتلایان شود (۲۳) و به همین سبب پژوهش‌های زیادی در خصوص درمان‌های دارویی (۲۴) و روان‌شناختی (۲۵) در این بیماران صورت گرفته، اما هنوز میزان اثربخشی درمان‌های انجام شده چالش برانگیز است. از سویی دیگر بررسی اثربخشی پروتکل‌های روان‌درمانی ویژه‌ی این بیماران به منظور گسترش پهنه فعالیت آن‌ها به صورت محدود انجام شده است، از این رو هدف این پژوهش تأثیر روان‌درمانی بر اساس مدل تبیین‌گر افسردگی در بیماران مبتلا به MS بر رضایت‌ناشویی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا بود. نتایج این پژوهش نشان می‌دهد روان‌درمانی بر اساس این مدل بر رضایت‌ناشویی و کیفیت زندگی این بیماران مؤثر است. این نتایج با نتایج پژوهشی تحت عنوان اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پریشانی روان‌شناختی، رضایت‌ناشویی و کیفیت زندگی در زنان مبتلا به بیماری MS از بابت تأثیرپذیری این دو مؤلفه از مداخلات روان‌درمانی، هم‌سو است (۱۳). در همین راستا نتایج همسوی پژوهش‌های بسیاری نیز مؤید تأثیرگذاری رویکردهای مختلف روان‌درمانی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به MS است (۲۶)؛ ۲۷ و ۲۸). همچنین گزارش نتایج پژوهش‌های دیگر بیانگر تأثیر هیپنوتیزم درمانی شناختی (۲۹) و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (۳۰) بر رضایت‌ناشویی زوجین مبتلا و کاهش پریشانی بین فردی بین زوجین است. حتی در پژوهش‌هایی، تأثیر مداخلاتی

غیر از روان‌درمانی نظیر برنامه غنی سازی روابط زوجین بر دلزدگی رابطه‌ناشویی از دیدگاه همسران بیماران مبتلا به MS و افزایش کیفیت رابطه‌ناشویی آنان را مطرح شده است (۳۱). بنابراین به نوعی می‌توان گفت درمان‌ها و مداخلات روان‌شناختی باعث اثرگذاری بر شادکامی، روابط جنسی، تغییرات شخصیتی و شناختی شده و می‌تواند سبب افزایش کیفیت زندگی و رضایت‌ناشویی در بیماران مبتلا به MS می‌شود (۱۳). در پژوهش حاضر نیز به نظر می‌رسد که اثربخشی مداخله صورت گرفته بر روی افسردگی بیماران MS، توانسته است با اصلاح کاهش خلق سبب افزایش کیفیت زندگی و رضایت‌ناشویی آنان شود و از آنجایی که این اثربخشی با میانجی‌گری افزایش خلق صورت می‌پذیرد، احتمالاً ماندگاری درمان بیشتر از سایر مداخلات باشد، اگرچه مقایسه‌ی اثربخشی این روش درمان با سایر درمان‌های دیگر طی پژوهش‌های دیگر می‌بایست بررسی شود. به هر صورت، به نظر می‌رسد پروتکل حاضر، از آنجایی که ویژه‌ی این بیماران طراحی شده است، کاربرد آن برای بالین‌گران در ارتباط با آنان آسان‌تر و برای بیماران نیز جذاب‌تر باشد.

در این پژوهش به منظور زمینه‌یابی از پرسش‌نامه استفاده گردید، در نتیجه ممکن است برخی از افراد از ارائه پاسخ واقعی خودداری کرده و یا پاسخ غیر واقعی داده باشند. ضمناً از دیگر محدودیت‌ها می‌توان به محدود بودن تعداد نمونه‌ها و همچنین محدود بودن تعداد نمونه‌ها به شهر همدان اشاره نمود. لذا با توجه به محدودیت‌های اشاره شده، پیشنهاد می‌گردد پژوهش-

از این روان‌درمانی می‌توان در افزایش سلامت روان این بیماران به عنوان درمان سریع‌الاثربهره برده شود.

تشکر و قدردانی

این پژوهش برگرفته از رساله‌ی دکترای تخصصی (Ph. D.) روان‌شناسی بالینی در دانشگاه آزاد اسلامی واحد بیرجند می‌باشد. پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند که بدین وسیله تقدیر و تشکر خود را از مسئولان محترم دانشگاه مذکور و همچنین بیماران گرامی مبتلا به MS که در پژوهش حاضر شرکت کردند اعلام دارند.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان مقاله حاضر فاقد هرگونه تعارض منافع بوده است.

های مشابه در نمونه‌های گسترده‌تری انجام شود تا با اطمینان بیشتری بتوان نتایج را به جامعه تعمیم داد. نتایج حاصل از این پژوهش می‌تواند در پیش‌مدیریت و پذیرش درمان‌های صورت گرفته کاربرد فراوانی داشته باشد، اگرچه تحقیقات زیادی لازم است تا میزان اثربخشی درمان‌ها و مقایسه‌ی آن‌ها با یکدیگر را مورد سنجش قرار دهد.

در مجموع، یافته‌های به دست آمده بیانگر آن است که بیماران مبتلا به MS که تحت روان‌درمانی بر اساس مدل تبیین‌گر افسردگی قرار گرفته‌اند، کیفیت زندگی و رضایت زناشویی آنان تحت تأثیر تغییرات مثبت و معنی‌دار قرار گرفته است. تعارضات زناشویی می‌تواند دارای تبعات بسیاری باشد در نتیجه

References

1. Wang, X., Wan, J., Wang, M., Zhang, Y., Wu, K., & Yang, F. Multiple sclerosis and inflammatory bowel disease: A systematic review and meta-analysis. *Annals of Clinical and Translational Neurology* 2022; 9(2): 132-140.
2. Filippi M, Bar-Or A, Piehl F, Preziosa P, Solari A, Vukusic S, Rocca MA. Multiple sclerosis. *Nature reviews Disease primers* 2018; 4(1): 1-27.
3. Gilmour H, Ramage-Morin PL, Wong SL. Multiple sclerosis: prevalence and impact. *Health Reports* 2018; 29(1): 3-8.
4. Ward M, Goldman MD. Epidemiology and pathophysiology of multiple sclerosis. *CONTINUUM: Lifelong Learning in Neurology* 2022; 28(4): 988-1005.
5. Azami M, YektaKooshali MH, Shohani M, Khorshidi A, Mahmudi L. Epidemiology of multiple sclerosis in Iran: A systematic review and meta-analysis. *PloS one* 2019; 14(4): e0214738.
6. Arneith B, Kraus J. Laboratory biomarkers of Multiple Sclerosis (MS). *Clinical Biochemistry* 2022; 99: 1-8.
7. Solaro C, Cella M, Signori A, Martinelli V, Radaelli M, Centonze D, Bonavita S. Identifying neuropathic pain in patients with multiple sclerosis: a cross sectional multicenter study using highly specific criteria. *Journal of Neurology* 2018; 265(4): 828-835.
8. Ghasemi N, Razavi S, Nikzad E. Multiple sclerosis: pathogenesis, symptoms, diagnoses and cell-based therapy. *Cell Journal (Yakhteh)* 2017; 19(1): 1-10.
9. Dobson R, Giovannoni, G. Multiple sclerosis—a review. *European Journal of Neurology* 2019; 26(1): 27-40.
10. Balaghi Inaloo F, Askari R, Haghighi AH, Kashani K, Friedemann P. Comparison of Home-based and Outdoor Pilates training on Vitamin D, severity of Fatigue, and Quality of Life in Women with Multiple Sclerosis. *Daneshvar Medicine* 2022; 30(5): 37-48. (Persian)
11. Wills OC, Probst YC. Understanding lifestyle self-management regimens that improve the life quality of people living with multiple sclerosis: a systematic review and meta-analysis. *Health and Quality of Life Outcomes* 2022; 20(1): 1-28.
12. Van Leeuwen KM, van Loon MS, van Nes FA, Bosmans JE, De Vet HCW, Ket JCF, Widdershoven GAM, Ostelo RWJG. What does quality of life mean to older adults? A thematic synthesis. *PloS one* 2019; 14(3): e0213263.
13. Shakernejad S, Moazen N, Hamidi M, Hashemi R, Bazzazzadeh N, Bodaghi M. Effectiveness of acceptance and commitment therapy on psychological distress, marital satisfaction and quality of life in women with multiple sclerosis. *Journal of Health and Care* 2017; (19)1: 7-17. (Persian)
14. Hauser SL, Cree BA. Treatment of multiple sclerosis: a review. *The American journal of medicine* 2020; 133(12): 1380-1390.
15. Proctor BJ, Moghaddam N, Vogt W, Das Nair R. Telephone psychotherapy in multiple sclerosis: A systematic review and meta-analysis. *Rehabilitation psychology* 2018; 63(1): 16.
16. Rezaeian Langroodi R, Ghiasian M, Roozbehani M, Shamsaei F. Comparison of the Effectiveness of Yoga and Psychotherapy group Therapy Based on Acceptance and Commitment on Fatigue and Quality of Life of Multiple Sclerosis Patients. *Avicenna Journal of Nursing and Midwifery Care* 2020; 28(4): 63-73.
17. Yavari AH. Design and Clinical Trial of Depression Psychotherapy Protocol Based on the Yavari Theoretical Model in Multiple Sclerosis Patients [The Explanatory Model of Depression in Multiple Sclerosis Patients]. [thesis]. Birjand: Islamic Azad University, Birjand Branch; underpress. (Persian)
18. Yavari AH. Design and Testing a Model of Neuropsychopathological, Emotional and Behavioral Variables as Precedents of Depression in Multiple Sclerosis (MS) patients. [dissertation]. Shiraz: Shiraz University; 2012. (Persian).
19. Yavari AH, Bahreinian SA, Mehrabizadeh Honarmand M, Vaziri SH, Ahi G. Design and Clinical Trial of Depression Psychotherapy Protocol Based on the Explanatory Model of Depression in Multiple Sclerosis Patients. *Psychological Achievements*. Inpress 2024. (persian)
20. Gall MD, Borg WR, Gall JP. Educational Research, An Introduction. London: Longman Publishing; 2003.
21. Hakiminya B, Poorafkari N, Ghafari D. Factors affecting quality of life with emphasis on social intelligence and social health (the case of Kermanshah city). *Journal of Applied Sociology* 2017; 28(2): 163-178. (Persian)

22. Rajabi Gh. Factor structure of Satisfaction Scale in married employees of Shahid Chamran University. *Journal of Psychiatry and Clinical Psychology* 2009; 15 (4): 351-358. (Persian)
23. Bora E, Özakbaş S, Velakoulis D, Walterfang M. Social cognition in multiple sclerosis: a meta-analysis. *Neuropsychology Review* 2016; 26(2): 160-172.
24. McGinley MP, Goldschmidt CH, Rae-Grant AD. Diagnosis and treatment of multiple sclerosis: a review. *JAMA* 2021; 325(8): 765-779.
25. Zarotti N, Eccles F, Broyd, A, Longinotti C, Mobley A, Simpson, J. Third wave cognitive behavioural therapies for people with multiple sclerosis: a scoping review. *Disability and Rehabilitation* 2022; 1-16.
26. Karimi M, Thani FN, Naqsh Z, Ghazaghi T. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Cognitive-Behavioral Therapy in Enhancing Resiliency and Quality of Life Among Multiple Sclerosis Patients: A Randomized Clinical Trial Study. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences* 2022; 16(1): e107467.
27. Hajibabaei M, Kajbaf B, Esmaeili M, Harirchian MH, Montazeri A. Impact of an Existential-Spiritual Intervention Compared with a Cognitive-Behavioral Therapy on Quality of Life and Meaning in Life among Women with Multiple Sclerosis. *Iranian journal of psychiatry* 2020; 15(4): 322-330.
28. Sabagh Kermani L, Fazilat-Pour M, Mousavi-Nasab SMH, Ebrahimi Mimand HA. Effectiveness of mindfulness integrated cognitive behavioral therapy on the emotional states and quality of life of patients with multiple sclerosis: A clinical trial study. *Koomesh* 2020; 22(3): 446-451. (Persian)
29. Janbaz Fereydooni K, Bazzazian S, Pourasghar M, Jafar P. The effectiveness of cognitive hypnosis therapy on women's sexual desire and marital satisfaction. *Preventive Counseling* 2022; 3(1): 71-88.
30. Peterson BD, Eifert GH, Feingold T, Davidson S. Using acceptance and commitment therapy to treat distressed couples: A case study with two couples. *Cognitive and Behavioral Practice* 2009; 16(4): 430-442.
31. Navidian A, Rezaee N, Shakiba M, Baniasadi F. Effect of a couples' relationship enrichment program on the couple burnout from the perspective of spouses of patients with multiple sclerosis. *Iran Journal of Nursing* 2017; 30(109): 44-53.

Original Article

The effect of psychotherapy based on the explanatory model of depression in patients with multiple sclerosis on the quality of life and marital satisfaction of patients

Received: 01/08/2021 - Accepted: 03/10/2021

Amirhossein Yavari¹
Seyed Abdolmajid Bahrainian^{2*}
Mahnaz Mehrabizadeh Honarmand³
Shahram Vaziri⁴
Ghahsem Ahi⁵

¹ Ph. D. Student in clinical Psychology. Clinical Psychology Department, Medical Science Faculty, Birjand Branch. Islamic Azad University, Birjand, Iran.

² Professor in Clinical Psychology. Clinical Psychology Department, Medical Science Faculty, Birjand Branch. Islamic Azad University, Birjand, Iran. (Corresponding Author)

³ Professor in Clinical Psychology. Clinical Psychology Department, Education & Psychology Faculty, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran.

⁴ Associate Professor in Clinical Psychology. Clinical Psychology Department, Psychology Faculty, Roudehen Branch. Islamic Azad University, Roudehen, Iran.

⁵ Assistant Professor in Clinical Psychology. Clinical Psychology Department, Medical Science Faculty, Birjand Branch. Islamic Azad University, Birjand, Iran

Email: yavari_ah@yahoo.com

Abstract

Introduction: Although many researches show the negative effects of MS on the lives of patients and many treatments have been carried out in this regard, but the effectiveness of the treatments is still challenging. Therefore, the aim of present study was to study the effect of psychotherapy based on the explanatory model of depression in MS patients on quality of life and marital satisfaction of affected patients.

Methods: The research method was experimental pre-test post-test type with follow-up phase. Statistical population of this study was all the people aged 20 to 50 years old with MS in Hamedan city in 2021. 30 people of that population were randomly selected in 2 groups of 10 people (experimental group and control group). The participants in all three stages were evaluated with the Global Health Quality of Life questionnaire and short form of Mehrabian Marital Satisfaction scale. The experimental group received 8 sessions of individual psychotherapy based on the explanatory model of depression in patients with MS and the control group did not receive any intervention.

Results: Data was analyzed by the statistical method of multivariate covariance analysis in SPSS-21 software. Findings showed that there was a significant difference between the post-tests of the experimental and control groups ($p < 0.05$).

Conclusion: Results of the this study indicated that psychotherapy based on the explanatory model of depression in patients with MS is effective in improving the quality of life and increasing marital satisfaction, This method can be used to increase the mental health of these patients as a fast-acting treatment.

Keywords: Explanatory Model of Depression, Quality of life, Marital Satisfaction, Multiple Sclerosis (MS)