

فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی

سال چهاردهم شماره ۵۶ زمستان ۱۳۹۸

**مقایسه اثربخشی آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی و ادراک درد در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس: پیگیری ۲ ماهه**

افسانه درتاج<sup>۱\*</sup>، مهناز علی اکبری دهکردی<sup>۲</sup>، عبدالرضا ناصر مقدسی<sup>۳</sup>، احمد علی پور<sup>۴</sup>

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

۲. استاد، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

۳. استادیار، متخصص مغز و اعصاب، مرکز تحقیقات ام اس، انستیتو تحقیقات علوم اعصاب، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۴. استاد، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۰۹/۱۵

تاریخ وصول: ۱۳۹۸/۰۳/۰۴

### چکیده

هدف از این پژوهش مقایسه اثربخشی آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی و ادراک درد در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (ام اس) بود. روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دو ماهه با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل تمامی بیماران زن مبتلا به ام اس عود کننده- بهبود یافته مراجعه‌کننده به مرکز تحقیقات ام اس دانشگاه علوم پزشکی تهران در بیمارستان سینا بود. ۳۰ بیمار با نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (هر گروه ۱۰ بیمار) و یک گروه کنترل (۱۰ بیمار) گمارده شدند. یکی از گروه‌های آزمایش تحت آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری و گروه آزمایش دوم تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفت. شرکت‌کنندگان به پرسشنامه تحمل پریشانی و پرسشنامه چندوجهی درد وست هاون-بیل پاسخ دادند. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در نرم‌افزار SPSS-22 تحلیل شدند. نتایج نشان داد که هم آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری و هم درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به طور معناداری باعث افزایش تحمل پریشانی، ادراک تأثیر افراد مهم، و انجام فعالیت‌های روزانه همچنین کاهش شدت درد در پس‌آزمون و پیگیری شدند. هم‌چنین، بین میزان اثربخشی آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر روی متغیرها تفاوت معناداری وجود نداشت. در کل، این درمان‌ها می‌توانند برای بهبود ادراک درد و تحمل پریشانی در بیماران مبتلا به ام اس مفید باشند.

**واژگان کلیدی:** آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری؛ درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد؛ تحمل پریشانی؛ ادراک درد؛ ام اس

## مقدمه

بیماری ام‌اس یا مولتیپل اسکلروزیس<sup>۱</sup> بیماری التهابی سیستم عصبی مرکزی است که باعث تخریب غلاف میلین در مغز و طناب نخاعی می‌شود. این بیماری در بزرگسالان جوان شیوع دارد و در زنان بیشتر از مردان است و باعث اختلال در سیستم حسی شامل کرختی یا پارسستی؛ اختلال در عملکرد حرکتی شامل ضعف یا اسپاسم و فلجی؛ اختلال در سیستم بینایی نظیر دوبینی، تاری دید، اختلال در حرکات هماهنگ چشم؛ اختلال در عملکرد روده و مثانه؛ اختلالات شناختی و خستگی (جوزف،<sup>۲</sup> ۲۰۱۹)، و اختلالات روانی (اسماعیلی و حسینی، ۱۳۸۷) می‌شود. تحمل پریشانی<sup>۳</sup> از متغیرهای مهم در این بیماری می‌باشد (شناگوی محرر و حسین‌زاده، ۱۳۹۶) و به عنوان یک سازه فراهیجانی به ظرفیت تجربه و تحمل کردن حالات روان‌شناختی منفی اشاره دارد و ممکن است نتیجه فرایندهای شناختی یا جسمانی باشد که به صورت یک حالت هیجانی ظاهر می‌شود (سیمونز و گاهر،<sup>۴</sup> ۲۰۰۵). افرادی که تحمل پریشانی پایینی دارند، هیجان را غیرقابل تحمل می‌دانند، توانایی حل پریشانی خود را ندارند، و وجود هیجان را انکار می‌کنند و از آن احساس آشفتگی می‌کنند. این افراد چون در خود توانایی مقابله با هیجانات را نمی‌بینند، تلاش زیادی در جهت جلوگیری از بروز هیجانات منفی انجام می‌دهند و سعی در خاموشی سریع هیجانات منفی در حال تجربه دارند (شمس، عزیزی و میرزایی، ۱۳۸۹). بنابراین، بالا بودن تحمل پریشانی می‌تواند نقطه مثبتی برای غلبه بر استرسورهای زندگی در این بیماران باشد. ادراک درد<sup>۵</sup> از دیگر متغیرهای مهم در این بیماری است. درد نوعی تجربه روانی و احساسی ناخوشایند است که با تخریب واقعی یا بالقوه بافت همراه است و به صورت حاد و مزمن است (ملزاک و وال،<sup>۶</sup> ۲۰۱۶). درد از علایم ناراحت‌کننده ام‌اس است که در متون پزشکی کمتر مورد توجه قرار گرفته است، ولی مطالعات نشان داده‌اند که درد در این بیماران،

1-Multiple Sclerosis (MS)

2-Joseph

3-Distress tolerance

4- Simons &amp; Gaher

5-Perception of pain

6- Melzack &amp; Wall

علامت شایعی است (بورکیل<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۹). درد ناشی از ام اس را مربوط به آسیب اعصاب، دمیالینیزاسیون، ضعف اسپاسم و عدم هماهنگی عضلات و استخوان‌ها می‌دانند که در کل بدن به صورتهای حاد و مزمن تجربه می‌شود (کاهرم، اوزدوگار، ارتکین، و اوزاکباس<sup>۲</sup>، ۲۰۱۹).

جهت بهبود تحمل پریشانی و ادراک درد در این بیماران، انجام برنامه‌های درمانی نظیر مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری<sup>۳</sup> و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد<sup>۴</sup> ضروری است. مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری ترکیبی از تکنیک‌های آرمیدگی و شناختی-رفتاری است و بیشتر برای افراد درگیر با استرس ناشی از بیماری‌های جسمی ایجاد شده است. این درمان از طریق تکنیک‌هایی نظیر آموزش آرمیدگی، مراقبه و پسخوراند زیستی باعث کاهش استرس و مقابله مؤثر در برابر مشکلات در بیماران مبتلا به ام اس می‌شود (آناگنوستولی، بابیلی، کروسون، آرمیادیس، و دارویری<sup>۵</sup>، ۲۰۱۹). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک رفتار درمانی موج سوم اثربخش در بیماران ام اس است (پاکنهام، اسکوت و پوسلی<sup>۶</sup>، ۲۰۱۸؛ مارتین<sup>۷</sup>، ۲۰۱۸) و در سال ۱۹۸۶ توسط هایز<sup>۸</sup> ایجاد شد و به دنبال رویکرد رویکرد تغییر افکار و احساسات به جای تغییر شکل محتوا یا فراوانی آن‌ها است (بننت و اولیور<sup>۹</sup>، ۲۰۱۹) و از طریق شش فرآیند شامل پذیرش، گسلش، خود به‌عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزش‌ها، و عمل متعهدانه منجر به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌شود (هایز، لوما، بوند، ماسودا و لیلیس<sup>۱۰</sup>، ۲۰۰۶). تحقیقات نشان داده‌اند که مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری در کاهش افسردگی، تنیدگی و خستگی مزمن، افزایش توانایی جسمانی و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به ام اس (غفاری، احمدی، نبوی و معماریان، ۱۳۸۷؛

1- Burkill

2-Kahraman, Özdoğar, Ertekin, &amp; Özakbaş

3-Cognitive-Behavioral Stress Management (CBSM)

4-Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

5-Anagnostouli, Babili, Chrousos, Artemiadis, &amp; Darviri

6-Pakenham, Scott, &amp; Uccelli

7-Martin

8-Hayes

9-Bennett &amp; Oliver

10-Luoma, Bond, Masuda, &amp; Lillis

آناگنوستولی و همکاران، ۲۰۱۹): کاهش درد در بیماران قبل از عمل جراحی و زنان با سرطان پستان (منتظری‌خادم، جباری، شهریاری، حقایق و هاشمی، ۱۳۹۵؛ تاب<sup>۱</sup> و همکاران، همکاران، ۲۰۱۷): و افزایش تحمل پریشانی در زنان با سرطان پستان و مردان مبتلا به ایدز (حبیبی، حبیبی، ملک‌زاده مغانی و قنبری، ۱۳۹۲؛ کروس<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۰) مؤثر است. همچنین، تحقیقات نشان داده‌اند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود مشکلات و پریشانی روان‌شناختی بیماران ام‌اس (شیوایی‌اقدام و همکاران، ۱۳۹۳؛ شاکرناژاد و همکاران، ۱۳۹۶؛ نیکوگفتار و خانعلی لم، ۱۳۹۶؛ شپارد، فورسیس، هیکلینگ و بیانکی<sup>۳</sup>، ۲۰۱۰)، کاهش درد در افراد با درد مزمن و ام‌اس (ودرل<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۱۱؛ هان و مک‌کراکین<sup>۵</sup>، ۲۰۱۴؛ هاریسون، مک‌کراکین، جونز، نورتون و موس-موریس<sup>۶</sup>، ۲۰۱۷)، و افزایش تحمل پریشانی در زنان وابسته به مصرف مواد و همسران جانبازان (فروزانفر، لواسانی و شعاع کاظمی، ۱۳۹۶؛ مقتدایی، ۱۳۹۵) مؤثر بوده است.

نتایج تحقیقات بر روی بیماران سرطانی نشان داده‌اند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با درمان شناختی-رفتاری، اثربخشی بیشتری داشت (برانستتر، ویلسون، هیلدبراندت و ماتچ<sup>۷</sup>، ۲۰۰۴). تحقیق دیگری بر روی زنان مبتلا به ام‌اس اثربخشی بیشتر درمان شناختی-رفتاری در مقایسه با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، در کاهش افسردگی را نشان داد (نیکوگفتار و خانعلی لو، ۱۳۹۶). مطالعه دیگری اثربخشی بیشتر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با آموزش آرام‌سازی مبتنی بر درمان شناختی-رفتاری در بهبود پریشانی‌های روان‌شناختی بیماران ام‌اس را نشان داد (نوردین و رورسمن<sup>۸</sup>، ۲۰۱۲). به هر حال این تحقیقات بر روی بیماری‌های متفاوت دیگری و متغیرهای دیگری به غیر از متغیرهای مورد مطالعه در این تحقیق انجام گرفته است. درمان‌های شناختی-رفتاری با

1-Taub

2-Cruess

3-Sheppard, Forsyth, Hickling, &amp; Bianchi

4-Wetherell

5-Hann, &amp; McCracken

6-Harrison, Jones, Norton, &amp; Moss-Morris

7-Branstetter, Wilson, Hildebrandt, &amp; Mutch

8-Nordin &amp; Rorsman

تأکید بیشتر بر جنبه‌های شناختی، بر نقش باورها، شناخت‌ها، طرحواره‌ها و نظام پردازش اطلاعات در ایجاد اختلالات متمرکز است. اما در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به جای تغییر شناخت‌ها، سعی می‌شود تا ارتباط روان‌شناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد (هایز و همکاران، ۲۰۰۶). به هر حال، مقایسه اثربخشی این دو درمان که جنبه‌های خاصی را مورد هدف قرار می‌دهند، می‌تواند به روش شدن اثربخش‌ترین درمان در بیماران ام‌اس کمک کند. بنابراین، تحقیق حاضر برای اولین بار در پی پاسخگویی به این سؤال بود که آیا آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند بر تحمل پریشانی و ادراک درد تأثیر داشته باشند و اینکه آیا بین این دو درمان در میزان اثربخشی بر روی این متغیرها تفاوت وجود دارد؟

### روش پژوهش

تحقیق حاضر یک طرح نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دو ماهه با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل تمامی بیماران زن مبتلا به ام‌اس نوع عودکننده - بهبودیابنده<sup>۱</sup> مراجعه‌کننده به مرکز تحقیقات ام‌اس دانشگاه علوم پزشکی تهران در بیمارستان سینا بود که از این بین نمونه‌ای به حجم ۳۰ نفر به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در گروه آزمایش اول (۱۰ نفر)، گروه آزمایش دوم (۱۰ نفر)، و گروه کنترل (۱۰ نفر) گمارده شدند. گروه آزمایش اول تحت ۸ جلسه هفتگی (هر جلسه به مدت ۹۰ دقیقه) آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری بر اساس راهنمای درمانی آنتونی، ایرونسون و اشنایدرمن<sup>۲</sup> (۲۰۰۷) قرار گرفت و گروه آزمایش دوم ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را دریافت کردند و گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. جلسات در مرکز تحقیقات ام‌اس دانشگاه علوم پزشکی تهران در بیمارستان سینا انجام شد. معیارهای ورود به تحقیق شامل تشخیص قطعی بیماری ام‌اس از نوع عودکننده - بهبودیابنده توسط متخصص مغز و اعصاب، دریافت نکردن درمان‌های روان‌شناختی طی ۳ ماه گذشته، دریافت درمان‌های پزشکی یکسان، عدم ابتلا به اختلالات روانی، عدم مصرف

1-relapsing- remitting MS

2-Antoni, Ironson, & Schneiderman

داروهای روان‌گردان، نداشتن دیگر بیماری‌های جسمی مؤثر در ام‌اس و رضایت آگاهانه شرکت در تحقیق بود. معیارهای خروج شامل ابتلا به بیماری‌های روان‌پزشکی و سایر بیماری‌های جسمی، شرکت نکردن در جلسات آموزشی بیش از دو جلسه، مایل نبودن به شرکت در تحقیق و دریافت کردن درمان‌های روان‌شناختی به هر دلیلی بود.

مدیریت استرس به‌شیوه شناختی-رفتاری به صورت خلاصه شامل این جلسات بود:  
**جلسه اول:** معارفه، معرفی اولین مؤلفه مدیریت استرس (شامل آگاه شدن از پاسخ‌های جسمی به استرس) و تمرین آرمیدگی عضلانی تدریجی برای ۱۶ گروه ماهیچه‌ای. **جلسه دوم:** آموزش تأثیر استرس بر الگوهای تفکر، حالات هیجانی، رفتار، حس‌های بدنی، تنش و روش‌های ارتباط بیمار با دیگران. **جلسه سوم:** آموزش ارتباط متقابل افکار، هیجانات و حس‌های بدنی با یکدیگر و آموزش چگونگی تغییر "ارزیابی‌های" خود در موقعیت‌های پراسترس و آموزش چگونگی استفاده از تصویرسازی برای آرمیدگی. **جلسه چهارم:** معرفی انواع رایج تفکر منفی و تحریفات شناختی. **جلسه پنجم:** تأکید بر جایگزینی افکار منطقی به جای افکار غیرمنطقی و آموزش پنج گام جایگزینی افکار منطقی. **جلسه ششم:** آموزش استفاده از تکنیک‌های آموخته‌شده در زندگی و ارائه تعاریفی از "مقابله" و معرفی راهبردهای مقابله‌ای کارآمد و ناکارآمد. **جلسه هفتم:** معرفی و آموزش گام‌هایی برای یک برنامه مقابله‌ای کارآمد. **جلسه هشتم:** آزمودنی‌ها نسبت به پاسخ‌ها و الگوهای خام خشم خود، آگاه شدند و روش‌های بهتری را برای مدیریت خشم آموختند، انجام پس‌آزمون.

جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به این شکل بود: **جلسه اول:** معارفه و آشنا نمودن افراد با موضوع پژوهش، بررسی بیماری ام‌اس در هر یک از افراد گروه، ارائه تکلیف خانگی. **جلسه دوم:** بررسی دنیای درون و بیرون در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ایجاد تمایل به ترک برنامه ناکارآمد (تغییر رفتار)، تغییر و تفهیم این موضوع که کنترل مسأله است نه راه‌حل، و معرفی جایگزینی برای کنترل، ارائه تکلیف خانگی. **جلسه سوم:** شناسایی ارزش‌های افراد، تصریح ارزش‌ها، تصریح اهداف و تصریح موانع، توضیح دادن مفهوم پذیرش و تفاوت آن با مفاهیم شکست، یأس، انکار و مقاومت، اینکه پذیرش یک فرایند همیشگی است، نه مقطعی، و بحث در مورد چالش‌های پذیرش بیماری ام‌اس،

جمع‌بندی و ارایه تکلیف خانگی. جلسه چهارم: تکلیف و ادامه بحث شفاف‌سازی ارزش و تعهد رفتاری، و ارایه تکلیف خانگی. جلسه پنجم: نشان دادن جدایی بین خود، تجربیات درونی و رفتار، معرفی و تفهیم آمیختگی به خود مفهوم‌سازی شده و گسلش، کاربرد تکنیک‌های گسلش شناختی، تفهیم آمیختگی و گسلش و انجام تمارینی برای گسلش، جمع‌بندی و ارایه تکلیف خانگی. جلسه ششم: عمل متعهدانه و خود مشاهده‌گری، شناسایی ارزش‌های زندگی بیماران و تصریح و تمرکز بر این ارزش‌ها، جمع‌بندی و ارایه تکلیف خانگی. جلسه هفتم: ذهن‌آگاهی و تأکید برای در زمان حال بودن، بررسی ارزش‌های هر یک از افراد و تعمیق مفاهیم قبلی، فهرست‌بندی مهم‌ترین ارزش‌های آزمودنی‌ها و موانع احتمالی در پیگیری آنها، جمع‌بندی و ارائه تکلیف خانگی. جلسه هشتم: درک ماهیت تمایل و تعهد (آموزش تعهد به عمل)، شناسایی طرح‌های رفتاری مطابق با ارزش‌ها و ایجاد تعهد برای عمل به آنها، بررسی داستان زندگی و عمل متعهدانه، خاتمه درمان و انجام پس‌آزمون. در این پژوهش جهت رعایت اخلاق پژوهشی از شرکت‌کنندگان خواسته شد که با میل و رغبت خود در تحقیق و جلسات آموزشی شرکت کنند و به آنها گفته شد که اطلاعات آنها نزد محقق/محققان محرمانه باقی خواهد ماند. در این پژوهش از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای تحلیل داده‌ها در نرم‌افزار SPSS-22 استفاده شد.

### ابزارهای پژوهش

پرسشنامه تحمل پریشانی (DTS)<sup>۱</sup>: این پرسشنامه توسط سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) برای ارزیابی تحمل پریشانی طراحی شده است و دارای ۱۵ آیتم و چهار خرده مقیاس شامل تحمل پریشانی هیجانی، جذب شدن به وسیله هیجانات منفی، برآورد ذهنی پریشانی و تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی است. پاسخ دهندگان پاسخ خود بر روی هر یک از آیتم‌ها را به صورت یک طیف لیکرت پنج درجه‌ای از کاملاً موافق=۱ تا کاملاً مخالف=۵ مشخص می‌کنند. ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس و ابعاد تحمل پریشانی هیجانی، جذب شدن به وسیله هیجانات منفی، برآورد ذهنی پریشانی و تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی به ترتیب ۰/۸۲، ۰/۷۲، ۰/۸۲، ۰/۷۸ و ۰/۷۰ به دست آمد (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵).

1- Distress Tolerance Scale (DTS)

در ایران، شمس و همکاران (۱۳۸۹) آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۶۷ و اعتبار بازآزمایی این پرسشنامه را نیز ۰/۷۹ گزارش کردند. دهاقین و رحمتی (۱۳۹۶) آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۸۶ گزارش کردند.

پرسشنامه چندوجهی درد وست هاون-ییل (WHYMPI)<sup>۱</sup>: این پرسشنامه توسط برنشتاین، جارمکو و هینکلی<sup>۲</sup> (۱۹۹۵) برای ارزیابی ادراک درد در ۳ قسمت مستقل طراحی شده است. قسمت اول دارای ۲۰ آئتم مربوط به خرده مقیاس‌های شدت درد، تداخل درد در زندگی روزانه، درک کنترل زندگی، پریشانی عاطفی و حمایت و وابستگی به همسر یا فرد مهم زندگی می‌باشد. قسمت دوم حاوی ۱۴ آئتم شامل سه خرده‌مقیاس واکنش‌های تنبیهی از طرف دیگران، علاقه‌مندی از طرف دیگران، و پریشانی و گنجی از طرف دیگران است و قسمت آخر دارای ۱۸ آئتم بوده که کارهای کوچک و متداول خانه، کار در هوای آزاد و بیرون از خانه، فعالیت‌های دور از خانه و فعالیت‌های اجتماعی را مورد سنجش قرار می‌دهد. در ایران، میرزمانی، صفری، حلی ساز و سدیدی (۱۳۸۶) اعتبار این پرسشنامه را بررسی کردند و آلفای کرونباخ و بازآزمایی آن را به ترتیب ۰/۹۱ و ۰/۹۵ گزارش کردند.

### یافته‌ها

میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای وابسته در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه‌های آزمایش و کنترل در جدول (۱) ارائه شده است.

1-West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory (WHYMPI)

2-Bernstein, Jaremko, & Hinkley



جدول (۱) میانگین و انحراف استاندارد پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری متغیرهای و تحمل پریشانی و ادراک درد (شدت درد، ادراک تأثیر افراد مهم، انجام فعالیت‌های روزمره) به تفکیک گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
تحمل پریشانی	مدیریت استرس شناختی - رفتاری	۳۶/۰۰	۸/۹۳	۷۰/۱۰	۲/۱۸	۶۹/۹۰	۲/۴۲
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۳۰/۹۰	۸/۷۳	۶۲/۴۰	۸/۶۴	۶۲/۷۰	۸/۴۲
	کنترل	۲۹/۱۰	۸/۲۴	۲۸/۸۰	۸/۳۲	۲۹/۱۵	۷/۲۴
شدت درد	مدیریت استرس شناختی - رفتاری	۶۴/۹۰	۱۰/۸۴	۴۰/۱۰	۹/۸۰	۴۰/۴۰	۹/۵۲
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۶۴/۵۰	۱۵/۶۵	۴۱/۴۰	۱۲/۸۲	۴۲/۰۰	۱۲/۷۶
	کنترل	۷۱/۲۰	۷/۵۳	۷۱/۷۰	۷/۲۶	۷۱/۷۰	۷/۰۳
میزان ادراک تأثیر افراد مهم	مدیریت استرس شناختی - رفتاری	۴۱/۹۰	۱۰/۴۶	۷۲/۳۰	۷/۶۰	۷۰/۹۰	۴/۵۶
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۴۲/۴۰	۱۲/۶۳	۶۴/۳۰	۱۲/۹۳	۶۴/۸۰	۱۳/۰۳
	کنترل	۴۲/۹۰	۶/۸۴	۴۲/۶۰	۶/۶۴	۴۲/۶۰	۶/۱۷
انجام فعالیت‌های روزانه	مدیریت استرس شناختی - رفتاری	۴۲/۹۰	۷/۱۹	۴۶/۴۰	۷/۸۳	۴۶/۶۰	۸/۱۷
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۳۸/۵۰	۷/۴۱	۵۰/۳۰	۱۴/۸۷	۴۹/۸۰	۱۴/۷۶
	کنترل	۴۲/۳۰	۱۳/۴۶	۴۱/۷۰	۱۳/۰۶	۴۱/۷۰	۱۲/۸۵

مطابق جدول (۱)، میانگین نمرات تحمل پریشانی در پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون افزایش داشته است. میانگین نمره‌های مؤلفه‌های ادراک درد شامل شدت درد در گروه‌های مداخله در پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون کاهش یافته است و نمره‌های مؤلفه‌های دیگر ادراک درد شامل میزان ادراک تأثیر افراد مهم و انجام فعالیت‌های روزانه در پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون افزایش یافته است.

جهت مقایسه میانگین گروه‌ها در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. قبل از انجام تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، آزمون‌های ام‌باکس، کرویت موخلی و لوین جهت رعایت پیش‌فرض‌ها بررسی شدند. نتایج این آزمون‌ها برای مقایسه اثربخشی دو مداخله درمانی بر تحمل

پریشانی نشان داد که نتایج غیر معنی‌دار آزمون‌های باکس ( $F=4/28, p=0/26$ )، کرویت موخلی ( $p>0/05, p=0/39$ )، و لوین در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ( $p>0/05$ ) به ترتیب تأییدکننده پیش‌فرض‌های همگنی ماتریس‌های واریانس-کواریانس، همگنی واریانس‌های درون گروهی، و همگنی واریانس‌های بین گروهی بود. به‌منظور مقایسه اثربخشی دو مداخله بر زیرمقیاس‌های ادراک درد این پیش‌فرضها مورد بررسی قرار گرفت. نتایج آزمون باکس برای شدت درد ( $F=1/88, p=0/16$ )، تأثیر افراد مهم ( $p=0/15$ )، انجام فعالیت‌های روزمره ( $F=2/02, p=0/09$ ) معنی‌دار نبود ( $p>0/05$ ). نتایج آزمون کرویت موخلی برای شدت درد ( $p=0/07$ )، تأثیر افراد مهم ( $p=0/22$ )، انجام فعالیت‌های روزمره ( $p=0/12$ ) معنی‌دار نبود ( $p>0/05$ ). و نتایج آزمون لوین در پیش‌آزمون ( $p=0/07$ )، پس‌آزمون ( $F=3/45, p=0/08$ ) و پیگیری ( $F=2/75, p=0/08$ ) برای شدت درد؛ در پیش‌آزمون ( $F=0/92, p=0/41$ )، پس‌آزمون ( $F=1/65, p=0/21$ ) و پیگیری ( $p=0/07$ )، پس‌آزمون ( $F=3/44, p=0/06$ ) و در پیش‌آزمون ( $F=3/49, p=0/06$ )، پس‌آزمون ( $F=2/14, p=0/13$ ) و پیگیری ( $F=2/19, p=0/13$ ) برای انجام فعالیت‌های روزمره معنی‌دار نبود ( $p>0/05$ ). این نتایج نشان‌دهنده رعایت پیش‌فرض‌های ذکر شده بود. با توجه به تأیید پیش‌فرض‌ها، جهت مقایسه اثربخشی دو مداخله بر متغیرهای تحقیق از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد و نتایج در جدول (۲) ارائه شده است.

جدول (۲) خلاصه نتایج آزمون اثرات درون و بین گروهی با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر بر متغیرهای وابسته

منابع	متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات آزادی	درجه مجذورات آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	ضریب اتا
اثرات درون گروهی	تحمل پریشانی	زمان اندازه‌گیری	۹۵۷۷/۶۲	۲	۴۷۸۸/۸۱	۱۸۱/۱۱	***	۰/۸۷
		زمان×گروه	۴۸۰۷/۸۴	۴	۱۲۰۱/۹۶	۴۵/۴۶	***	۰/۷۷
		خطا	۱۴۲۷/۸۷	۵۴	۲۶/۴۴			
اثرات بین گروهی	تحمل پریشانی	مقدار ثابت	۱۹۵۳۴۷/۲۱	۱	۱۹۵۳۴۷/۲۱	۱۷۰۶/۹۰	***	۰/۹۸

ادامه جدول (۲)

منابع	متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات آزادی	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	ضریب اتا
		گروه	۱۴۴۳۰/۴۲	۲	۷۲۱۵/۲۱	۶۳/۰۵	***	۰/۸۲
		خطا	۳۰۹۰/۰۳	۲۷	۱۱۴/۴۵			
اثرات درون گروهی	شدت درد	زمان اندازه گیری	۴۸۹۹/۸۰	۲	۲۴۴۹/۹۰	۳۴۴/۸۲	***	۰/۹۳
		زمان X گروه	۲۶۲۰/۵۳	۴	۶۵۵/۱۳	۹۲/۲۱	***	۰/۸۷
		خطا	۳۸۳/۶۷	۵۴	۷/۱۱			
		میزان ادراک تأثیر افراد مهم	زمان اندازه گیری	۵۹۰۶/۶۹	۲	۲۹۵۳/۳۴	۲۶۷/۴۷	***
		زمان X گروه	۳۲۵۶/۳۸	۴	۸۱۴/۰۹	۷۳/۷۳	***	۰/۸۵
		خطا	۵۹۶/۲۷	۵۴	۱۱/۰۴			
انجام فعالیت- های روزانه		زمان اندازه گیری	۶۷۱۰/۱۶	۲	۳۳۵۵/۰۸	۱۳۷/۸۷	***	۰/۸۴
		زمان X گروه	۲۸۶۳/۷۱	۴	۷۱۵/۹۳	۲۹/۴۲	***	۰/۶۹
		خطا	۱۳۱۴/۱۳	۵۴	۲۴/۳۴			
		اثرات بین گروهی	شدت درد	مقدار ثابت	۲۸۶۶۲۴/۹۰	۱	۲۸۶۶۲۴/۹۰	۸۶۶/۵۰
گروه	۱۰۲۷۰/۸۷			۲	۵۱۳۵/۴۳	۱۵/۵۳	***	۰/۵۴
		خطا	۸۹۳۱/۲۳	۲۷	۳۳۰/۷۹			
		میزان ادراک تأثیر افراد مهم	مقدار ثابت	۲۶۱۰۳۷/۸۸	۱	۲۶۱۰۳۷/۸۸	۱۰۴۸/۲۸	***
گروه	۵۹۰۸/۳۶			۲	۲۹۵۴/۱۸	۱۱/۸۶	***	۰/۴۷
		خطا	۶۷۲۳/۴۳	۲۷	۲۴۹/۰۲			
		انجام فعالیت- های روزانه	مقدار ثابت	۲۵۷۰۶۷/۷۸	۱	۲۵۷۰۶۷/۷۸	۷۸۵/۱۶	***
گروه	۴۹۲۰/۱۶			۲	۲۴۶۰/۰۸	۷/۵۱	*	۰/۳۶
		خطا	۸۸۴۰/۰۷	۲۷	۳۲۷/۴۱			

\* p&lt; 0.01. \*\* p&lt;0.001.

بر اساس نتایج جدول (۲)، میانگین نمره تحمل پریشانی در پس‌آزمون و پیگیری در مقایسه با میانگین نمره این متغیر در پیش‌آزمون به‌طور معناداری افزایش یافت که نشان دهنده این بود که هر دو مداخله به‌طور معناداری باعث افزایش تحمل پریشانی شده است. هم‌چنین، نتایج جدول (۲) نشان داد که میانگین نمرات شدت درد، میزان ادراک تأثیر افراد مهم، و انجام فعالیت‌های روزانه در پس‌آزمون و پیگیری از میانگین نمرات پیش‌آزمون این مؤلفه‌ها به‌طور معناداری متفاوت می‌باشد، که گویای این است که مدیریت استرس به‌شیوه شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هر دو به‌طور معناداری باعث کاهش شدت درد و افزایش میزان ادراک تأثیر افراد مهم و انجام فعالیت‌های روزانه شدند. در ادامه برای مقایسه اثربخشی هر دو مداخله بر مؤلفه‌های ادراک درد و متغیر تحمل پریشانی، مقایسه جفتی میانگین متغیرها از طریق آزمون تعقیبی بونفرونی انجام شد و نتایج آن در جدول (۳) ارائه شده است.

جدول (۳) نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه زوجی میانگین نمرات تحمل پریشانی و مؤلفه‌های ادراک درد

متغیر	گروه مینا	گروه مقایسه	اختلاف میانگین	خطای استاندارد	سطح معنی‌داری
تحمل پریشانی	مدیریت استرس شناختی-رفتاری	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۶/۶۷	۲/۷۶	۰/۰۷
		کنترل	۲۹/۵۷	۲/۷۶	۰/۰۰۰***
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	مدیریت استرس شناختی-رفتاری	-۶/۶۷	۲/۷۶	۰/۰۷
		کنترل	۲۲/۹۰	۲/۷۶	۰/۰۰۰***
	کنترل	مدیریت استرس شناختی-رفتاری	-۲۹/۵۷	۲/۷۶	۰/۰۰۰***
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	-۲۲/۹۰	۲/۷۶	۰/۰۰۰***
شدت درد	مدیریت استرس شناختی-رفتاری	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	-۰/۸۳	۴/۷۰	۱/۰۰۰
		کنترل	۲۳/۰۷	۴/۷۰	۰/۰۰۰***
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	مدیریت استرس شناختی-رفتاری	۰/۸۳	۴/۷۰	۱/۰۰۰

ادامه جدول (۳)

متغیر	گروه مینا	گروه مقایسه	اختلاف میانگین	خطای استاندارد	سطح معنی داری
		کنترل	-۲۲/۲۳	۴/۷۰	۰/۰۰۰***
	کنترل	مدیریت استرس شناختی-رفتاری	۲۳/۰۷	۴/۷۰	۰/۰۰۰***
		درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۲۲/۲۳	۴/۷۰	۰/۰۰۰***
میزان ادراک تأثیر افراد مهم	مدیریت استرس شناختی-رفتاری	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۴/۵۳	۴/۰۷	۰/۸۳
		کنترل	۱۹/۰۰	۴/۰۷	۰/۰۰۰***
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	مدیریت استرس شناختی-رفتاری	۴/۵۳	۴/۰۷	۰/۸۳
		کنترل	۱۴/۴۷	۴/۰۷	۰/۰۰۴**
	کنترل	مدیریت استرس شناختی-رفتاری	-۱۹/۰۰	۴/۰۷	۰/۰۰۰***
		درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	-۱۴/۴۷	۴/۰۷	۰/۰۰۴**
انجام فعالیت‌های روزانه	مدیریت استرس شناختی-رفتاری	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۳/۹۰	۴/۶۷	۱/۰۰۰
		کنترل	۱۷/۲۷	۴/۶۷	۰/۰۰۳**
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	مدیریت استرس شناختی-رفتاری	-۳/۹۰	۴/۶۷	۱/۰۰۰
		کنترل	۱۳/۳۷	۴/۶۷	۰/۰۰۲*
	کنترل	مدیریت استرس شناختی-رفتاری	-۱۷/۲۷	۴/۶۷	۰/۰۰۳**
		درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	-۱۳/۳۷	۴/۶۷	۰/۰۰۲*

\* p&lt;0.05, \*\* p&lt; 0.01, \*\*\* p&lt;0.001.

بر اساس نتایج جدول (۳) آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بر متغیر تحمل پریشانی و تمامی مؤلفه‌های ادراک درد شامل شدت درد، میزان ادراک تأثیر افراد مهم، و انجام فعالیت‌های روزانه در پس‌آزمون و پیگیری اثربخش بودند. هم‌چنین، بین میزان اثربخشی دو مداخله بر تمامی متغیرها تفاوت معناداری وجود نداشت و به‌میزان یکسانی در کاهش شدت درد و افزایش میزان ادراک تأثیر افراد مهم، انجام فعالیت‌های روزانه و تحمل پریشانی اثربخش بودند.

## بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر به مقایسه اثربخشی آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی و ادراک درد در بیماران مبتلا به ام‌اس برای نخستین بار پرداخت. نتایج نشان داد که هر دو مداخله به‌طور معناداری باعث افزایش تحمل پریشانی در بیماران شد و اثربخشی در طول زمان پایدار بود. این نتایج با یافته‌های مطالعات قبلی (حبیبی و همکاران، ۱۳۹۲؛ فروزانفر و همکاران، ۱۳۹۶؛ مقتدایی، ۱۳۹۵؛ شیوایی‌اقدام و همکاران، ۱۳۹۳؛ کروس و همکاران، ۲۰۰۰) همسو بود. بیمار مبتلا به ام‌اس این تفکر را دارد که بیماری غیرقابل تغییر است، کنترلی بر بیماری ندارد، ابتلا به این بیماری علت تمام شکست‌های او در زندگی است، داشتن احساس تأسف یا ناراحتی به خاطر نرسیدن به اهداف مورد نظر، احساس افسردگی، داشتن احساس حقارت یا خشم به دلیل بیماری، دیگر نمی‌تواند در جامعه مانند یک انسان سالم تعامل برقرار کند و نقش‌های اجتماعی و شغلی را بر عهده بگیرد. مداخله مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری موجب بهبود نگرش و تفسیر بیماران مبتلا به ام‌اس نسبت به زندگی و بیماری شد و با آموزش چگونگی مواجهه با مشکلات و دشواری‌های غیرقابل اجتناب زندگی و کنار آمدن بهتر با شرایط استرس‌زا (نظیر بیماری ام‌اس) و رویدادهای ناخوشایند از بعد عملکردی و افزایش تاب‌آوری (حسن‌زاده، زارع و علی‌پور، ۱۳۹۱؛ ایمانی، عسکری‌زاده و فضیلت‌پور، ۱۳۹۶) باعث افزایش تحمل پریشانی در بیماران ام‌اس شد. مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری به بیماران مبتلا به ام‌اس کمک کرد تا موقعیت‌های ایجاد کننده استرس را شناسایی و وقایع منفی را به شیوه متفاوتی ارزیابی کنند و راهبردهای مقابله‌ای برای مواجهه با این موقعیتها را یاد بگیرد. بنابراین بیماران با افزایش مهارت‌های شناختی-رفتاری حس کنترل را ایجاد کردند؛ این حس، افراد را متقاعد کرد تا موقعیت‌های غیرقابل کنترل را در اختیار خود درآورند. بنابراین، اصلاح ارزیابی‌های شناختی و بهبود مهارت‌های مقابله‌ای و آموزش تلفیق تکنیک‌های آموخته‌شده با موقعیت‌های استرس‌آور در زندگی بیماران ام‌اس توانست به افزایش تحمل این افراد در برابر پریشانی‌های هیجانی منجر شود.

در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اعتقاد بر این است که درگیر شدن با هیجانات، باعث بدتر شدن آن‌ها می‌شود (هایز، ۲۰۱۹، ۲۰۰۸) ولی این اعتقاد به این معنی نیست که از مراجع بخواهیم هر موقعیتی (مانند روابط توهین آمیز) را بپذیرد، اما به هر حال برخی شرایط (نظیر بیماری و هیجانات و احساسات و افکار ناخوشایند مرتبط با آن) باید در نهایت پذیرفته شوند، چون عملاً هیچ کار دیگری جز این نمی‌توانیم انجام دهیم. بیماران مبتلا به ام‌اس قبل از انجام مداخله بیماری خود را غیر قابل کنترل و ناتوان کننده فرض می‌کردند و معتقد بودند که تحمل آن برای آنان سخت است و بیماری خود را عامل تمام بدبختی‌های خود می‌دانستند، و پیامد بیماری و نامبهم بودن درمان، و احساسات ناخوشایند و پریشانی‌های مرتبط با آن، مراجع را پریشان کرده بود. ولی در طی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد پذیرفت که این اتفاقات رخ داده و باید آنها را بپذیرد و احساساتش نسبت به بیماری و پریشانی‌های مرتبط با آن را تغییر دهد. در این درمان تمرین‌های تعهد رفتاری به همراه تکنیک‌های گسلش و پذیرش و نیز بحث‌های مفصل پیرامون ارزش‌ها و اهداف فرد و لزوم تصریح ارزش‌ها، همگی منجر به کاهش پریشانی در بیماران ام‌اس می‌شود (شیوایی‌اقدام و همکاران، ۱۳۹۳). بنابراین، این درمان از طریق آموزش بیمار مبتلا به ام‌اس از طریق پذیرش تجربه جاری توانست به کاهش پریشانی و در نتیجه افزایش تحمل بیمار در برابر پریشانی‌های مرتبط با بیماری یا پریشانی‌های هیجانی مختلف شود.

نتایج این مطالعه نشان داد که آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش تعهد باعث کاهش شدت درد و افزایش دو مؤلفه دیگر ادراک درد، شامل میزان ادراک تأثیر افراد مهم و انجام فعالیت‌های روزانه در بیماران مبتلا به ام‌اس شد و این اثرات در طول زمان نیز باقی ماندند. نتایج این تحقیق با نتایج مطالعات پیشین (منتظری خادم و همکاران، ۱۳۹۵؛ تاب و همکاران، ۲۰۱۷؛ ودرل و همکاران، ۲۰۱۱؛ هان و مک‌کراکین، ۲۰۱۴؛ هاریسون و همکاران، ۲۰۱۷) همسو بود. از نظر نوروسایکولوژیکی، نظریه کنترل دروازه‌ای درد<sup>۱</sup> بیان می‌کند که نوعی مکانیسم دروازه‌ای در نخاع می‌باشد که نقش میانجی‌گری را در تکانه درد دارد. باز و بسته شدن دروازه، میزان اطلاعاتی که از

---

1 - Gate Control Theory of Pain

مناطق آسیب‌دیده به مغز فرستاده می‌شود را تعدیل می‌کند. افکار منفی دروازه را باز می‌کند که باعث می‌شود اطلاعات بیشتری درباره درد از این طریق عبور کند. درحالی‌که افکار مثبت، دروازه را بسته و پیام درد را محدود می‌کند؛ در نتیجه پیغام‌های درد می‌تواند شدت یا کاهش یابند (ملزاک و وال، ۲۰۱۶). بنابراین، از آنجایی که بیماری ام‌اس با میزان بالایی از استرس و پریشانی هیجانی همراه می‌باشد و این استرس می‌تواند به باز شدن دروازه درد و در نتیجه افزایش ادراک بیماران از درد منجر شود، می‌توان نتیجه گرفت که برنامه‌های مدیریت استرس با تمرکز بر شناخت‌ها و رفتارهای ناکارآمد بیماران مبتلا به ام‌اس درباره بیماریشان و جایگزینی شناخت‌ها و افکار مثبت به جای آن‌ها از یک سو (محمدی و همکاران، ۱۳۸۶)، و آموزش آرامش عضلانی از سوی دیگر، می‌تواند به مدیریت استرس و بسته شدن دروازه درد منجر شود و در نتیجه باعث ادراک مثبت از درد و متعاقباً کاهش احساس درد در این بیماران شود. قبل از مداخله، بیماران مبتلا به ام‌اس افکار شناختی ناکارآمدی درباره درد خود داشتند (درد من غیر قابل بهبود است و تا آخر زندگی با من خواهد بود، نمی‌توانم امور روزانه را انجام دهم)، خشم، افسردگی، پریشانی و افکار منفی (از قبیل این درد یا بیماری غیر قابل تحمل و کشنده است و نمی‌توانم آن را کنترل کنم) در سطح بالایی بود، که می‌توانست باعث افزایش درد شود. این‌گونه پریشانی‌های روان‌شناختی منجر به افزایش تنش می‌گردد. این تنش باعث کاهش آستانه درد و وخیم‌تر شدن وضعیت جسمی می‌شود و در نهایت منجر به افزایش تغییرات هیجانی بیمار می‌گردد (کرایگ<sup>۱</sup>، ۲۰۰۱). در مدیریت استرس شناختی-رفتاری به طور همزمان به بیمار مبتلا به ام‌اس فنون شناختی (نظیر شناسایی افکار منفی و غیرمنطقی و جایگزین کردن افکار منطقی مثبت و طرحواره‌های ذهنی امیدبخش) و فنون رفتاری (نظیر آموزش آرامش عضلانی که موجب فعالیت سیستم پاراسمپاتیک می‌شود) کنترل و مدیریت استرس آموزش داده شد (جندقی، نشاط‌دوست، کلانتری و جبل‌عاملی، ۱۳۹۱) که باعث تغییر نگرش بیماران (بیماری من قابل کنترل است و بهبود خواهم یافت، درد تأثیری بر زندگی و فعالیت‌های من ندارد) و

---

1. Craig



رسیدن به آرمیدگی شد و در نتیجه باعث کاهش ادراک منفی از درد و کاهش شدت آن، افزایش دید مثبت راجع به افراد تأثیرگذار بر آنان و پرداختن به فعالیت‌های روزمره شد.

در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هدف کاهش علائم بیماری نیست، اما این چیزی است که به عنوان یک محصول جانبی در فرآیند درمانی به آن دست خواهیم یافت. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ارتباط بین افکار و احساسات مشکل‌زا را تغییر می‌دهد تا افراد آنها را به عنوان علائم مرضی درک ننموده و حتی یاد بگیرند که آنها را بی‌ضرر (حتی اگر ناراحت کننده و ناخوشایند باشند) درک کنند (هایز، ۲۰۱۹، ۲۰۰۸). هسته اصلی در این درمان، پذیرش چیزی است که خارج از کنترل شخص بوده و متعهد بودن نسبت به انجام هر آنچه که در کنترل فرد است (هایز، ۲۰۱۹؛ هایز و همکاران، ۲۰۰۶). به‌طور خلاصه، در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بیماران احساس یاد گرفتند که به جای اجتناب یا متوقف‌سازی افکار و احساساتشان، آنها را تجربه کنند، در جهت اهداف و ارزشهایشان کار کنند و افکار و احساسات خود را تجربه کنند. بنابراین، این درمان که بر پذیرش مسئله و عمل متعانه در قبال آن متمرکز است، توانست در پذیرش درد این بیماران مؤثر باشد و منجر به کاهش ادراک درد در این بیماران گردد.

نتایج این مطالعه نشان داد که هر دو مداخله به میزان یکسانی بر متغیرهای مورد مطالعه اثربخش بودند و بین میزان اثربخشی آنها تفاوت معناداری وجود نداشت و این اثرات در طول زمان نیز باقی ماندند. این نتایج با نتایج مطالعات قبلی که اثربخشی بیشتر درمان‌های شناختی-رفتاری (نیکوگفتار و خانعلی لو، ۱۳۹۶) یا اثربخشی بیشتر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (برانستر و همکاران، ۲۰۰۴؛ نوردین و رورسمن، ۲۰۱۲) را نسبت به یکدیگر نشان داده بودند، همسو نبود. دلیل این ناهمخوانی ممکن است به این دلیل باشد که این تحقیقات بر روی بیماری‌های متفاوت دیگری (نظیر سرطان) و متغیرهای وابسته دیگری به غیر از متغیرهای مورد مطالعه در این تحقیق انجام گرفته بود. به هر حال، مطالعه حاضر اولین تحقیقی بود که به مقایسه اثربخشی این دو مداخله بر ادراک درد و تحمل پریشانی در بیماران زن مبتلا به ام‌اس پرداخت. این مطالعه روشن ساخت که اثربخشی این دو درمان بر این متغیرها برابر بود و این اثربخشی در طول زمان پایدار باقی ماند. این نتیجه پیشنهاد

می‌دهد که تمرکز بر تغییر شناخت‌ها و افکار غیرمنطقی بیماران (فنون شناختی)، کمک به بیماران برای آرامش عضلانی (فنون رفتاری) برای مدیریت استرس در برنامه آموزش مدیریت استرس شناختی-رفتاری، و تشویق بیماران برای پذیرش تجربه کنونی و عمل متعهدانه در قبال آن در درمان پذیرش و تعهد به میزان یکسانی در کاهش شدت درد و افزایش تحمل پریشانی این افراد اثربخش هستند.

این تحقیق با محدودیت‌هایی همراه است: ۱- این تحقیق فقط بر روی زنان مبتلا به ام‌اس انجام شده و ممکن است قابل تعمیم به جامعه مردان مبتلا به این بیماری نباشد، ۲- این تحقیق بر روی بیماران مبتلا به ام‌اس از نوع عودکننده-بهبود یابنده انجام شده است و قابل تعمیم به انواع دیگر این بیماری نظیر ام‌اس اولیه پیشرونده<sup>۱</sup>، ام‌اس ثانویه پیش رونده<sup>۲</sup>، و ام‌اس پیشرونده عودکننده<sup>۳</sup> نمی‌باشد، و ۳- داده‌های این تحقیق با استفاده از ابزارهای خودگزارش‌دهی جمع‌آوری شده است و ممکن است این ابزارها به سوگیری پاسخ در شرکت‌کنندگان منجر شود. با وجود این محدودیت‌ها، تحقیق حاضر نشان داد که آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در افزایش تحمل پریشانی و بهبود ادراک درد و زنان مبتلا به ام‌اس موثر هستند و هر دو درمان به یک میزان برابر در این اثربخشی سهیم هستند. با توجه به این نتایج، به کارگیری این دو درمان روان‌شناختی می‌تواند در مراکز درمانی و همچنین در انجمن‌های بیماران ام‌اس توسط درمانگران سودمند واقع شود.

### تشکر و قدردانی

مقاله حاضر برگرفته از پایان‌نامه دکتری رشته روانشناسی سلامت بود. بدین وسیله از کارکنان بخش مرکز تحقیقات ام‌اس دانشگاه علوم پزشکی تهران در بیمارستان سینا که نهایت همکاری را در اجرای این پژوهش داشتند و همچنین بیماران مبتلا به ام‌اس که در این پژوهش مشارکت فعالانه‌ای داشتند، صمیمانه سپاسگزاریم.

1-Primary-Progressive MS  
2-Secondary-Progressive MS  
3-Progressive-Relapsing MS

## منابع

- اسماعیلی، مریم و حسینی، فاطمه (۱۳۸۷). بیماری مولتیپل اسکلروزیس و عادات فکری استرس‌زا. پژوهش پرستاری، ۳(۱۰-۱۱): ۳۰-۲۳.
- ایمانی، مریم؛ عسکری‌زاده، فاسم؛ فضیلت‌پور، مسعود (۱۳۹۶). اثربخشی درمان گروهی مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری بر تاب‌آوری و امیدواری زنان مبتلا به سرطان پستان. پژوهش‌نامه روانشناسی مثبت، ۴(۱۲): ۱۳-۱.
- ثناگوی محرر، غلامرضا و حسین‌زاده، محدثه (۱۳۹۶). بررسی رابطه خودتنظیمی هیجانی با تحمل پریشانی و کیفیت زندگی انجمن بیماری ام اس (مطالعه موردی بیماران ام اس استان سیستان و بلوچستان). فصلنامه مطالعات علوم اجتماعی، ۳(۲): ۲۰۳-۱۹۶.
- جندقی، فاطمه؛ نشاط‌دوست، حمیدطاهر؛ کلانتری، مهرداد؛ جبل‌عاملی، شیدا (۱۳۹۱). بررسی اثربخشی آموزش گروهی مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری بر اضطراب و افسردگی افراد مبتلا به سوء مصرف مواد تحت درمان نگهدارنده با متادون. روانشناسی بالینی، ۴(۱۶): ۵۰-۴۱.
- حبیبی، ژاله؛ حبیبی، عسگرآباد؛ ملک‌زاده مغانی، مونا و قنبری، نیکزاد (۱۳۹۲). اثر بخشی مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری بر سطح تحمل پریشانی زنان دارای سرطان. نهمین کنگره بین‌المللی سرطان پستان.
- حسن‌زاده، سمیرا؛ زارع، حسین و علیپور، احمد. (۱۳۹۱). اثربخشی آموزش شیوه‌های مقابله با استرس بر تاب‌آوری، اضطراب، افسردگی و استرس بیماران مبتلا به ضایعه نخاعی. فصلنامه دانشگاه علوم پزشکی جهرم، ۱۰(۳): ۲۵-۱۵.
- دهاقین، وحیده و رحمتی، صمد (۱۳۹۶). تأثیر سیستم‌های مغزی رفتاری بر ولع مصرف مواد با میانجیگری تحمل پریشانی: مطالعه سابقه خانوادگی اعتیاد. مجله پیشگیری و سلامت، ۲(۴): ۳۰-۱۹.
- شاکر نژاد، سپیده؛ نسرین، مودن؛ حمیدی، معصومه؛ هاشمی، رها؛ بزاززاده، نیلوفر و بدقی، مظاهر (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پریشانی روانشناختی، رضایت زناشویی و کیفیت زندگی در زنان مبتلا به بیماری اسکروز متعدد. مجله سلامت و مراقبت، ۱۹(۱): ۱۷-۸.
- شمس، جمال؛ عزیزی، علیرضا و میرزایی، آزاده (۱۳۸۹). بررسی رابطه تحمل آشفتگی و تنظیم هیجانی با میزان وابستگی دانشجویان به سیگار. مجله تحقیقات نظام سلامت حکیم، ۱۳(۱): ۱۱-۱۸.

شیوایی اقدام، شوان؛ شمس‌الدینی لری، سلوی؛ عباسی، سمیه؛ یوسفی، سارا؛ عبداللهی، صفیه و مرادی‌جو، محمد (۱۳۹۳). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش پریشانی و نگرشهای ناکارآمد در بیماران مبتلا به M.S. اندیشه و رفتار، ۹(۳۴): ۵۷-۶۶.

غفاری، سمیه؛ احمدی، فضل‌الله؛ نبوی، مسعود و معماریان، ربابه (۱۳۸۷). بررسی تاثیر تکنیک آب درمانی بر خستگی بیماران مبتلا به ام اس. مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ۶۶: ۸۱-۷۱.

فروزانفر، آزاده؛ لواسانی، مسعود غلامعلی و شعاع کاظمی، مهرانگیز (۱۳۹۶). اثربخشی مشاوره گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی و حساسیت اضطرابی زنان وابسته به سوءمصرف مواد. اعتیادپژوهی، ۱۱(۴۴): ۱۵۴-۱۳۵.

محمدی، نرگس؛ آقایی، اصغر؛ گلپرو، محسن و اعتمادی‌فر، مسعود (۱۳۸۶). تاثیر آموزش گروهی شناختی-رفتاری بر استرس بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. دانش و پژوهش در روان‌شناسی، ۱۶-۱.

مقتدایی، مسعود (۱۳۹۵). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی در همسران جانبازان. اولین کنگره ملی توانمندسازی جامعه در حوزه جامعه‌شناسی، علوم تربیتی و مطالعات اجتماعی و فرهنگی، ۱۰-۱.

منتظری خادم، وحیده؛ جباری، زهرا؛ شهرياری، میترا؛ حقایق، سیدعباس و هاشمی، حسن (۱۳۹۵). اثربخشی مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری بر شاخص‌های روانی و فیزیولوژیکی مادران متقاضی سزارین. مجله تحقیقات علوم رفتاری، ۱۴(۲): ۲۳۵-۲۲۹.

میرزمانی، سیدمحمود؛ صفری، اکبر؛ حلی‌ساز، محمدتقی و سدیدی، احمد (۱۳۸۶). ارزیابی اعتبار پرسشنامه چند بعدی درد وست هاون-بیل در بین بیماران مبتلا به درد مزمن. مجله دانشگاه علوم پزشکی قم، ۱(۳): ۲۵-۱۳.

نیکوگفتار منصوره و خانعلی‌لو، رویا (۱۳۹۶). مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش نشانه‌های افسردگی بیماران زن مبتلا به Multiple sclerosis (MS) مجله تحقیقات علوم رفتاری، ۱۵(۱): ۵۹-۶۶.

Anagnostouli, M., Babili, I., Chrousos, G., Artemiadis, A., & Darviri, C. (2019). A novel cognitive-behavioral stress management method for multiple sclerosis. A brief report of an observational study. *Neurological Research*, 41(3), 223-226.

Antoni, M. H., Ironson, G., & Schneiderman, N. (2007). *Cognitive-behavioral stress management*. Oxford University Press.

- 
- Bennett, R., & Oliver, J.E. (2019). *Acceptance and Commitment Therapy: 100 Key Points and Techniques*. Routledge.
- Bernstein, I.H., Jaremko, M.E., & Hinkley, B.S. (1995). On the utility of the West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory. *Spine*, 20(8), 956-963.
- Branstetter, A.D., Wilson, K.G., Hildebrandt, M., & Mutch, D. (2004). Improving psychological adjustment among cancer patients: ACT and CBT. *Association for Advancement of Behavior Therapy, New Orleans*, 35-732.
- Burkill, S., Montgomery, S., Kockum, I., Piehl, F., Strid, P., Hillert, J., ... & Bahmanyar, S. (2019). The association between multiple sclerosis and pain medications. *Pain*, 160(2), 424-432.
- Carlson, L. E., Ursuliak, Z., Goodey, E., Angen, M., & Specca, M. (2001). The effects of a mindfulness meditation-based stress reduction program on mood and symptoms of stress in cancer outpatients: 6-month follow-up. *Supportive Care in Cancer*, 9(2), 112-123.
- Craig, A.W. (2001). *Cognitive behaviour therapy for chronic medical problems: a guide to assessment and treatment in practice*. 1st ed. Wiley.
- Cruess, D.G., Antoni, M.H., Schneiderman, N., Ironson, G., McCabe, P., Fernandez, J.B.,... & Kumar, M. (2000). Cognitive-behavioral stress management increases free testosterone and decreases psychological distress in HIV-seropositive men. *Health Psychology*, 19(1), 12-20.
- Hann, K.E., & McCracken, L.M. (2014). A systematic review of randomized controlled trials of Acceptance and Commitment Therapy for adults with chronic pain: Outcome domains, design quality, and efficacy. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3(4), 217-227.
- Harrison, A.M., McCracken, L.M., Jones, K., Norton, S., & Moss-Morris, R. (2017). Using mixed methods case-series evaluation in the development of a guided self-management hybrid CBT and ACT intervention for multiple sclerosis pain. *Disability and Rehabilitation*, 39(18), 1785-1798.
- Hayes, S.C. (2008). Climbing our hills: A beginning conversation on the comparison of acceptance and commitment therapy and traditional cognitive behavioral therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 15(4), 286-295.
- Hayes, S.C. (2019). Acceptance and commitment therapy: towards a unified model of behavior change. *World Psychiatry*, 18(2), 226-227.
-

- 
- Hayes, S.C., Luoma, J., Bond, F., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes, and outcomes. *Behavior Research and Therapy*, 44(1), 1-25.
- Joseph, J.P. (2019). *Diagnosis of Multiple Sclerosis. In Multiple Sclerosis*. IntechOpen.
- Kahraman, T., Özdoğan, A. T., Ertekin, Ö., & Özakbaş, S. (2019). Frequency, type, distribution of pain and related factors in persons with multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis and Related Disorders*, 28, 221-225.
- Martin, K.J. (2018). *Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy self-help for carers of people with multiple sclerosis: A feasibility randomised controlled trial* (Doctoral dissertation, University of Nottingham).
- Melzack, R., & Wall, P.D. (2016). *Interaction of fast and slow conducting fibre systems involved in pain and analgesia*. Proc. 3rd Int. Pharm. Meet, 9, 231-242.
- Nordin, L., & Rorsman, I. (2012). Cognitive behavioural therapy in multiple sclerosis: a randomized controlled pilot study of acceptance and commitment therapy. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 44(1), 87-90.
- Pakenham, K.I., Scott, T., & Uccelli, M.M. (2018). Evaluation of Acceptance and Commitment Therapy Training for Psychologists Working with People with Multiple Sclerosis. *International Journal of MS Care*, 20(1), 44-48.
- Sheppard, S.C., Forsyth, J.P., Hickling, E.J., & Bianchi, J. (2010). A novel application of acceptance and commitment therapy for psychosocial problems associated with multiple sclerosis: Results from a half-day workshop intervention. *International Journal of MS Care*, 12(4), 200-206.
- Simons, J. S & Gaher, R.M. (2005). The distress tolerance scale: Development & validation of a self report measure. *Motivation & Emotion*, 20(9), 83- 102.
- Taub, C., Fisher, H., Amiel, C., Jutagir, D., Bouchard, L., Gudenkauf, L., ... & Antoni, M. (2017). Baseline pain intensity and pain interference moderate effects of cognitive behavioral stress management on leukocyte inflammatory gene expression in women with breast cancer. *The Journal of Pain*, 18(4), S81.
- Wetherell, J.L., Afari, N., Rutledge, T., Sorrell, J.T., Stoddard, J.A., Petkus, A.J., ... & Atkinson, J.H. (2011). A randomized, controlled trial of acceptance and commitment therapy and cognitive-behavioral therapy for chronic pain. *Pain*, 152(9), 2098-2107.
-