

اثر بخشی واقعیت‌درمانی بر کاهش تعارض‌های زناشویی

و ناامیدی در زنان مبتلا به ام اس

مجتبی یوسفی‌کیا*، ابوالقاسم خوش‌کنش، هاجر فلاح‌زاده

گروه مشاوره، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران

تاریخ وصول: ۱۸/۸/۱۳۹۵ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۳/۲۱

چکیده:

زمینه و هدف: بیماری ام اس، جزء گروهی از بیماری‌های سیستم عصبی است که با تخریب غلاف میلین راه‌های عصبی همراه است. عوارض این بیماری به دلیل ماهیت ناتوان‌کننده آن تمام جنبه‌های زندگی فرد مبتلا را در بر می‌گیرد و در نتیجه امید به زندگی بیمار را کاهش می‌دهد. کاهش امید به زندگی نیز در به وجود آمدن تعارض‌های زناشویی در زندگی این بیماران نقش چشمگیری دارد. در این راستا، پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی واقعیت‌درمانی بر کاهش تعارض‌های زناشویی و ناامیدی در زنان مبتلا به ام اس انجام شد.

روش بررسی: روش پژوهش، شبه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش، شامل کلیه بیماران زن مبتلا به ام اس مراجعه کننده به انجمن ام اس و بیمارستان تخصصی سینای شهر تهران در سال ۱۳۹۴ بود. با روش نمونه‌گیری در دسترس، از میان آن‌ها، تعداد ۳۱ نفر از بیماران مبتلا به ام اس که دچار تعارض‌های زناشویی و ناامیدی بوده و ملاک‌های ورود به پژوهش را دارا بودند، انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جایگزین شدند. قبل از اجرای برنامه مداخله، دو گروه به وسیله پرسش‌نامه‌های تعارض‌های زناشویی ثنایی و ناامیدی بک آزمون شدند، سپس گروه آزمایش به مدت ۱۰ جلسه ۲ ساعته تحت آموزش‌های واقعیت‌درمانی قرار گرفتند و گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. بعد از اجرای برنامه مداخله، هر دو گروه به وسیله پرسش‌نامه‌های مذکور مورد آزمون قرار گرفتند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که واقعیت‌درمانی گروهی، باعث تفاوت معنی‌دار آماری ($p < 0.001$) بین مراحل پیش‌آزمون ($M=112/90$) و پس‌آزمون ($M=90/06$) در نمره کلی تعارض‌های زناشویی و همچنین مراحل پیش‌آزمون ($M=17/01$) و پس‌آزمون ($M=13/70$) ناامیدی در گروه آزمایش شد. یعنی در مرحله پس‌آزمون بعد از کنترل نمرات پیش‌آزمون، گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل تعارض‌های زناشویی و ناامیدی کمتری را گزارش کردند.

نتیجه‌گیری: واقعیت‌درمانی به صورت گروهی در بیماران ام اس باعث می‌شود تا نیازهای خود را بشناسند و درباره آن با همسران خود گفتگو کنند، در نتیجه می‌تواند نقش مهمی در بهبود تعارض‌های زناشویی و نیز کاهش ناامیدی آن‌ها داشته باشد.

واژه‌های کلیدی: واقعیت‌درمانی، تعارض‌های زناشویی، ناامیدی، بیماری ام اس.

* نویسنده مسئول: مجتبی یوسفی‌کیا، تهران، دانشگاه شهید بهشتی، گروه مشاوره

Email: mohajer_kia69@yahoo.com

مقدمه

توافق شناخته می‌شود و درمانگران سیستمی آن را تنازع بر سر تصاحب پایگاه و منافع قدرت و حذف امتیازات دیگری می‌دانند. به عبارتی کنش و واکنش دو فرد که قادر نیستند منظور خود را تفهیم کند، تعارض نامیده می‌شود (۸). بنابراین وجود تعارض زناشویی ناشی از واکنش نسبت به تفاوت‌های فردی است و گاهی اوقات، آن قدر شدت می‌یابد که احساس خشم، خشونت، کینه، نفرت، حسادت و سوءرفتار کلامی و فیزیکی در روابط زوجین حاکم می‌شود و به شکل حالات تخریب‌گر و ویرانگر بروز می‌کند (۷). از طرفی بیماری‌های مزمن مثل ام اس سبب ایجاد مشکلات متفاوتی نظیر؛ مشکلات ارتباطی، تغییرات شخصیتی، بی‌ثباتی هیجانی، مشکلات مالی و غیره می‌شود که از سویی باعث دگرگونی و تعارض در روابط زناشویی و از سوی دیگر باعث به وجود آمدن اختلالات روان‌شناختی می‌شود (۹).

بیماری ام اس علاوه بر مشکلات جسمی، اختلالات روحی و روانی متعددی مثل اضطراب و ناامیدی را نیز در بیمار ایجاد می‌کند و بیمار به دلیل احساس متفاوت بودن با دیگران دچار حالت‌هایی از احساس تنهایی و انزوا و ناامیدی می‌شود (۱۰). در تعریف ناامیدی می‌توان گفت؛ ناامیدی، نظامی از طرح‌واره‌های منفی است که فرد هم نسبت به خود و هم نسبت به آینده‌اش دارد (۱۱) و دل‌مردگی ناشی از افسردگی است که می‌تواند خود را در قالب از دست

بیماری ام اس، یک بیماری مزمن و ناتوان کننده عصبی است که میلین سیستم اعصاب مرکزی را تخریب می‌کند و به دنبال آن به تدریج بخشی از عضلات بدن، توانایی خود را از دست می‌دهند (۱). مبتلایان به ام اس به دلایل اختلالات سیستم ایمنی در برابر عفونت‌ها آسیب‌پذیرترند، اما مشخص نیست که در بروز این بیماری بین آلودگی‌های ویروسی و غیر ویروسی کدامیک نقش مهم‌تری دارد (۲). این بیماری در زنان سه برابر بیشتر از مردان بوده و میانگین سنی ۳۰ سال را بیشتر درگیر می‌سازد (۳ و ۴). طبق آخرین برآورد انجمن ام اس در ایران، در سال ۱۳۹۳، حدود ۶۰ هزار نفر در ایران، مبتلا به ام اس بوده و هستند که اکثر این افراد را زنان با میانگین سنی ۲۰ تا ۴۰ سال، تشکیل می‌دهند (۵). از علایم شایع این بیماری می‌توان به خستگی، افسردگی، اختلالات شناختی، عدم تعادل و درد و تعارض‌های خانوادگی اشاره کرد که این علایم و نشانه‌ها تأثیر منفی قابل توجهی بر کیفیت زندگی زناشویی گذاشته و باعث به وجود آمدن تعارض‌های و تنیدگی‌های مختلفی در زندگی این بیماران می‌شود (۶).

فرآیند تعارض زمانی به وجود می‌آید که یکی از طرفین رابطه احساس کند طرف مقابلش بعضی از مسایل مورد علاقه او را سرکوب می‌کند (۷). تعارض به عنوان فرآیندی تعاملی است که با ناسازگاری و عدم

رفتن امید به آینده نشان‌دهنده؛ در این شرایط، فرد احساس نامطلوب نسبت به خود و آینده دارد(۱۲). وقتی انسان‌ها در شرایط عجز و ناتوانی قرار می‌گیرند، دچار حالت درماندگی می‌شوند که هسته افسردگی و ناامیدی است. در این گونه شرایط، احساسات فرد، درونی، دایمی و فراگیر می‌شود(۱۳). بنابراین بیماران ام اس که از درمان‌های خود نتیجه مطلوب نگرفته، در تبیین بیماری خود، امکان کنترل شخصی(هماهنگ با منبع کنترل درونی) بر بیماری خود را میسر نمی‌بینند و تأثیرات منفی بیماری را بر جسم، روابط زناشویی، زندگی و اهداف خود مشاهده می‌کنند. شواهد نشان می‌دهد، حدود ۲۱ درصد بیماران ام اس به مشکلات روانی و ناامیدی مبتلا هستند(۱۴).

یکی از درمان‌هایی که به کنترل علائم بیماری کمک می‌کند و باعث سلامت روان بیماران می‌شود، واقعیت‌درمانی می‌باشد(۹). واقعیت‌درمانی بر اساس نظریه انتخاب بنا شده است. در این نظریه اعتقاد بر این است که هر آنچه از فرد سر می‌زند یک رفتار است و تقریباً تمام رفتارهای ما انتخاب می‌شوند(۱۵). گلاسر رفتار را شامل چهار مؤلفه؛ عمل، فکر، احساس و فیزیولوژی می‌داند که فرد بر دو مؤلفه عمل و فکر به طور مستقیم و بر احساس و فیزیولوژی به طور غیر مستقیم کنترل دارد و تأکید اساسی نظریه انتخاب بر دو مؤلفه عمل و فکر است. بر اساس نظریه

واقعیت‌درمانی، انسان‌ها دارای انگیزه‌های درونی هستند تا نیاز عشق و تعلق خاطر، احساس قدرت کردن، آزادی، بقاء، سلامت و تفریح را محقق کنند. این نظریه اذعان می‌دارد که مردم می‌توانند با انتخاب آگاهانه احساسات و رفتارشان، زندگی خود را بهتر کنند(۱۶).

از نظر گلاسر تعارض زناشویی ناشی از ناهماهنگی زن و شوهر در نوع نیازها و روش‌های رضای آن، خودمحوری، اختلاف در خواسته‌ها است. به عبارت دیگر ماهیت ارتباط و شیوه ارتباط زوجین، سرچشمه عمده ناخشنودی و تعارض‌های زناشویی می‌باشد(۱۷). در افراد دچار بیماری ام اس نیز ناکامی در برآورده نمودن نیازها، نه تنها به دلیل مشکل در سیستم اعصاب، بلکه به دلیل انتخاب‌های نامؤثر و نیز از سوی دیگر باور بر روان‌شناسی کنترل بیرونی(که منشأ رفتار را در بیرون از فرد می‌داند) و نداشتن احساس کنترل بر زندگی می‌باشد که باعث به وجود آمدن تعارض‌های مختلف در زندگی و ناامیدی می‌شود(۱۸).

مطالعه‌های مختلفی حاکی از اثربخشی واقعیت‌درمانی در مشاوره ازدواج و خانواده‌ها و کاهش واکنش منفی زوج‌های دارای تعارض(۱۹ و ۲۰)، کیفیت و رضایت‌مندی زندگی زناشویی(۲۱)، کاهش تعارض‌های(۲۲ و ۲۳) بوده است. پاشا و امینی(۲۴) در نتایج پژوهش خود تأثیر واقعیت‌درمانی را بر امید به

روش بررسی

این مطالعه از نوع پژوهش‌های نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با دو گروه آزمایش و گروه گواه بود که نمونه آماری، شامل ۳۱ بیمار زن مبتلا به ام اس مراجعه کننده به انجمن ام اس و بیمارستان تخصصی سینا در شهر تهران در سال ۱۳۹۴ به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. به این صورت که ابتدا از بین انجمن‌های ام اس و پلی‌کلینیک‌های تخصصی و فوق تخصصی، بیمارستان سینا و انجمن ام اس ایران، به صورت در دسترس و بر اساس همکاری مدیران آنها برگزیده و پس از آن نیز به صورت در دسترس تعداد ۱۵۰ نفر از بیماران زن مبتلا به ام اس مراجعه کننده به این مراکز، پرسش‌نامه تعارض‌های زناشویی و ناامیدی را تکمیل کردند. بعد از بررسی پرسش‌نامه‌ها، تعداد ۳۱ نفر از بیماران مبتلا به ام اس که میانگین نمره به دست آمده آن‌ها از پرسش‌نامه تعارض‌های زناشویی و ناامیدی یک انحراف معیار بالاتر از میانگین بود و نیز سایر ملاک‌های ورود به پژوهش را دارا بودند، انتخاب شدند. سپس به صورت تصادفی، ۱۵ بیمار زن در گروه آزمایش و ۱۶ نفر دیگر در گروه گواه قرار گرفتند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: سن بیماران بین ۲۵ تا ۵۰ سال، حداقل میزان تحصیلات دیپلم، گذشتن حداقل شش ماه از ابتلای آن‌ها به بیماری ام اس، عملکرد شناختی بیمار دچار

زندگی و اضطراب همسران شهدا بررسی کرد و نتایج نشان داد که واقعیت‌درمانی باعث کاهش امید به زندگی و کاهش اضطراب این افراد مؤثر بوده است. از جمله درمان‌های روان‌شناختی دیگری که اثربخشی خود را بر روی بیماران ام اس نشان دادند، می‌توان پژوهش مردانی و غفاری (۱۲) که به بررسی اثربخشی معنا درمانی بر کیفیت زندگی و امید به زندگی بیماران مبتلا به ام اس پرداختند، یا پژوهش عمرانی و همکاران (۵) که به بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری به شیوه گروهی بر امید به زندگی بیماران مبتلا به ام اس و پژوهش قمری و حسینی (۱۰) که به بررسی اثربخشی گروه‌درمانی شناختی و اگزستانسالیسم بر ناامیدی افراد مبتلا به ام اس را تأیید کرده‌اند اشاره نمود، اما با توجه به عدم وجود مطالعه جامعی که همه ابعاد تعارض‌ها و مشکلات زناشویی و نیز ناامیدی را در زنان مبتلا به بیماری ام اس با روش مداخله واقعیت‌درمانی بررسی کرده باشد، با توجه به مزمن بودن بیماری ام اس و روند رو به پیشرفت و تدریجی علایم در بسیاری از بیماران و پیامدهای مخرب روان‌شناختی که این بیماری برای فرد و خانواده به بار می‌آورد، انجام این مطالعه، ضروری به نظر می‌رسید، لذا پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی واقعیت‌درمانی بر کاهش تعارض‌های زناشویی و ناامیدی در زنان مبتلا به ام اس انجام شد.

آسیب شدید نشده باشد و توانایی شرکت در جلسه‌ها و انجام تکالیف را داشته باشد، نمره به دست آمده از پرسش‌نامه تعارض‌های زناشویی و ناامیدی بیماران مبتلا به ام اس بالاتر از حد میانگین باشد، یعنی دارای تعارض شدید یا روابط آسیب‌پذیر و ناامیدی باشند.

ابزار مورد استفاده در این پژوهش پرسش‌نامه ناامیدی بک و پرسش‌نامه تعارض‌های زناشویی ثنایی بودند. پرسش‌نامه ناامیدی بک در سال ۱۹۷۶ به وسیله بک برای بررسی و اندازه‌گیری میزان انتظارات منفی فرد درباره حوادث آینده ساخته شده است و یک مقیاس ۲۰ سوالی که فرد باید با خواندن هر آیت پاسخ درست یا غلط به آن بدهد و سه بعد ناامیدی فرد را می‌سنجد: احساس فرد نسبت به آینده، بی‌انگیزگی یا از دست دادن انگیزه و انتظارات. این پرسش‌نامه برای افراد ۱۷ تا ۸۰ ساله طراحی شده است و نمره کسب شده در آن بین ۰ تا ۲۰ است که نمره بالاتر نشانه ناامیدی بیشتر است. برای نمره‌گذاری پرسش‌نامه، به هر گویه نمره ۰ یا ۱ داده می‌شود. در پژوهش گودرزی (۲۵) پایایی این مقیاس با روش بازآزمایی، مورد آزمون قرار گرفت. ضریب همبستگی پیرسون بین نمرات آزمون اول و دوم برابر با $r=0/71$ و در سطح $p<0/001$ معنی‌دار بود. این ضریب نشان‌دهنده پایایی نسبتاً خوب آزمون با روش بازآزمایی می‌باشد. به منظور بررسی میزان همسانی درونی سؤالات مقیاس، ضریب همسانی

درونی بین تمامی سؤالات مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ محاسبه شد که این ضریب برابر با $0/77$ بود که حاکی از همسانی درونی بالای مقیاس است. همچنین جهت بررسی روایی این مقیاس، همبستگی این مقیاس با پرسش‌نامه افسردگی بک محاسبه شد که ضریب همبستگی پیرسون نشان داد، این ضریب از نظر آماری معنی‌دار است ($p<0/001$ ، $r=0/57$). همچنین دژکام (۲۶) اعتبار مقیاس را با استفاده از ضریب همسانی درونی (آلفای کرونباخ) $0/79$ به دست آورد که برای انجام امور پژوهشی کافی است. در پژوهش حاضر میزان ضریب آلفای کرونباخ $0/68$ به دست آمد.

پرسش‌نامه تعارض‌های زناشویی ثنایی، یک ابزار ۴۲ سوالی است که برای سنجیدن تعارض‌های زن و شوهری و بر مبنای تجربه‌های بالینی ثنایی در سال ۱۳۷۹ ساخته شده است و تعارض‌های زناشویی را در هفت بعد؛ کاهش همکاری، کاهش رابطه جنسی، افزایش واکنش‌های هیجانی، افزایش جلب حمایت فرزندان، افزایش رابطه فردی با خویشاوندان خود، کاهش رابطه خانوادگی با خویشاوندان همسر و دوستان و جدا کردن امور مالی از یکدیگر مورد سنجش قرار می‌دهد. نمره‌گذاری سؤالات به روش لیکرت است. گزینه‌ها به شکل «همیشه، اکثراً، گاهی، به ندرت، هرگز» بیان می‌شوند که به صورت ۱ تا ۵ نمره‌گذاری می‌شود. نمره پایین حاکی از تعارض

تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جایگزین شدند. بسته مداخله واقعیت‌درمانی در طی ۱۰ جلسه و به صورت گروهی طی جلسه‌های هفتگی در مدت زمانی دو ماه و نیم به بیماران مبتلا به ام اس گروه آزمایش ارائه شد. هر جلسه دو ساعت طول می‌کشید. در ابتدای هر جلسه در مورد تکالیف جلسه قبل بحث و گفتگو و سپس مطالب آموزشی ارائه می‌شد. بیماران مطالب را به صورت مکتوب دریافت می‌کردند و سپس در مورد آن گفتگو می‌شد. بسته مداخله‌ای حاضر که بر اساس فنون مبتنی بر واقعیت‌درمانی و کتاب تئوری انتخاب گلاسر (۱۶) طراحی شده است، با هدف کمک به بیماران به منظور حرکت از رفتارهای ناکارآمد به رفتارهای کارآمد، از انتخاب‌های مخرب به سازنده و از همه مهم‌تر از سبک زندگی ناخشنود به سبک زندگی خشنود به اجرا درآمد. خلاصه محتوای جلسه‌های مداخله واقعیت‌درمانی در جدول ۱ ارائه شده است. بعد از اتمام جلسه‌های آموزشی هر دو گروه آزمایش و گواه مجدداً پرسش‌نامه تعارض‌های زناشویی و ناامیدی را به عنوان پس‌آزمون پاسخ دادند. قابل ذکر است بعد از اتمام اجرای پژوهش، گروه گواه نیز در چهار جلسه مداخله واقعیت‌درمانی شرکت نمودند. داده‌های به دست آمده نیز از طریق روش‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) و روش آمار استنباطی تحلیل کواریانس چندمتغیره و با به کارگیری نرم‌افزار SPSS تحلیل شدند.

طبیعی و نمره بالاتر نشانه شدت تعارض است. حداکثر نمره کل پرسش‌نامه ۲۱۰ و حداقل آن ۴۲ می‌باشد. ضریب آلفای کرونباخ و تنصیف برای کل پرسش‌نامه به ترتیب برابر با ۰/۶۴ و ۰/۵۶ به دست آمد و ضریب آلفای کرونباخ در هفت زیرمقیاس کاهش همکاری ۰/۸۱، کاهش رابطه جنسی ۰/۶۱، افزایش واکنش‌های هیجانی ۰/۷۰، افزایش جلب حمایت فرزندان ۰/۳۳، افزایش رابطه با خویشاوندان خود ۰/۸۶، کاهش رابطه خانوادگی با خویشاوندان همسر و دوستان ۰/۸۱ و جدا کردن امور مالی از یکدیگر ۰/۷۱ گزارش شد. در این پرسش‌نامه در مرحله تحلیل مواد آزمون، پس از اجرای مقدماتی و محاسبه همبستگی هر سؤال با کل پرسش‌نامه و زیرمقیاس‌های آن، ۱۳ سؤال از ۵۵ سؤال اولیه حذف شده است (۲۷). بشکار (۲۸) پایایی این آزمون را با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۵ به دست آورد. همچنین روایی محتوایی پرسش‌نامه به وسیله گروهی از متخصصان و اساتید راهنما و مشاور، بررسی و مورد تأیید قرار گرفته است (۲۹). در پژوهش حاضر نیز میزان ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۷۷ درصد بود.

شیوه اجرا: بعد از مراحل تشخیص و نمونه‌گیری، برای بیمارانی که شرایط لازم جهت اجرای پژوهش را دارا بودند جلسه معارفه‌ای برگزار شد و از آن‌ها به صورت کتبی رضایت آگاهانه جهت شرکت در جلسه‌های مداخله گرفته شد و به صورت

یافته‌ها

بر اساس نتایج این پژوهش میانگین سن بیماران مبتلا به ام اس گروه آزمایش و کنترل، ۳۵ سال و ۴ ماه بود. در جدول (۲) اطلاعات توصیفی مربوط به متغیر تعارض زناشویی و مؤلفه‌های آن و ناامیدی به صورت تفکیک پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه آزمایش و کنترل ارائه شده است. چنان‌که در جدول ۲ ملاحظه می‌شود، میانگین گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل، در مرحله پس‌آزمون، در متغیرهای تعارض زناشویی به صورت کلی و مؤلفه‌های آن که شامل؛ کاهش همکاری، کاهش رابطه جنسی، افزایش واکنش‌های هیجانی، افزایش جلب حمایت فرزندان، افزایش رابطه با خویشاوندان خود، کاهش رابطه خانوادگی با خویشاوندان همسر و دوستان و جدا کردن امور مالی از یکدیگر است، نسبت به پیش‌آزمون کاهش محسوس نشان می‌دهد. همچنین در متغیر ناامیدی با کاهش نمرات گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون روبرو هستیم که این کاهش در نمرات گروه کنترل محسوس نیست.

پیش‌فرض‌های توزیع نرمال و همسانی واریانس‌های متغیرهای وابسته که از پیش فرض‌های آماری استفاده از آزمون‌های پارامتریک است، به وسیله آزمون‌های کولموگروف - اسمیرنوف، آزمون لوین و آزمون m باکس با مقادیر ($p > 0.05$) مورد تأیید قرار گرفت، لذا می‌توان از تحلیل کواریانس استفاده کرد.

برای آزمون این فرضیه که مداخله واقعیت‌درمانی بر کاهش تعارض‌های زناشویی و ناامیدی زنان مبتلا به ام اس تأثیر دارد، از آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیره استفاده شد که نتایج آن در جداول ۳ و ۴ گزارش شده است.

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد، با حذف تأثیر پیش‌آزمون و با توجه به ضریب $F(8/45)$ محاسبه شده بین میانگین‌های تعدیل شده نمرات تعارض زناشویی به صورت کلی شرکت‌کنندگان بر حسب عضویت گروهی «آزمایش و کنترل» در مرحله پس‌آزمون تفاوت معنی‌داری مشاهده می‌شود ($p < 0.05$). همچنین با توجه به اندازه اثر گزارش شده می‌توان گفت که ۶۷ درصد تغییرات در واریانس این متغیر ناشی از اجرای واقعیت‌درمانی گروهی است. همچنین نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد، با حذف تأثیر متغیر پیش‌آزمون و با توجه به ضریب $F(10/24)$ محاسبه شده، بین میانگین‌های تعدیل شده نمرات ناامیدی در بیماران شرکت‌کننده بر حسب عضویت گروهی «آزمایش و کنترل» در مرحله پس‌آزمون تفاوت معنی‌داری مشاهده می‌شود ($p < 0.05$). همچنین با توجه به اندازه اثر گزارش شده می‌توان گفت که ۴۶ درصد تغییرات در واریانس این متغیر ناشی از اجرای مداخله واقعیت‌درمانی (گروهی) است. بنابراین این نکته بیانگر آن است که با احتمال ۹۵ درصد می‌توان اظهار کرد که فرض صفر پژوهش به صورت درست رد شده است.

بحث

بیماری ام اس، جزء گروهی از بیماری‌های سیستم عصبی است که با تخریب غلاف میلین راه‌های عصبی همراه است. عوارض این بیماری به دلیل ماهیت ناتوان‌کننده آن تمام جنبه‌های زندگی فرد مبتلا را در بر می‌گیرد و در نتیجه امید به زندگی بیمار را کاهش می‌دهد. کاهش امید به زندگی نیز در به وجود آمدن تعارض‌های زناشویی در زندگی این بیماران نقش چشمگیری دارد (۵). در این راستا، پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی واقعیت‌درمانی بر کاهش تعارض‌های زناشویی و ناامیدی در زنان مبتلا به ام اس انجام شد. نتایج پژوهش حاکی از کاهش تعارض‌های زناشویی زنان مبتلا به ام اس گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه در مرحله پس‌آزمون بود. این یافته‌ها با پژوهش اکبری و دیناروند (۲۰)، فرحبخش (۱۹)، برومند و همکاران (۲۲) و سجادی و عمران (۲۳) هم‌سو بود. پژوهش‌های ذکر شده در راستای بررسی اثربخشی واقعیت‌درمانی بر کاهش تعارض‌های زناشویی اجرا شدند، اما جمعیت‌های خاص از جمله زوجین دارای بیماری‌های خاص و یا دارای مشکلات جسمی مورد توجه قرار نگرفتند. در تبیین یافته‌های فوق می‌توان گفت، بر اساس نظریه واقعیت‌درمانی، هریک از زوجین به عنوان یک فرد با نیازهای خاص خودش وارد زندگی زناشویی می‌شود. هرگاه نیازهای اساسی او در محیط خانواده بنا به دلایل مختلف از جمله تأثیر مشکلات جسمی یا

درگیری با بیماری برآورده نشود یا در تعارض با همسر قرار بگیرد، دچار تنش شده و برای رهایی از این تنش راهی را انتخاب می‌کند که نتیجه آن تعارض‌ها و نارضایتی از زندگی را به دنبال دارد. به عبارت دیگر وقتی که فرد داشته‌های احساس شده خود در محیط را در کفه ترازویی قرار می‌دهد که در کفه دیگر آن خواسته‌های اوست دچار تنش می‌شود. بنابراین برای حل تعارض‌های زناشویی از این نابرابری خواسته‌ها، مداخله واقعیت‌درمانی می‌تواند در تغییر خواسته، تغییر رفتار سیستماتیک واکنشی به عدم تعادل و تغییر درک از محیط مفید و مؤثر واقع گردد (۲۱). هدف واقعیت‌درمانی گلاسر، کاهش روانشناسی کنترل خارجی و رشد روانشناسی کنترل داخل است تا زوجین نیاز به کنترل همسر را در خود کاهش داده و بیشتر به کنترل خود بپردازند. به علاوه هریک از آن‌ها رفتارهای خود را مورد ارزیابی قرار دهند که تا چه اندازه می‌تواند زندگی زناشویی آن‌ها را با وجود مشکلات از جمله درگیری با بیماری تقویت و مستحکم سازد (۲۳). در این پژوهش نیز روی این موارد کار شد و سعی شد که به زنان مبتلا به بیماری ام اس آموزش داده شود تا قبل از این که به فکر کنترل همسر، پدر و مادر و اقوام همسر خود باشند، سعی کنند رفتار خود را کنترل کنند که این امر در کاهش تعارض‌های زناشویی آنان مفید واقع شد.

جدول ۱: خلاصه محتوای جلسه‌های مداخله واقعیت‌درمانی

جلسه	عنوان جلسه	اهداف
اول	آشنایی	آشنایی اعضای گروه با یکدیگر، برقرار رابطه عاطفی میان اعضا و درمانگر، بحث در مورد اهداف و قوانین گروه
دوم	آموزش مفاهیم نظریه واقعیت‌درمانی	معرفی چرایی و چگونگی صدور رفتار از سوی ما و بررسی مفهوم ارتباط با دیگران، آشنایی با ویژگی‌های ارتباط مؤثر
سوم	آشنایی با بیماری ام اس و تأثیرات و بازتاب آن در ذهن و زندگی	معرفی بیماری ام اس به زبان ساده و این که چگونه احساسات، هیجان‌ها و ناسازگاری‌های رفتاری توام با آن از بیماری متأثر بوده و آشنایی افراد با چگونگی کنترل فکر
چهارم	معرفی رفتار کلی	آشناسازی افراد گروه با ۴ مؤلفه رفتار کلی (فکر، عمل، احساس و فیزیولوژی) و نیز آشنایی با معنا و مفهوم انتخاب و تصمیم‌گیری، اهمیت انتخاب مؤثر
پنجم	معرفی تعارض زناشویی و ناامیدی از منظر تئوری انتخاب	بحث در خصوص معنای زندگی و چالش با از دست دادن معنا در زندگی و آشنایی با دنیای مطلوب زوجین، معرفی و توضیح تعارض‌های چهارگانه زناشویی
جلسه ششم	معرفی رفتارهای تخریب‌گر و سازنده در روابط	قرار گرفتن بیمار در جریان عملی رفتار با معرفی هفت رفتار تخریب‌گر و هفت رفتار سازنده در روابط و به وجود آوردن بینش و تشویق بیماران برای تغییر نگاه نسبت به رفتارهایشان با توجه به تجربه‌های جدید
هفتم	آموزش اصول ده گانه تئوری انتخاب	پذیرش مسئولیت در قبال رفتار با معرفی و بحث پیرامون کنترل دورنی با آموزش اصول ده گانه تئوری انتخاب
هشتم	تدوین طرح عینی جهت تغییر افکار و اعمال مرتبط با بیماری	معرفی سیستم WDEP و کمک به گروه در جهت تدوین یک طرح عینی جهت تغییر بهینه عمل و فکر مرتبط با بیماری و انجام کارهای مؤثر برای تغییر فیزیولوژی و احساس
نهم	آموزش زندگی کردن در زمان حال	آموزش این که وقایع زمان گذشته، مربوط به گذشته است و تغییر در آن‌ها ممکن نیست و فقط وضع موجود و آینده قابل تغییر است و تاکید بر زمان حال
دهم	شیوه حفظ و افزایش تغییرات	مرور جلسه‌های قبلی و ارزیابی میزان پیشرفت بیماران، آموزش حفظ و افزایش تغییرات ایجاد شده و زمینه‌سازی تعهد لازم جهت کاربرد آموخته‌ها برای خلق زندگی و روابط بهتر

جدول ۲: اطلاعات توصیفی متغیرهای تعارض زناشویی و مؤلفه‌های آن و ناامیدی به تفکیک مرحله سنجش در گروه آزمایش و کنترل

شاخص آماری	گروه آزمایش	گروه کنترل	
		میانگین	انحراف استاندارد
تعارض کلی	پیش آزمون	۱۱۲/۹۰	۴/۲۵
	پس آزمون	۹۰/۰۶	۷/۰۴
کاهش همکاری	پیش آزمون	۱۹/۴۰	۲/۱۱
	پس آزمون	۱۵/۰۲	۱/۱۸
کاهش رابطه جنسی	پیش آزمون	۱۵/۹۸	۱/۰۱
	پس آزمون	۱۵/۰۵	۰/۶۲
افزایش واکنش‌های هیجانی	پیش آزمون	۲۸/۰۰	-۰/۶۲
	پس آزمون	۲۰/۰۰	۱/۳۰
افزایش جلب حمایت فرزندان	پیش آزمون	۲۳/۴۰	۲/۰۲
	پس آزمون	۲۰/۰۲	۱/۲۹
افزایش رابطه با خویشاوندان خود	پیش آزمون	۱۹/۷۳	۱/۱۰
	پس آزمون	۱۶/۴۱	۱/۰۰
کاهش رابطه خانوادگی با خویشاوندان	پیش آزمون	۲۴/۷۳	۱/۲۷
	پس آزمون	۱۹/۰۵	-۰/۷۹
همسر و دوستان	پیش آزمون	۱۲/۸۰	۱/۱۰
	پس آزمون	۱۲/۸۰	۱/۱۰
جداکردن امور مالی از یک دیگر	پیش آزمون	۱۲/۸۶	۱/۰۰
	پس آزمون	۱۲/۸۶	۱/۰۰
ناامیدی کلی	پیش آزمون	۱۷/۰۱	-۰/۲۲
	پس آزمون	۱۳/۷۰	-۰/۲۱

جدول ۳: آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره برای متغیر تعارض زناشویی

منابع تغییرات	میانگین مجزورات (MS)	درجه آزادی	مجموع مجزورات (SS)	F	معنی‌داری	اندازه اثر
پیش‌آزمون	۹۹۸۷/۸۶	۱	۹۹۸۷/۸۷			
گروه	۹۷۵۲/۲۴	۱	۹۷۵۲/۴۲	۸/۴۵	۰/۰۰۱	۰/۶۷
خطا	۳۰/۴۶	۲۷				
کل	۹۸۴۸	۳۰				

جدول ۴: آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره برای متغیر ناامیدی

منابع تغییرات	میانگین مجزورات (MS)	درجه آزادی	مجموع مجزورات (SS)	F	معنی‌داری	اندازه اثر
پیش‌آزمون	۱۱/۲۱	۱	۱۱/۲۱			
گروه	۷/۱۳	۱	۷/۱۳	۱۰/۲۴	۰/۰۰۵	۰/۴۶
خطا	۱۸/۹۲	۲۷				
کل	۳۷۷۳	۳۰				

به اختیار خود انسان است و از آنجا ناشی می‌شود که تصمیم بگیرد، هیچ‌گاه خود را کمتر از موجودی بی‌همتا و مهم نپندارد. شخص، امید را با تصمیم به داشتن آن به دست می‌آورد و مسئولیت تغییر زندگی خویش را در صورت نامطلوب بودن و حتی وجود بیماری‌های جسمانی مزمن، برعهده گرفته و علی‌رغم مخاطره‌های مربوطه این کار را انجام خواهد داد (۲۴). اگر فریاد بگیرد که نمی‌تواند به طور واقعی، مؤثر باشد، در تمام حالت رفتاری خود، احساس شکست می‌نماید. یادگیری در سرتاسر زندگی فرد به وقوع می‌پیوندد و یکی از مفاهیم اصول واقعیت‌درمانی نیز، یادگیری است (۳۰). تئوری انتخاب گلاسر به ما می‌آموزد که تنها کسی که می‌توانیم رفتار او را کنترل کنیم، خودمان هستیم و تنها روشی که به وسیله آن می‌توانیم وقایع محیطی را تحت کنترل در آوریم، انتخاب رفتار و اعمال ما

همچنین یافته‌های این پژوهش حاکی از کاهش نشانه‌های ناامیدی به صورت کلی زنان مبتلا به ام اس در گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه در مرحله پس‌آزمون بود. این یافته، هم‌سو با یافته‌های مردانی و غفاری (۱۲)، قمری و حسینی (۱۰) و عمرانی و همکاران (۵) بود که در پژوهش‌های خود نشان دادند مداخلات روان‌درمانی در کاهش ناامیدی و افزایش امیدواری بیماران مؤثر می‌باشد. در تبیین یافته‌های فوق باید گفت، ناامیدی، حالت تکان‌دهنده‌ای است که با احساس عدم امکانات، ناتوانی و بی‌علاقگی، آشکار می‌شود و فرد در اثر ناامیدی به شدت غیرفعال شده و نمی‌تواند موقعیت‌های زندگی را بسنجد و در نتیجه این مشکلات، قدرت تطبیق با تغییرات زندگی را ندارد (۱۰). هم‌چنین ناامیدی، رسیدن به هدف‌های فرد را مشکل می‌کند و روابط بین فردی را دچار اختلال می‌کند. امید،

نمی‌باشد. ما قربانی دیگران و یا گذشته نیستیم مگر این که خودمان این گونه انتخاب کنیم. صرف نظر از آنچه در گذشته اتفاق افتاده، آن چه که اکنون به آن نیاز داریم، عملکرد مؤثر و برنامه‌ریزی در زمان حال می‌باشد و وظیفه ما انجام آن چیزی است که برای بهبود روابط بین فردی کنونی ما، مورد نیاز است (۳۱).

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه گویای این است که ام اس با ویژگی‌های ناتوان‌کننده، مزمن و غیرقابل پیش‌بینی‌اش چالش‌های زیادی در زندگی بیماران ایجاد می‌کند. با توجه به سن جوانی که بیماری شروع می‌شود، بیماران مجبورند تا در برنامه‌های زندگی، خانواده و کار تجدیدنظر کرده و با عود بیماری و فقدان خودمختاری که سبب اضطراب، افسردگی، ناامیدی و نگرانی فراوان در آن‌ها می‌شود، مواجه شوند (۳۲). ناامیدی در بیماران ام اس معمولاً با کیفیت زندگی پایین و تعارض‌های زناشویی همراه است. مداخله واقعیت‌درمانی به صورت گروهی برای این بیماران به منظور بیان و سهیم شدن در تجربه‌های فردی بیماران دیگر، مؤثر بود. در این مداخله به آن‌ها آموزش داده شد تا نیازهای خود را بشناسند و درباره آن با همسران خود گفتگو کنند. آگاهی دادن به آن‌ها در مورد شدت نیازهای آنان و ایجاد حس مسئولیت در آن‌ها برای ارضای نیازهای آنها می‌تواند نقش مهمی در بهبود تعارض‌های زناشویی و نیز افزایش امیدواری آن‌ها داشته باشد. از محدودیت‌های این پژوهش فقدان

سنجش پیگیری در طرح مطالعه به دلیل عدم دسترسی آسان به شرکت‌کننده‌های گروه به علت وضعیت جسمانی و بیماری آن‌ها که باعث شد تداوم تأثیرات درمانی در این پژوهش سنجیده نشود و نیز نمونه آماری پژوهش، زنان مبتلا به ام اس شهر تهران بود که این نتایج قابل تعمیم به سایر بیماران مبتلا به ام اس و نیز سایر افراد دارای بیماری مزمن در سطح کشور نیست. همچنین با توجه به کارآمدی واقعیت‌درمانی گروهی در سلامت روان بیماران مزمن، پیشنهاد می‌شود تا بیمارستان‌ها و کلینیک‌ها تسهیلات لازم برای تشکیل مستمر گروه درمانی با مداخلات روان‌درمانی را فراهم آورند.

تقدیر و تشکر

این مطالعه حاصل پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه شهید بهشتی تهران می‌باشد. از مدیریت انجمن ام اس و بیمارستان تخصصی سینا و کلیه بیماران زن مبتلا به ام اس که در انجام این پژوهش همکاری کردند، تشکر و قدردانی می‌شود.

REFERENCES

1. Loma I, Heyman R. Multiple sclerosis: pathogenesis and treatment Current. Neuropharmacology 2012; 9(3): 40-8.
2. Talebzadeh M, Asemi M. National Assessment of patients with Multiple Sclerosis. Fourth International Congress of MS: Iran 2011; 152-4.
3. Tsang BK, Macdonell R. Multiple sclerosis: Diagnosis, management and prognosis. Australian family physician 2011; 40(12): 948-55.
4. Bikmoradi A, Zafari A, Oshvandi K, Roshanaei G. Effect of progressive muscle relaxation on severity of pain in patients with multiple sclerosis: a randomized controlled trial. Hayat 2014; 20(1): 26-37.
5. Omrani S, Mirzaeian B, Aghabagheri H, Hasanzadeh R, Abedini M. Effectuality of cognitive-behavioral therapy on the life expectancy of patients with Multiple Sclerosis. Journal of Mazandaran University Medical Science 2012; 22(93): 58-65.
6. Khezri Moghadam N, Ghorbani N, Bahrami H, Rostami R. Effectiveness of group therapy in reducing psychological symptoms in patients with MS. Clinical Psychology Journal 2012; 4(1): 13-22.
7. Young EM, Long L. Counseling and Therapy for Couples. New York: Intonation Thomson publishing company 1998; 143-7.
8. Karami Boldaji R, Sabetzadeh M, Fallahchay R, Zareii E. Adult attachment styles as predictors of marital conflict resolution styles among teachers married couples in Bandar Abbas. Family Counseling and Psychotherapy Journal 2014; 4(1): 85-112.
9. Farmani F. The effectiveness of reality therapy on reducing loneliness, anxiety and depression in patients with Multiple Sclerosis. Tehran: Allamatababaii 2014; 83-8.
10. Ghamari H, Hosseini Kiasari T. The effectiveness of cognitive-existential group therapy on hopelessness in patients with multiple sclerosis. Journal of Daneshvar Medicine 2014; 21(112): 1-11.
11. Ipek N. The levels of anxiety and hopelessness of primary education children with speech disorders and of their parents. Journal of Elementary Education Online 2010; 9(1): 23-30.
12. Mardanivalandani M, Ghaffari Z. The effectiveness of meaning therapy on quality of life and life expectancy of patients with multiple sclerosis in ShahreKord. Journal of Ilam Medicine Science 2015; 23(5): 45-58.
13. Bandura A. Self-efficacy and health behavior. London: Cambridge University Press 1997; 211-7.
14. Leonavicius R, Adomaitiene V. Impact of depression on multiple sclerosis patients life activities and treatment quality. Biologine Psichiatrijair Psycho Farmakologija 2012; 14(1): 8-12.
15. Glasser W. Reality therapy in action. New York: HarperCollins Publishers 2000; 96-104.
16. Glasser W. Choice Therapy. In: Sahebi A. Tehran: SayehSokhan Press 2012; 25-53.
17. Glasser W. Defining mental health as a public health problem. Chatsworth: William glasserInc 2005; 8 (2): 255-262.
18. Zandipour T. Attitude of patients with Multiple Sclerosis towards their quality of life and counseling services. Psychological Studies 2010; 5(2): 89-117.
19. Farahbakhsh K. Compare the effectiveness of cognitive-marital counseling Ellis, Glasser's reality therapy and mixing of the two in reducing marital conflicts. Doctoral thesis. Tehran: Allamatababaii 2004; 30-5.
20. Akbari M, Dinarvand FA. Effectiveness of therapy based on teaching choice theory on reduction of negative emotional reactions between couples with marital conflicts international. Journal of Basic Sciences & Applied Research 2014; 3: 38-41.
21. Dizjani F, Kharamin SH. The effect of reality therapy on marital satisfaction and quality of life. Armaghane Danesh 2016; 21(2): 187-99.
22. Boromand R, Sadeghifard M, Samavi SA. The effectiveness of group counseling based on the choice theory on reducing marital conflicts. American Journal Life Science Research 2013; 1(1): 9-11.
23. Sajjadi S, Emran A. Effectiveness of group therapy based on reality therapy in reduction of marital conflicts. Biological Letts 2015; 51(2): 127-31.
24. Pasha GH, Amini S. The impact of reality therapy on life expectancy and anxiety wives of martyrs. Journal of New Findings in Psychology 2010; 4(2): 37-51.

25. Goodarzi MA. The validity and reliability of the beck hopelessness scale in a group of students. *Journal of Shiraz University Medicine Science* 2002; 6(3): 38-49.
26. Dejkam N. Adaptation and standardization of beck hopelessness scale in students of islamic azad university of Tehran. Tehran: Islamic Azad University 2004; 93-5.
27. Sanaii B. The measurement scale family and marriage. Tehran: Besat Press; 2000; 105-16.
28. Boshkar SA. The effectiveness of teaching anger management skills in reducing marital conflicts in couples referred to the arbitration councils. MA thesis. Ahvaz: ShahidChamran University 2007; 8-11.
29. Amininasab E, Farahbakhsh K. The impact of attachment-based couple therapy to improve the adaptability of family and marital conflicts. *Research Counseling Journal* 2015; 14(54): 4-26.
30. Eslaminasab A. Psychology confidence. Tehran: Mehrdad Press 2013; 43-7.
31. Kory J. Theory and practice of counseling and psychotherapy. In: SeyedMohammadi Y(editor). Tehran: Arasbaran Publication 2013; 158-65.
32. Arnett PA, Randolph J. Longitudinal course of depression symptoms in multiple sclerosis. *Journal Neuron Neurosurgery Psychiatry* 2006; 77(5): 606-10.

The Effectiveness of Reality Therapy to Decrease the Marital Conflict and Despair in Women with Multiple Sclerosis

Yoysefikia M^{*}, Khoshkonesh A, Falahzadeh H

Counseling group, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran

Received: 8 Nov 2016 Accepted: 11 June 2018

Abstract

Background & Aim: Multiple Sclerosis (MS) is a part of a group of diseases of the nervous system that is associated with the destruction of the myelin sheath of the nervous system. Due to its disabling nature, the complications of this disease cover all aspects of the person's life and thus reduce the patient's life expectancy. The reduction of life expectancy also contributes to marital conflicts in the lives of these patients. In this regard, the present study was conducted to determine the effectiveness of real-therapies on reducing marital conflicts and hopelessness in women with MS.

Methods: The research method was a quasi-experimental design with pre-test post-test design with control group. The statistical population of this study included all women with MS who referred to the MS Society and Sine Hospital in Tehran in 2015. Using a suitable sampling method, 31 MS patients with marital conflicts and hopelessness were selected and randomly assigned to two experimental groups and evidence have been replaced. Before the intervention program, the two groups were tested by sickness and hopelessness conflict questionnaires, then the experimental group received real-therapeutic training for 10 sessions of 2 hours and the control group received no intervention. After intervention, both groups were tested by questionnaires. To analyze the data, multivariate analysis of covariance was used.

Results: The results of covariance analysis showed that group reality therapy caused a significant difference ($p < 0.001$) between pretest ($M = 112.90$) and post test ($M = 90.06$) in total score Marital conflicts as well as pretest ($M = 17.01$) and post-test ($M = 13.70$) were in the experimental group. In the post-test, after the control of the pre-test scores, the experimental group reported fewer marital conflicts and disappointment than the control group.

Conclusion: Group reality therapy in MS patients makes it possible to know their needs and talk about their spouses, thus it can play an important role in improving marital conflicts and reducing their hopelessness.

Key Words: Real-Therapy, Marital Conflict, Despair, MS Disease

***Corresponding author: Yoysefikia M**, Counseling Group, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran
Email: mohajer_kia69@yahoo.com

Please cite this article as follows:

Yoysefikia M, Khoshkonesh A, Falahzadeh H. The Effectiveness of Reality Therapy to Decrease the Marital Conflict and Despair in Women with Multiple Sclerosis. *Armaghane-danesh*, 2018; 23(3): 364-377