

اثربخشی آموزش غنی‌سازی روابط بین فردی مبتنی بر رویکرد هیجان مدار بر سازگاری

روانی- اجتماعی و سلامت اجتماعی زنان متأهل مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۸/۱۱/۱۱ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۹/۵/۱۶

مهناز علی اکبری دهکردی^۱

سهیلا دهخدایی*^۲

چکیده

مقدمه: مولتیپل اسکلروزیس یک بیماری ناتوان کننده است که مغز و نخاع را تحت تأثیر قرار می‌دهد و باعث بروز مشکلات عدیده جسمی و روانی می‌شود. پژوهش حاضر با هدف اثربخشی آموزش غنی‌سازی روابط بین فردی مبتنی بر رویکرد هیجان مدار بر سازگاری روانی- اجتماعی و سلامت اجتماعی زنان متأهل مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس انجام گرفت.

روش: طرح پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری بود. جامعه آماری پژوهش را تمامی زنان متأهل مبتلا به بیماری MS که عضو انجمن ام اس شهر اصفهان در سال ۱۳۹۸ بودند که ۳۰ نفر براساس ملاک‌های ورود به مطالعه و به شیوه نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و کنترل جایگزین شدند. افراد گروه آزمایش در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای مبتنی بر رویکرد هیجان مدار شرکت کردند؛ اما برای گروه کنترل، مداخله‌ای صورت نگرفت. آزمودنی‌ها در سه مرحله به پرسشنامه‌های سازگاری روانی اجتماعی با بیماری دروگتیس و دروگتیس (۱۹۹۰) و پرسشنامه سلامت اجتماعی کیز (۲۰۰۴) پاسخ دادند. همچنین داده‌های پژوهش با استفاده از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تحلیل شد.

یافته‌ها: جلسات غنی‌سازی روابط مبتنی بر رویکرد هیجان مدار سبب بهبود سازگاری روانی اجتماعی با بیماری در مرحله پس‌آزمون و پیگیری شده ($p < 0/01$) و اثر آن در طول زمان نیز ثابت باقی مانده است. درحالی‌که مداخله آموزشی تنها در مرحله پس‌آزمون سبب افزایش سلامت اجتماعی زنان متأهل مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس شده است ($p < 0/05$).

نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد که آموزش غنی‌سازی روابط بین فردی مبتنی بر رویکرد هیجان مدار منجر به بهبود سازگاری روانی- اجتماعی با بیماری و افزایش سلامت اجتماعی زنان متأهل مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس شده است.

کلمات کلیدی: آموزش غنی‌سازی روابط بین فردی، رویکرد هیجان مدار، سازگاری روانی اجتماعی، سلامت اجتماعی، زنان متأهل مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس

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

۲. دانشجوی دکترای روان‌شناسی سلامت، دانشگاه پیام نور تهران، تهران، ایران

* نویسنده مسئول: soheila.dekhodaie@yahoo.com

The Effectiveness of Enriching Interpersonal Relationship Based on Emotionally Focused Therapy on Psychosocial -Social Adjustment and Social Health in Married Women with Multiple Sclerosis

Mahnaz Aliakbari dehkordi¹
Soheila Dehkhodaei^{*2}

Abstract

Introduction: Multiple sclerosis is a debilitating disease that affects the brain and spinal cord and causes many physical and mental problems. The present study was conducted to evaluate the effectiveness of training on the enrichment of interpersonal relationships based on emotionally focused therapy on psychosocial adjustment and the social health of married women with multiple sclerosis .

Method: The research design was semi-experimental with a pre-test-post-test with a control and follow-up group. The statistical population of the study included all married women with MS who were members of the Isfahan MS Association in 2019, and 30 people were selected based on the criteria for entering the study and targeted sampling method and were randomly divided into two groups of 15 people. The experimental group participated in eight 90-minute sessions based on the relationship enhancement program, but no intervention was performed for the control group. In three stages, the subjects answered Derogatis & Derogatis psychosocial adjustment to disease (1990) and Keys social health questionnaires (2004). Also, the research data were analyzed by repeated analysis of variance .

Results: Enrichment sessions based on emotion-oriented approach improved social-psychological adjustment with the disease in the post-test and follow-up phase ($p < 0.01$) and its effect remained constant over time. However, experimental intervention only in the post-test stage increased the social health of married women with multiple sclerosis ($p < 0.05$) .

Conclusion: It seems that teaching how to enrich interpersonal relationships based on the emotion approach has led to improved psychosocial adjustment with the disease and increased the social health of married women with multiple sclerosis .

Keywords: Enrichment of interpersonal relationships, emotionally focused therapy, social-psychological adjustment, social health, married women with multiple sclerosis

1 . Professor of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran

2 . Ph.D. Candidate in Health Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran

* Corresponding Author: soheila.dehkhodaei@yahoo.com

مقدمه

مولتیپل اسکلروزیس^۱ یک بیماری مضمحل‌کننده مزمن سیستم عصبی مرکزی^۲ است و هر بخشی از CNS را تحت تأثیر قرار می‌دهد، اما بیشتر قسمت‌های ماده سفید در نیمکره‌های مغزی، اعصاب چشمی، ساقه مغز، مخچه و نخاع را درگیر می‌نماید (سوکو، سوباسی و گورزیس^۳، ۲۰۱۲). مشخصه بیماری مولتیپل اسکلروزیس متعدد بودن ضایعات از نظر زمانی و مکانی و بروز علائم بصورت عودکننده است، یعنی یک علامت عصبی بعد از مدتی بهبود یافته و در زمان دیگر همان علامت یا علائم دیگر مجدداً بروز می‌کند (والدمن^۴، ۲۰۰۹). هرچند بیش از ۸۰ درصد بیماران، خویشاوندان نزدیک مبتلا به این بیماری را ندارند، اما چنانچه زمینه ابتلای به آن و استعداد خانوادگی نسبت به آن وجود داشته باشد، احتمال بروز آن در خویشاوندان نزدیک را دو چندان می‌کند (رجبی و یزدخواستی، ۱۳۹۳). در نگاهی دیگر، این بیماری از شایعترین بیماری‌های نورولوژیک بوده که عمدتاً در بالغین جوان و به طور شایعتر در زنان دو برابر مردان دیده شده است (سیلوا و فراری^۵، ۲۰۲۰). علائم و نشانه‌های این بیماری بسته به تمرکز و ویژگی‌های مورفولوژیکی در ماده مغزی سفید و خاکستری ممکن است به صورت‌های متفاوتی همچون، اختلال در بینایی، تکلم، بلع؛ اسپاسم، ضعف عضلانی، خستگی، تغییرات شناختی و عاطفی دیده شود (هادکیس^۶ و همکاران، ۲۰۱۵). این دسته از بیماران مانند سایر افرادی که بیماری‌های پیشرونده عصبی دارند به دلیل آتروفی قشر مغز، ایجاد نقایص شناختی و یا به دلیل اجبار کنار آمدن با یک بیماری ناتوان‌کننده و شرایط سخت موجبات تغییرات شخصیتی و اجتماعی را بوجود می‌آورند (بندیکت^۷، ۲۰۰۹).

هنگامی که سلامت جسمی در یک بیماری مزمن مختل می‌شود، تعامل بیماران با بستگان و شرکای خود بطور جدی نیز تحت تأثیر قرار می‌گیرد (علویان، کاجو، موقانی لنکرانی و اساری^۸، ۲۰۰۶) بطوریکه از پیامدهای نامطلوب بیماری، افزایش ناتوانی و مشکلات ارتباطی است (سالیوان و دامینگو^۹، ۲۰۱۷). ام اس یک بیماری مزمن است که تأثیر عمیقی روی زندگی بیمار دارد و پیامدهای اجتماعی، روانی و فیزیکی برای بیمار و خانواده وی ایجاد می‌کند (تاجیک اسمعیلی و حکیم آبادی، ۱۳۹۵). بسیاری از پژوهشگران سلامت را اساسی‌ترین جزء رفاه جامعه به شمار می‌آورند که بیش از مداخلات پزشکی به عوامل اجتماعی وابسته است. در واقع سلامت اجتماعی^{۱۰} به

1. Multiple sclerosis
2. Central nervous system
3. Skokou, Soubasi, Gourzis
4. Waldman
5. Silva, Ferrari
6. Hadgkiss
7. Benedict
8. Alavian, Kachuee, Moghani Lankarani, Assari
9. Sullivan & Domingo
10. Social health

نوعی بهداشت روانی، فردی و اجتماعی گفته می‌شود که (کعبه، خاقانی فرد و حکمی، ۱۳۹۶) در کنار سلامت جسمانی و روانی یکی از سه رکن تشکیل دهنده سلامت عمومی جامعه و خانواده است. زمانی می‌توان شخص را واجد سلامت اجتماعی دانست که بتواند فعالیت‌ها و نقش‌های اجتماعی خود را در حد متعارف در خانواده و اجتماع بروز دهد و با خانواده و جامعه‌ای که در آن زندگی می‌کند و هنجارهای اجتماعی موجود، احساس پیوند، اتصال و ارتباط برقرار نماید (سیمی، اقایوسفی، مخلوق و محمدی، ۱۳۹۶). این سازه برحسب تعریف سازمان بهداشت جهانی^۱ عبارت است از بهزیستی ذهنی^۲، خودکارآمدی ادراک شده^۳، خود بسندگی، شایستگی و توانایی درک خصوصیات بالقوه عقلانی و هیجانی خود، توانایی پشت سر گذاشتن فشارهای معمول زندگی و مشارکت در فعالیت‌های جمعی (نیکوگفتار، ۱۳۹۳). کبییز^۴ (۲۰۰۴) معتقد است که سلامت اجتماعی با پنج بعد پذیرش اجتماعی^۵، مشارکت اجتماعی^۶، شکوفایی اجتماعی^۷، وابستگی اجتماعی^۸ و انسجام اجتماعی^۹ پدیده‌ای عمومی مبتنی بر تکالیف اجتماعی است که انسان در بطن ساختارهای اجتماعی و جوامع با آنها مواجه است (نیکوگفتار، ۱۳۹۶). بنابراین سلامت اجتماعی شامل عناصر متعددی است که در کنار یکدیگر نشان می‌دهند چگونه و در چه درجه‌ای افراد و در زندگی اجتماعی خود خوب عمل می‌کنند (موسوی، شیانی، فاطمی‌نیا و امیدنیا، ۱۳۹۴).

پژوهش‌های بیانگر آن است هنگامی که بیماران نقصی، را در وضعیت سلامت جسمی‌شان تجربه کنند (صمدزاده، شریفی و پورخیرالدین، ۱۳۹۳) سازگاری ضعیف با بیماری، میزان بهبودی را نیز کاهش می‌دهد (هالفورد و براون^{۱۰}، ۲۰۰۹). ساگاری به توانایی فرد جهت تطابق با محیط اطرافش اشاره دارد که می‌تواند در حیطه‌های مختلفی مطرح شود و ابعاد اجتماعی، خانوادگی، عاطفی و شغلی و غیره را شامل شود (حیدری و باقری حبی، ۱۳۹۷). در این میان سازگاری روانی اجتماعی^{۱۱} معمولاً در اصطلاحات نقش‌های اجتماعی، عملکرد نقش، درگیر شدن با دیگران، و رضایت با نقش‌های متعدد مفهوم سازی شده است. سازگاری روانشناختی را می‌توان به عنوان یک توانایی و ابزار کنار آمدن با شرایط متغیر محیطی و درونی در نظر گرفت (بابایی، خوش‌نویس و شعبانی، ۱۳۹۶). این افراد بایستی با تغییرات تهدید کننده سلامت و حیات مقابله نمایند و با آن

1. World Health Organization

2. Mental well-being

3. Perceived self-efficacy

4. keys

5. Social acceptanc

6. Social contribution

7. Social actualization

8. Social integration

9. Social coherence

10. Halford & Brown

11. Psychosocial Adjustment

سازگار شوند تا به سطح قابل قبولی از عملکرد روانی و اجتماعی و نهایتاً کنترل بهتر با بیماری دست یابند (فقهی، سعادت جور، دستجردی، کلانتری و علیدوستی، ۱۳۹۵).

یکی از رویکردهایی که در زمینه کاهش تعارضات و آشفتگی ارتباطی بوجود آمده، غنی‌سازی روابط مبتنی بر رویکرد هیجان‌مدار^۱ است (بابایی گرمخانی، رسولی و داورنیا، ۱۳۹۶). در رویکرد غنی‌سازی روابط مهارت‌هایی آموزش داده می‌شود که به ارضای نیازهای اساسی خانواده، مانند عشق، مهربانی، تعلق، اعتماد، وفاداری، امنیت و لذت کمک کند. این رویکرد در صدد پرداختن به مشکلات زوجین و خانواده پیش از بحرانی شدن و آموزش مهارت‌های سالم ارتباطی و تقویت هیجان‌های مثبت است (شکارچی سدالهی، آزاد یکتا و میرزمانی بافقی، ۱۳۹۸). درمان هیجان‌مدار دو حیطه را شناسایی و توسعه می‌دهد: تجارب و تعاملات، نخستین هدف درمان دستیابی و سپس پردازش پاسخ‌های هیجانی خاصی است که بخش زیرین الگوهای محدود‌کننده و یکنواخت تعاملات را تشکیل می‌دهند. در این صورت تغییر موقعیت‌های تعاملی تسهیل‌گر دیده‌پیکره‌های بنیادین دلبستگی ایمن (در دسترس بودن و پاسخگو بودن) خود را نمایان می‌سازد. دومین هدف خلق وقایع و رخداد‌های تعاملی جدید است که رابطه را به عنوان ماهیتی آرام بخش باز تعریف می‌کند (بابایی گرمخانی و همکاران، ۱۳۹۶). در حقیقت پردازش مجدد تجارب درونی به عنوان روشی جهت توسعه موقعیت‌های میان فردی بکار گرفته می‌شود (دنتون، جانسون و بلرسون^۲، ۲۰۱۰). بنابراین هسته مرکزی درمان غنی‌سازی ارتباط را مداخلات سمیستی تشکیل می‌دهد که هدفش بازسازی الگوهای پاسخ بین فردی و چرخه مرادوات در جهات مثبت تر است که به افراد کمک می‌کند تا با تسلط بر مهارت‌های ارتباطی، مشکلات خود را حل کنند (آقایوسفی، شریفی ساکی، احمدی و کریمی، ۱۳۹۷).

بر اساس پژوهش‌های صورت گرفته شیوه ارتقاء روابط بیشترین میزان اثر گذاری و مطلوبیت را داشته و نتایج در مرحله پیگیری نیز پایایی و اثرگذاری شیوه را بیشتر از سایر روش‌ها نشان داده است (امینی و حیدری، ۱۳۹۵)، برای مثال صمدزاده و همکاران (۱۳۹۳) در پژوهشی با عنوان اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر سازگاری روانی-اجتماعی با بیماری و نشانه‌های افسردگی در افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ دریافتند که درمان شناختی-رفتاری موجب افزایش سازگاری با بیماری و کاهش نشانه‌های افسردگی در افراد مبتلا به دیابت نوع دو می‌شود. فقهی و همکاران (۱۳۹۵) دریافتند که برنامه آموزشی بر اساس مدل سازگاری «روی» بر تمامی مولفه‌های ابعاد آگاهی و نگرش نسبت به بیماری، محیط کار، محیط خانواده، روابط فامیلی، محیط اجتماعی، اختلالات روانشناختی و کل نمره سازگاری روانی و اجتماعی بیماران دیابتی نوع دوم تأثیر معنی داری داشته است. ترخان (۱۳۹۵) در پژوهشی دریافتند که درمان بین فردی گروهی بر سازگاری عاطفی، اجتماعی و ابراز وجود زنان دچار ناراضیاتی زناشویی تأثیر معناداری داشته است. جهان (۱۳۹۶)

1. Enriching relations

2. Denton, Johnson & Burlerson

نشان داد که آموزش غنی‌سازی به صورت معنی‌داری باعث افزایش سازگاری و تاب‌آوری شده است. سلطانی و همکاران (۲۰۱۳) دریافتند که بین نمرات پس‌آزمون دو گروه در صمیمیت آزمون و پس‌آزمون نشان دادند که بین ابعاد صمیمیت دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود دارد و مداخله درمانی توانسته بر صمیمیت عاطفی، روانی، رابطه‌ای و جنسی را افزایش دهد. به طور کلی *MS* تاثیر قابل ملاحظه‌ای بر بهزیستی روانی و اجتماعی افراد مبتلا، حتی در اوایل بیماری می‌گذارد و یکی از استرس‌زاترین جنبه‌های بیماری نامعلوم بودن آینده آن است و درست در زمانی که بیماران در حال سازگار شدن با احساس ناتوانی ناشی از حملات قبلی بیماری هستند، حمله دیگری با محدودیت‌های بیشتر از راه رسیده و بایستی با دوره دیگری از سازگاری با بیماری مواجه شوند که این امر نحوه واکنش به موقعیت و تعاملات اجتماعی را تحت تاثیر قرار می‌دهد. به دلیل فقدان مطالعه‌ای پیرامون اثر بخشی آموزش غنی‌سازی روابط بر ویژگی‌های اجتماعی زنان مبتلا به ام‌اس در جامعه ایران؛ پژوهش حاضر قصد دارد تا میزان تاثیر آموزش غنی‌سازی روابط بین فردی زوجین مبتنی بر رویکرد هیجان‌مدار بر سازگاری روانی اجتماعی و سلامت اجتماعی زنان متأهل مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس را مشخص نماید.

روش

پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی و طرح آن از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری است. جامعه‌ی آماری مورد مطالعه در این پژوهش را زنان متأهل دارای تعارضات زناشویی مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلروزیس که عضو انجمن ام‌اس شهر اصفهان در سال ۱۳۹۸ می‌باشند، تشکیل می‌دهند. جهت انتخاب نمونه از بین اعضای جامعه، ۳۰ زن متأهل به صورت هدفمند و براساس ملاک‌های ورود و خروج انتخاب و به طور تصادفی در ۲ گروه آزمایش و کنترل ۱۵ نفره گمارده شدند. اعضای گروه آزمایش تحت ۸ جلسه آموزشی غنی‌سازی روابط بین فردی مبتنی بر رویکرد هیجان‌مدار قرار گرفتند درحالی‌که اعضای گروه گواه در انتظار آموزش باقی ماندند و آموزشی دریافت نکردند و تمامی آزمودنی‌ها قبل و پس از اتمام جلسات به پرسشنامه‌های پژوهش پاسخ دادند. همچنین پس از گذشت ۳۰ روز، آزمودنی‌های هر دو گروه به عنوان دوره‌ی پیگیری مجدداً مورد آزمون قرار گرفت. ملاک‌های ورود شامل: (۱) ارجاع به مشاورین حاضر در مرکز به علت تعارضات و مشکلات زناشویی (۲) حداقل ۱ سال از مدت زمان ازدواجشان گذشته باشد (۳) دامنه سنی بین ۲۰ تا ۵۰ سال (۴) سطح سواد بالاتر از سیکل (۵) تمایل و رضایت آگاهانه به شرکت در طرح پژوهش. ملاک‌های خروج: (۱) وجود علائم شدید مربوط به بیماری ام‌اس که امکان حضور در جلسات وجود نداشته باشد. (۲) ابتلا به یکی از بیماری‌های شدید جسمانی و یا وجود معلولیت‌های جسمی (۳) تشخیص اختلالات حاد روانپزشکی براساس پرونده بیمار (۴) عدم تمایل به ادامه همکاری. از جمله ملاحظات اخلاقی مطرح شده در پژوهش حاضر رعایت گمنامی

برای تک تک پاسخ‌گوینان به منظور جلوگیری از تبعات احتمالی منفی، جلب موافقت و تمایل شخصی برای شرکت در پژوهش و در نهایت داده‌های حاصل از پرسشنامه‌های پژوهش فقط در راستای اهداف و فرضیه‌های پژوهش مورد تحلیل و استفاده قرار گرفته اند است. در سطح توصیفی از شاخص‌های گرایش مرکزی و پراکندگی و در سطح استنباطی نیز از آزمون‌های بررسی پیش‌فرض‌ها و تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر^۱ استفاده شد. کلیه‌ی تحلیل‌های آماری با استفاده از بسته آماری *SPSS* نسخه ۲۴ انجام گردید.

ابزارهای پژوهش

الف) پرسشنامه سازگاری روانی اجتماعی با بیماری دروگتیس و دروگتیس^۲: این مقیاس توسط دروگتیس و دروگتیس^۳ (۱۹۹۰) ساخته شد و ۴۶ سوال دارد که در یک مقیاس ۴ درجه‌ای ۰ تا ۳ شامل حوزه جهت‌گیری، مراقبت بهداشتی (۷ گویه)، محیط شغلی (۶ گویه)، محیط خانه (۸ گویه)، روابط جنسی (۶ گویه)، توسعه روابط خانوادگی (۵ گویه) و درماندگی روانشناختی (۷ گویه) است. در مطالعه دروگتیس و دروگتیس (۱۹۹۰) پایایی با استفاده از آلفای کرونباخ برای هر یک از زیر مقیاس‌های ذکر شده به ترتیب ۰/۴۷، ۰/۷۶، ۰/۷۷، ۰/۸۳، ۰/۶۲، ۰/۸۰ و ۰/۸۵ گزارش شده است. روایی سازه این مقیاس با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی به روش چرخش واریماکس حاکی از آن بوده که این هفت مقوله در مجموع ۰/۶۳ و هر یک از زیر مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۱۸، ۰/۱۰، ۰/۹، ۰/۸، ۰/۷ و ۰/۵ درصد از واریانس کل مقیاس را تبیین می‌کند. در مجموع بررسی ویژگی‌های روانسنجی میان سازگاری روانی اجتماعی نسبت به بیماری حاکی از آن است که این مقیاس از شاخص‌های پایایی و روایی رضایت بخشی برخوردار است (صحرائورد و همکاران، ۱۳۹۶). فقیه و همکاران (۱۳۹۰) به بررسی روایی و پایایی پرسشنامه مذکور پرداختند و پایایی پرسشنامه را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۴ گزارش کردند.

ب) پرسشنامه سلامت اجتماعی کبیز^۴: کبیز پرسش‌نامه سلامت اجتماعی را در سال ۲۰۰۴ بر اساس مدل نظری سلامت اجتماعی، طراحی کرد. این مقیاس دارای ۲۰ گویه و در یک مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای (کاملاً مخالف=۱ تا کاملاً موافق=۵) است. نتایج تحلیل عاملی تایید در پژوهش کبیز نشان داد که مقیاس دارای پنج بعد یا مولفه است که از نظر تجربی مورد تایید قرار داد. ابعاد مقیاس شامل: شکوفایی اجتماعی، همبستگی اجتماعی، انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی، شکوفایی اجتماعی و مشارکت اجتماعی است. فرزی، زردشتیان و عیدی پور (۱۳۹۴) در پژوهشی همسانی درونی مولفه‌های پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ را در مقیاس

1. Repeated measures analysis of variance
2. Psychosocial Adjustment to Illness Scale (PAIS)
3. Derogatis & Derogatis
4. Keyes's Social Well-Being Questionnaire

شکوفایی برابر با ۰/۸۰، انسجام برابر با ۰/۷۹، یکپارچگی برابر با ۰/۷۵، پذیرش برابر با ۰/۷۸ و مشارکت برابر با ۰/۷۲ گزارش دادند.

جدول ۱. چهارچوب جلسات درمان روابط بین فردی و رویکرد هیجان‌مدار

جلسات	جلسات ارتقاء روابط بین فردی
جلسه اول	اجرای پیش‌آزمون، بررسی بیماری MS و مشکلات بیماران، آشنایی با روش کار و ساختار جلسات، شناسایی ارتباط خوب و بد، درک مهارت‌های موثر ارتباط زنان، یادگیری مهارت ارائه و دریافت بازخورد، تکلیف خانگی: ارزیابی خود ارائه و دریافت بازخورد
جلسه دوم	نگاه به رابطه از زاویه جدید، آشنا شدن با چرخه‌های تعاملی خود و نامگذاری آن، درک چگونگی تاثیر بر یکدیگر، درک چگونگی یکی شدن رفتار زنان برای ایجاد چرخه، تکلیف خانگی: بررسی چرخه‌های تعاملی خود در موقعیت‌های مختلف
جلسه سوم	توسعه پیوند عاطفی، شناسایی ترسهای خود، مواجه شدن با عواطف منفی، تکلیف خانگی: انجام تمرین در زمینه تکیه‌گاه ایمن و توسعه پیوند ایمن، شناسایی ترسهای خود
جلسه چهارم	شناسایی انتظارات و باورهای دل‌بستگی زنان، شناسایی و تشخیص سابقه دل‌بستگی هر یک از زنان و تاثیر آن بر روی رفتار آنها، تکلیف خانگی: بررسی رفتارهای مقابله‌ای با همسر
جلسه پنجم	شناسایی هیجانات، تعیین هیجانات بنیادین، تمیز دادن هیجانات اصلی و واکنش پذیر، شناسایی رابطه هیجان، تکلیف خانگی: اختصاص دادن زمان برای اشتراک گذاشتن هیجان و رفتار و افکار با شریک زندگی
جلسه ششم	رفتار و افکار زوجین در چرخه‌های منفی، شناسایی هیجانات و اصلی خود و همسر، درک چگونگی احساسات عمیق خود نسبت به همسر، ایفای نقش سخنرانی و پاسخ و تکلیف تعاملی
جلسه هفتم	شناسایی نیازهای دل‌بستگی به هر یک از زنان، کاهش حساسیت واکنش‌پذیری در رابطه، تقویت کردن پیوند دل‌بستگی، تسهیل کردن ابراز احساسات، نیازها و خواسته‌ها، تکلیف خانگی: تمرین در زمینه مکالماتی جهت پیوند دادن رابطه و دستور العمل‌هایی برای همسر شونده
جلسه هشتم	تقویت تغییرات تعاملی، تسهیل ایجاد و ظهور تاملات و راه‌حل‌های جدید، درک اهمیت رابطه جنسی در زندگی زنان، صحبت درباره مشکلات جنسی و مسائل زناشویی، اجرای پس‌آزمون

یافته‌ها

میانگین و انحراف استاندارد سن زنان شرکت‌کننده در پژوهش در گروه کنترل به ترتیب برابر با ۳۲/۰۶ و ۹/۱۳ و در گروه آزمایش برابر با ۳۳/۲۶ و ۸/۰۷ می‌باشد. از لحاظ متغیر تحصیلات، ۴۰٪ زنان دارای مدرک دیپلم و فوق‌دیپلم، ۳۶٪ دارای مدرک لیسانس و ۲۳٪ دارای تحصیلات تکمیلی می‌باشند. همانطور که میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش در جدول ۲ نشان داده، میانگین نمرات سازگاری روانی اجتماعی زنان شرکت‌کننده در گروه غنی‌سازی روابط هیجان‌مدار در مرحله پس‌آزمون (۶۹/۸۰) و پیگیری (۶۳/۶۰) نسبت به نمرات مرحله پیش‌آزمون آنها (۵۲/۰۶) افزایش یافته است. همچنین میانگین نمرات سلامت اجتماعی زنان شرکت‌کننده در گروه غنی‌سازی روابط هیجان‌مدار در مرحله پس‌آزمون (۴۴/۶۶) و پیگیری (۴۱/۸۶) نسبت به نمرات مرحله پیش‌آزمون آنها (۳۶/۷۳) افزایش یافته است.

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد نمرات متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه‌ها

ابعاد	گروه کنترل		گروه آزمایش		میانگین	انحراف استاندارد
	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون		
سازگاری روانی اجتماعی	۷۳/۵۰	۵۴/۴۶	۵/۰۶	۶۳/۶۰	۶	۸/۴۰
انحراف استاندارد	۸/۵۴	۲۳/۱۰	۹/۰۷	۱۰/۹۶	۶۷/۵	۱/۴۰
سلامت اجتماعی	۰۰/۳۹	۲۸/۱۳	۳/۶۶	۴/۸۶	۷۳/۳۶	۱
انحراف استاندارد	۵۱/۴	۶/۰۲	۵/۶۹	۴/۴۷	۷۱/۳	۵/۵۶

قبل از انجام تحلیل واریانس، سه پیش فرض همگنی ماتریس‌های واریانس کوواریانس، همگنی واریانس‌ها و کرویت ماچلی مورد بررسی قرار گرفت. با توجه به نتایج جدول ۳ و معنادار نبودن آماره آزمون باکس در دو متغیر سازگاری روانی اجتماعی و سلامت اجتماعی فرض همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس رعایت شده است.

جدول ۳. آزمون باکس جهت بررسی همگنی ماتریس واریانس تفاوت میانگین در گروه‌ها

متغیر	Box's M	F	df1	df2	سطح معناداری
سازگاری روانی اجتماعی	۴/۱۴	۰/۶۱	۶	۵۶۸۰/۱۳۰	۰/۷۲۲
سلامت اجتماعی	۳/۴۹	۰/۵۱	۶	۵۶۸۰/۱۳۰	۰/۷۹۸

همچنین نتایج آزمون لوین جهت بررسی همگنی واریانس‌ها نشان داد که سطوح معناداری بدست آمده متغیرهای همپراش برای متغیرهای سازگاری روانی اجتماعی ($F=۱/۵۴, p=0/۲۲۵$) و سلامت اجتماعی ($F=۰/۱۴, =0/708$) در سطح $0/05$ معنادار نمی باشد، لذا پیش فرض برابری واریانس‌ها در گروه‌های آزمایش و کنترل تایید گردید. نتایج آزمون ماچلی نشان داد که مقدار موچلی در دو متغیر سازگاری روانی اجتماعی ($W=۰/۹۸۱, p=0/۷۷۲$) و سلامت اجتماعی ($W=۰/98۹, p=0/974$) در سطح $0/05$ غیر معنادار است و دلیلی برای رد فرض همگنی واریانس تکرارهای مختلف آزمایش وجود ندارد و در نتیجه تخطی از الگوی آماری F صورت نگرفته است. همچنین مقدار اپسلین گرین هاوس-گیزر نشان می‌دهد ماتریس واریانس-کوواریانس مدل به میزان بسیار جزئی از الگوی آماری F انحراف دارد. در ادامه نتایج تحلیل واریانس بین گروهی و درون گروهی اثربخشی مداخله درمانی بر دو متغیر وابسته در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای سازگاری روانی اجتماعی و سلامت

اجتماعی		سلامت اجتماعی						
توان اماری	اتا	سطح معناداری	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	منبع	زیر مقیاس
1/00	/38	/000	17/79	958/07	2	1916/15	عامل	درون
/908	/19	/002	6/85	369/10	2	738/20	اثر تعاملی	گروهی
				53/82	56	3014/31	خطا	بین
0/891	0/28	0/003	10/95	1464/10	1	1464/10	گروه	گروهی
				133/65	28	3742/22	خطا	گروهی
0/78	80/1	0/011	4/85	102/41	2	204/8	عامل	درون
/92	/20	/002	7/31	154/21	2	308/42	اثر تعاملی	گروهی
				21/09	56	1181/42	خطا	بین
/51	/13	/049	4/23	146/94	1	146/94	گروه	گروهی
				34/71	28	972/04	خطا	گروهی

نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در جدول ۴ نشان داد که با معنادار بودن عامل در درون گروه‌ها؛ وجود تفاوت معنادار بین سه بار اندازه‌گیری پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بر متغیرهای سازگاری روانی اجتماعی ($F=17/79$) و سلامت اجتماعی ($F=4/85$) در سطح $p<0/05$ تأیید می‌گردد. همچنین با معنادار بودن اثر تعاملی عامل با گروه در سازگاری روانی اجتماعی ($F=6/85$) و سلامت اجتماعی ($F=7/31$) می‌توان گفت که تفاوت معناداری بین اثر تعاملی سه مرحله اندازه‌گیری با گروه (آزمایش و گروه کنترل) وجود دارد ($p<0/05$). علاوه بر این با معنادار بودن منبع گروه در بین گروه‌ها؛ می‌توان گفت که بین میانگین دو گروه کنترل و آزمایش در سازگاری روانی اجتماعی ($F=10/95$) و سلامت اجتماعی ($F=4/23$) تفاوت معناداری بین دو گروه وجود دارد ($p<0/05$). در ادامه جهت بررسی تفاوت میانگین بین سه مرحله اندازه‌گیری پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به صورت زوجی از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد.

همچنین نتایج جدول ۵ نشان داد که در متغیر سازگاری روانی اجتماعی اختلاف میانگین نمرات پیش‌آزمون با میانگین نمرات پس‌آزمون و پیگیری معنادار است ($p<0/01$) و بین میانگین نمرات پس‌آزمون و پیگیری اختلاف معناداری وجود ندارد ($p>0/05$). در متغیر سلامت اجتماعی نیز تنها اختلاف میانگین نمرات پیش‌آزمون با میانگین نمرات پس‌آزمون معنادار است ($p<0/05$) و بین مراحل پیش‌آزمون با پس‌آزمون و مرحله پس‌آزمون با پیگیری تفاوت معناداری مشاهده نشد ($p>0/05$). این نتایج بیانگر آن است که جلسات غنی‌سازی روابط بین فردی مبتنی بر رویکرد هیجان‌مدار سبب افزایش سلامت اجتماعی در مرحله پس‌آزمون و بهبود سازگاری

روانی- اجتماعی زنان متأهل مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس با بیماری در مرحله پس آزمون و پیگیری شده و اثر آن در طول زمان نیز ثابت باقی مانده است.

جدول ۵. نتایج آزمون بونفرونی در سازگاری روانی اجتماعی و سلامت اجتماعی

متغیر	A مرحله	B مرحله	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	معناداری
اجتماعی فردگاری روانی	پیش آزمون	پس آزمون	2/36*	/55	/000
	پس آزمون	پیگیری	2/83*	/92	/005
سلامت اجتماعی	پس آزمون	پیگیری	2/30	1/98	/77
	پیش آزمون	پس آزمون	-3/63*	1/20	/017
	پیش آزمون	پیگیری	-2/40	1/18	/157
	پس آزمون	پیگیری	1/23	1/16	/895

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف بررسی اثر بخشی آموزش غنی سازی روابط بین فردی مبتنی بر رویکرد هیجان مدار بر سازگاری روانی- اجتماعی و سلامت اجتماعی زنان متأهل مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس انجام گرفت. نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر نشان داد که مداخله غنی سازی روابط بین فردی مبتنی بر رویکرد هیجان مدار سبب افزایش سازگاری روانی اجتماعی در مرحله پس آزمون و پیگیری شده و منجر به ثابت ماندن اثر آن در طول زمان شده است. درحالیکه مداخله آموزشی تنها در مرحله پس آزمون سبب افزایش سلامت اجتماعی زنان متأهل مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس شده است. اگر چه پژوهشی که منطبق بر یافته‌های فوق باشد پیدا نشد اما یافته‌های بدست آمده با یافته‌های صمدزاده و همکاران (۱۳۹۳)، فقهی و همکاران (۱۳۹۵)، ترخان و همکاران (۱۳۹۶)، جهان (۱۳۹۶) و سلطانی و همکاران (۲۰۱۳) همسو می باشد. در تبیین احتمالی یافته بدست آمده در رابطه با اثربخشی مداخله آموزش غنی سازی روابط بین فردی بر سازگاری روانی- اجتماعی می‌توان گفت که ناتوانی در دستیابی به علت واقعی بیماری MS و عدم وجود یک درمان قطعی برای این بیماری، دو موضوعی است که در حال حاضر باعث شده تا این بیماران با مشکلات روانی و خانوادگی عمده‌ای از جمله استرس و تعارضات زناشویی مواجه شوند که بر سلامت روانی آنان تاثیر گذار می‌باشد (منجمی، ۱۳۹۴). این بیماری از یک طرف استقلال و توانایی فرد برای شرکت مؤثر در اجتماع را تهدید می‌کند و از سوی دیگر پیش آگاهی و دوره‌های غیر قابل پیش بینی آن تاثیر بارزی بر جنبه‌های مختلف زندگی فرد می‌گذارد. رویکرد غنی سازی روابط با تاکید بر روش دلبستگی‌های سازگاران از طریق مراقبت، حمایت و توجه متقابل بر نیازهای خود و همسر است. در این رویکرد زنان یاد می‌گیرند که چگونه از غرق شدن در هیجان و عواطف در هنگام عود علائم و در طول فرایند درمان جلوگیری کنند، هیجان

شدید را تشخیص و سپس در جهت متعادل کردن و تنظیم رفتارهای وابسته به آن هیجان‌گام بردارند. علاوه بر آن، همان‌طور که گفته شد هدف اصلی این رویکرد کمک به ارضای نیازهای اساسی خانواده مانند عشق و لذت‌های جسمی، جنسی و اجتماعی است. به باور امینی و حیدری (۱۳۹۵) مهارت‌های ارتباطی، ایجاد رضایتمندی از ارتباط، گوش دادن فعال، مهارت‌های کنترل تعارض و کشمکش، مهارت‌های حل مسئله، یادگیری رفتار جرأت‌ورزانه، کنترل عواطف و هیجانات، افزایش آگاهی و شناخت افراد از خویشتن، زندگی مشترک و دیگری سبب افزایش سازگاری روانی و اجتماعی زنان متأهل مبتلا به ام‌اس شده است. در بیانی دیگر، مهارت‌هایی که به زنان مبتلا به ام‌اس آموزش داده می‌شود باعث تغییرات مثبتی در روابط سالم، توانایی حل مسئله به روشی دو‌سونگر و منصفانه، توانایی حفظ جو و مراقبتی در طول بحث حل مسئله، توانایی اتخاذ دیدگاه فرد دیگر، توانایی کاهش دادن چرخه‌های تعاملی منفی و خشم و توانایی تغییر در الگوهای رفتاری مورد انتظار فرد می‌شود در نتیجه می‌توان گفت مهارت‌های آموخته شده به خوبی در ارتقاء رضایت زنان مبتلا به ام‌اس تاثیر گذار بوده است. که این مهارت‌ها به نوعی فرد را قادر به فهم بهتر منابع استرس‌زا، نیازها و تمایلاتشان می‌سازد و به طریقی که کمترین احتمال ایجاد واکنش‌های دفاعی، خصومت و تعارض وجود داشته باشد و بیشترین احتمال فراخوانی فهم همدانه و همکاری را نیز ایجاد می‌کند. از این رو آموزش غنی‌سازی به کنترل هیجانان این زنان کمک کرده و این زنان با آموزش‌های مورد نظر سازگاری‌های روانی و اجتماعی بهتری را می‌آموزند.

همچنین در تبیین احتمالی یافته بدست آمده در رابطه با اثربخشی مداخله آموزش غنی‌سازی روابط بین‌فردی بر افزایش سلامت اجتماعی در مرحله پس‌آزمون می‌توان گفت که تکنیک‌های مورد استفاده در این روش؛ اختلافات ارتباطی، اختلافات زناشویی را متاثر می‌کند و افراد را وادار می‌کند تا احساسات خود را بیان و در رابطه با آن صحبت کنند (گرینبرگ، وارور و مک‌لوم، ۲۰۱۰). در این رویکرد مهارت‌هایی به افراد آموزش داده می‌شود باعث تغییرات مثبتی توانایی حل مسئله به روشی دو‌سونگر و منصفانه، توانایی حفظ جو مراقبتی در طول بحث و حل مسئله، توانایی در نظر گرفتن دیدگاه فرد دیگر، توانایی کاهش دادن چرخه‌های تعامل منفی-منفی و خشم و توانایی تغییر در الگوهای رفتاری مورد انتظار فرد می‌شود (امینی و حیدری (۱۳۹۵)). در نتیجه می‌توان گفت مهارت‌های آموخته شده به خوبی در ارتقاء رضایت مهارت‌های بین‌فردی زنان مبتلا به *MS* تأثیرگذار بوده است. مهارت ابرازگری شرکت‌کنندگان را قادر به فهم بهتر منابع استرس، نیازها و تمایلاتشان می‌سازد و به طریقی که کمترین احتمال ایجاد واکنش‌های دفاعی، اضطراب، خصومت و تعارض وجود داشته باشد و بیشترین احتمال فراخوانی فهم همدلانه، همکاری و حمایت وجود داشته باشد، قادر به ابرازگری در مقابل دیگران می‌شوند. مهارت همدلی،

شرکت‌کنندگان را برای فهم دلسوزانه بیشتر از نیازهای طرف مقابل در زمینه‌های نیازهای هیجانی، روان‌شناختی و نیازهای بین فردی و تمایلات دیگران و فراخوانی رفتارهای باز، صادقانه، قابل احترام و اعتماد، مشترک، رفتارهای هم‌حسی، نظارتی و صمیمی با دیگران با سرعت و میزان بیشتر آماده می‌سازد که این امر منجر به افزایش سلامت اجتماعی زنان متأهل مبتلا به ام اس شده است. به بیانی دیگر، آموزش‌های غنی‌سازی به بررسی حل تعارضها، غلبه بر مشکلات دائمی و معنا بخشیدن به زندگی فرد جهت می‌دهد تا با به کارگیری این تکنیک‌ها فرد علاوه بر بهبود سلامت روان خویش به بررسی و واکاوی سلامت اجتماعی خود نیز بپردازد.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر آن است که پژوهش حاضر یک پژوهش نیمه آزمایشی است و در این گونه پژوهش‌ها امکان کنترل تمام متغیرهای مداخله‌گر (برای مثال شرایط اقتصادی و شغلی زنان) وجود ندارد و لذا ممکن است آزمودنی‌ها تحت تاثیر شرایطی که از کنترل پژوهشگر خارج است قرار گرفته باشند. همچنین با توجه به اینکه بیماران ام اس ممکن است از داروهای زیادی استفاده کنند، یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر آن است که این داروها می‌توانند بر نتایج پژوهش تاثیر داشته باشند. بنابراین پیشنهاد می‌شود که تاثیر طبقه اقتصادی و اجتماعی که از عوامل تاثیرگذار در سازگاری با بیماری و سلامت اجتماعی است، مورد بررسی قرار گیرد. همچنین از دیگر پیشنهادات پژوهشی می‌توان ذکر نمود که توجه به نشانه‌های فیزیولوژیک و زبان بدن، آموزش شیوه‌های کنترل جسمی و جلوگیری از کلافه شدن از بیماری ام اس همگی بیانگر اهمیت توجه به رابطه جسم و روان این زنان است همواره باید در کلینیک‌های مشاوره توسط متخصصین آموزش داده شود.

منابع

- امینی، مهسا و حیدری، حسن. (۱۳۹۵). بررسی اثربخشی آموزش غنی‌سازی روابط بر ارتقاء کیفیت زندگی و رضایت زناشویی دانشجویان متأهل. *آموزش و سلامت جامعه*، ۳ (۲)، ۲۳-۳۱.
- آقاییوسفی، علیرضا؛ شریفی ساکی، شیدا؛ احمدی، هادی و کریمی، رضا. (۱۳۹۷). تاثیر آموزش برنامه غنی‌سازی ارتباط بین فردی بر رضایت زناشویی همسران معتادین. *روان‌شناسی بالینی و شخصیت*، ۳۰ (۱۶)، ۴۹-۵۶.
- بابایی، وجیه؛ خوشنویس، الهه و شعبانی، زهرا. (۱۳۹۶). تعیین سطوح سازگاری روانی-اجتماعی بر اساس سبک‌های مقابله‌ای و جهت‌گیری مذهبی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. *فصلنامه پرستاری، مامایی و پیراپزشکی*، ۲ (۴)، ۱-۱۲.
- بابایی گرمخانی، محسن؛ رسولی، محسن و داورنیا، رضا. (۱۳۹۶). اثر زوج درمانی هیجان مدار بر کاهش استرس زناشویی زوج‌ها. *علوم پزشکی زانکو*، ۱۸ (۵۶)، ۵۶-۶۹.

- تاجیک‌اسمعیلی، عزیزالله و گیلک‌حکیم‌آبادی، محلا. (۱۳۹۵). عملکردهای جنسی و سازگاری زناشویی در زنان متأهل مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. پژوهش در سلامت روانشناختی، ۱۰(۲)، ۹-۱.
- ترخان، مرتضی. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان بین فردی گروهی بر سازگاری عاطفی، اجتماعی و ابراز وجود زنان دچار ناراضیاتی زناشویی. مطالعات روانشناختی، ۱۲(۳)، ۱۲۳-۱۴۰.
- جهان، فایزه. (۱۳۹۶). بررسی تاثیر برنامه آموزشی غنی‌سازی روابط بر سازگاری و تاب‌آوری زوجین. نهمین کنفرانس بین‌المللی روان‌شناسی و علوم اجتماعی، تهران، شرکت همایشگران مهر اشراق.
- حیدری، رویا و حبی، محمد باقر. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش خودمتمایزسازی بر پریشانی روان‌شناختی و سازگاری اجتماعی نوجوانان طلاق. پژوهش‌های روان‌شناسی اجتماعی، ۸(۳۱)، ۱۰۳-۱۱۷.
- رجبی، ساجده و یزدخواستی، فریبا. (۱۳۹۳). اثربخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد بر اضطراب و افسردگی زنان مبتلا به بیماری ام‌اس. روان‌شناسی بالینی، ۲۱، ۲۹-۳۸.
- سیمی، زهرا؛ آقاییوسفی، علیرضا؛ مخلوق، محسن و محمدی، مهدیه. (۱۳۹۶). نقش سرمایه اجتماعی و شاخص‌های سلامت اجتماعی خانواده در پیش‌بینی نگرش به بزهکاری فرزندان. پژوهش‌های روان‌شناسی اجتماعی، ۷(۲۵): ۲۳-۳۸.
- شکارچی اسداللهی، لیلا؛ آزاد یکتا، مهرناز و میرزمانی بافقی، محمود. (۱۳۹۸). اثربخشی آموزش غنی‌سازی روابط زوجین مبتنی بر رویکرد هیجان‌مدار بر کیفیت روابط زناشویی در زنان مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره. پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری، ۴(۳۲)، ۱-۲۴.
- صحرانورد، سارا؛ احدی، حسن؛ تقدیسی، محمد حسین؛ کاظمی، طوبی و کراسکیان، ادیس. (۱۳۹۵). نقش عوامل روانی بر سازگاری روانی و اجتماعی بیماران ایسکمی قلبی با واسطه‌گری فشارخون. آموزش بهداشت و ارتقای سلامت ایران، ۵(۲)، ۱۳۹-۱۴۶.
- صدفی، اکرم و منجمی، علیرضا. (۱۳۹۴). راهنمای جامع سلامت در خانواده. انتشارات تیمورزاده نوین، تهران.
- صمدزاده، نسیم؛ پورشریفی، حمید و باباپور خیرالدین، جلیل. (۱۳۹۳). بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر سازگاری روانی-اجتماعی با بیماری و نشانه‌های افسردگی در افراد مبتلا به دیابت نوع دوم. مطالعات روان‌شناسی بالینی، ۵(۱۷)، ۷۷-۹۶.
- فرزی، حامد؛ زردشتیان، شیرین؛ عیدی پور، کامران. (۱۳۹۴). تبیین نقش میزان فعالیت‌های بدنی در سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه‌های شهر کرمانشاه. نشریه مدیریت ورزشی، ۱۷(۱)، ۱۷-۳۰.

- فقهی، حمیده؛ سعادت جو، علیرضا؛ دستجردی، رضا؛ کلانتری، سہیلا و علیدوستی، معصومه. (۱۳۹۵). تاثیر برنامه آموزشی بر اساس مدل سازگاری «روی» بر سازگاری روانی اجتماعی بیماران دیابتی نوع دو بیرجند. *پرستاری دیابت*، ۴(۲): ۸-۲۴.
- کعبه، نسرين؛ خاقانی فرد، میترا و حکمی، محمد. (۱۳۹۶). مطالعه رابطه سلامت اجتماعی با ارزشهای فرهنگی فردگرایی و جمع‌گرایی و جامعه‌پذیری جنسیتی در بین دانشجویان زن و مرد. *پژوهش‌های روان‌شناسی اجتماعی*، ۷(۲۵): ۱۱۷-۱۴۰.
- موسوی، مرطاهر؛ شیانی، ملیحه؛ فاطمی نیا، سیاوش و امیدنیا، سہیلا. (۱۳۹۴). بسط مفهومی سرمایه اجتماعی با رویکرد سلامت اجتماعی. *رفاه اجتماعی*، ۵۷، ۱۰۹-۱۴۸.
- نیکوگفتار، منصوره. (۱۳۹۶). سلامت اجتماعی و خودکارآمدی معلمان با تأکید بر نقش‌های جنسیتی. *رفاه اجتماعی*، ۶۴، ۲۵۵-۲۸۵.
- Alavian, M. , Kachuee, H. , Moghani Lankarani, M. , Assari, S. , Farmanar a, H. (2016). *Marital adjustment in patients with chronic viral hepatitis versus healthy controls. Iran J psychiatry, 1(4), 103-107.*
- Benedict, R. (2009). *Standards for sample composition and impairment classification in neuropsychological studies of multiple sclerosis. Mult Scler, 15(7):777-8.*
- Denton, W. H. , Johnson, S. M. , & Bureson, B. R. (2009). *Emotion focused therapy-therapist fidelity scale (EFT-TFS): Conceptual development and content validity. Journal of couple & relationship therapy, 8(3), 226-246.*
- Derogatis, L. R. , & Derogatis, M. A. (1990). *PAIS & PAIS-SR: Administration, scoring & procedures manual-II. Baltimore, MD: Clinical Psychometric Research.*
- Greenberg, L. , Warwar, S. , & Malcolm, W. (2010). *Emotion- focused couple's therapy and the facilitation of forgiveness. Journal of Marital and Family Therapy, 36(1), 2842.*
- Hadgkiss, E. J. , Jelinek, G. A. , Weiland, T. J. , Pereira, N. G. , Marck, C. H. , & van der Meer, D. M. (2015). *The association of diet with quality of life, disability, and relapse rate in an international sample of people with multiple sclerosis. Nutritional neuroscience, 18(3), 125-136.*
- Halford, J. , & Brown T. (2009). *Cognitive-behavioral therapy as an adjunctive treatment in chronic physical illness. Advances in psychiatric treatment, 15, 306-317.*
- Keyes, C. (2004). *Social Well-Being in the United States: A Descriptive Epidemiology. University Chicago Press, pp. 350-372*
- Skokou, M. , Soubasi, E. , & Gourzis, P. (2012). *Depression in multiple sclerosis: a review of assessment and treatment approaches in adult and pediatric populations. ISRN neurology, 2012, 427102.*
- Silva, B. , & Ferrari, C. (2020). *Environmental enrichment as a promising strategy for aiding multiple sclerosis treatment. Neural Regeneration Research, 15(9), 1660.*

- *Soltani, A. , Molazadeh, J. , Mahmoodi, M. , & Hosseini, S. (2013). A study on the effectiveness of emotional focused couple therapy on intimacy of couples. Procedia - Social and Behavioral Sciences. 82. 461-465.*
- *Sullivan, A. B. , & Domingo, S. (2017). Chapter Interdisciplinary Treatment of Patients with Multiple Sclerosis and chronic pain. Nutrition and Lifestyle in Neurological Autoimmune Diseases. Multiple Sclerosis,3(6), 213-219.*
- *Waldman, S, D. (2009). Multiple Sclerosis. Pain Review: 349-52.*