



Original Article

## The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Sexual Function, Coping Strategies and Distress Tolerance of Employees with Rheumatoid Arthritis

Farzin Bagheri Sheykhangafshe<sup>1\*</sup>, PhD Candidate;<sup>ORCID</sup> Vahid Savabi Niri<sup>2</sup>, MSc;<sup>ORCID</sup> Shabnam Baryaji<sup>3</sup>, MSc;<sup>ORCID</sup> Zahra Saeedi<sup>4</sup>, MSc;<sup>ORCID</sup> Arina Kiani<sup>5</sup>, MSc Student;<sup>ORCID</sup> Ali Fathi-Ashtiani<sup>6</sup>, PhD<sup>ORCID</sup>

<sup>1</sup>PhD Candidate in Psychology, Faculty of Humanities, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

<sup>2</sup>Master of Clinical Psychology, Islamic Azad University of Ardabil Branch, Ardabil, Iran

<sup>3</sup>Master of Clinical Psychology, Islamic Azad University of Urmia Branch, Urmia, Iran

<sup>4</sup>Master of Family Counseling, Islamic Azad University, Quchan Branch, Quchan, Iran

<sup>5</sup>Master student of Clinical Psychology, Faculty of Humanities and Social Sciences, University of Kurdistan, Kurdistan, Iran

<sup>6</sup>Professor, Behavioral Sciences Research Center, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

### Article Information

#### Article History:

Received: Jan. 16, 2023

Accepted: April 09, 2023

#### \*Corresponding Author:

Farzin Bagheri Sheykhangafshe,  
PhD Candidate in Psychology, Faculty  
of Humanities, Tarbiat Modares  
University, Tehran, Iran  
Email: farzinbagheri@modares.ac.ir

### Abstract

**Introduction:** Rheumatoid arthritis is a multifactorial disease that has many psychological consequences. In this regard, the present study investigated the effectiveness of acceptance and commitment therapy on sexual function, coping strategies, and distress tolerance of employees with rheumatoid arthritis.

**Methods:** The present research has a quasi-experimental design, with pre-test-post-test and a control group. The statistical population of the research included the employees of Tehran province in 2019. Thirty patients were quasi-experimental divided into intervention (n=15) and control (n=15) groups. The data collection tools included sexual function, coping strategies, and distress tolerance questionnaires. The intervention group received eight 90-minute sessions of acceptance and commitment therapy, but the control group did not. Data were analyzed using multivariate covariance analysis by SPSS-24 software.

**Results:** Acceptance and commitment therapy significantly reduced emotional and avoidant coping styles. On the contrary, it has increased sexual function, problem-oriented coping style, and distress tolerance (tolerance, absorption, evaluation, adjustment) in employees with rheumatoid arthritis ( $P < 0.001$ ). Also, according to the calculated effect size, 76% of the total variances of the intervention and control groups are due to the effect of the independent variable.

**Conclusion:** This research findings indicated the effectiveness of acceptance and commitment therapy in increasing the rheumatoid arthritis patients' mental health. Since patients with rheumatoid arthritis are psychologically vulnerable, it is necessary to take measures to improve their psychological health.

**Keywords:** Acceptance and Commitment Therapy, Psychological Adaptation, Psychological Distress, Rheumatoid Arthritis, Sexual Health

#### Please cite this article as:

Bagheri Sheykhangafshe F, Savabi Niri V, Baryaji S, Saeedi Z, Kiani A, Fathi-Ashtiani A. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Sexual Function, Coping Strategies and Distress Tolerance of Employees with Rheumatoid Arthritis. Sadra Med. Sci. J. 2023; 11(4): 360-373.



## مقاله پژوهشی

## اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عملکرد جنسی، راهبردهای مقابله‌ای و تحمل پریشانی کارمندان مبتلا به آرتریت روماتوئید

فرزین باقری شیخانگفته<sup>۱\*</sup>، وحید صوابی نیری<sup>۲</sup>، شبهنم بریاجی<sup>۳</sup>، زهرا سعیدی<sup>۴</sup>، آرینا کیانی<sup>۵</sup>، علی فتحی آشتیانی<sup>۶</sup>

<sup>۱</sup> دانشجوی دکتری تخصصی روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران  
<sup>۲</sup> کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل، اردبیل، ایران  
<sup>۳</sup> کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارومیه، ارومیه، ایران  
<sup>۴</sup> کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد قوچان، قوچان، ایران  
<sup>۵</sup> دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه کردستان، کردستان، ایران  
<sup>۶</sup> استاد مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران

## چکیده

## اطلاعات مقاله

## تاریخچه مقاله:

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۱۰/۲۶

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۱/۲۰

## نویسنده مسئول:

فرزین باقری شیخانگفته،

دانشجوی دکتری تخصصی روان‌شناسی، دانشکده علوم

انسانی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

پست الکترونیکی:

farzinbagheri@modares.ac.ir

**مقدمه:** آرتریت روماتوئید یک بیماری چندعاملی محسوب می‌شود که پیامدهای روان‌شناختی متعددی برای بیمار به همراه دارد. در این راستا، پژوهش حاضر باهدف اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عملکرد جنسی، راهبردهای مقابله‌ای و تحمل پریشانی کارمندان مبتلا به آرتریت روماتوئید انجام شد. **مواد و روش‌ها:** روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی و طرح آن به صورت پیش آزمون-پس آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش شامل کارمندان استان تهران در سال ۱۳۹۹ بود که از میان آن‌ها ۳۰ بیمار به صورت تصادفی در دو گروه مداخله (۱۵ نفر) و گروه گواه (۱۵ نفر) جای‌دهی شدند. ابزار گردآوری شامل پرسش‌نامه‌های عملکرد جنسی، راهبردهای مقابله‌ای و تحمل پریشانی بود. گروه مداخله ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد دریافت کردند ولی گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیره توسط نرم‌افزار SPSS 24 تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌طور معنی‌داری سبب کاهش سبک‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار و اجتنابی، و افزایش عملکرد جنسی، سبک مقابله‌ای مسئله‌مدار و تحمل پریشانی (تحمل، جذب، ارزیابی، تنظیم) در کارمندان مبتلا به آرتریت روماتوئید شده است ( $P < 0/001$ ). همچنین با توجه به اندازه اثر محاسبه‌شده، ۷۶ درصد از کل واریانس‌های گروه آزمایش و گواه ناشی از اثر متغیر مستقل است.

**نتیجه‌گیری:** یافته‌های این پژوهش حاکی از اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش سلامت روانی بیماران آرتریت روماتوئید بود. از آنجاکه بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید از نظر روانی آسیب‌پذیر هستند، لازم است تدابیری در جهت ارتقای سلامت روان‌شناختی آن‌ها اتخاذ گردد.

**کلمات کلیدی:** درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، سلامت جنسی، سازگاری روانی، پریشانی روانی، آرتریت روماتوئید

لطفاً این مقاله را به این صورت استناد کنید:

باقری شیخانگفته ف، صوابی نیری و، بریاجی ش، سعیدی، آرینا کیانی ز، فتحی آشتیانی ع. اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عملکرد جنسی، راهبردهای مقابله‌ای و تحمل پریشانی کارمندان مبتلا به آرتریت روماتوئید. مجله علوم پزشکی صدرا. دوره ۱۱، شماره ۴، پاییز ۱۴۰۲، صفحات ۳۶۰-۳۷۳.

استفاده از راهبردهای مقابله‌ای سازگارانه<sup>۵</sup> یکی از بهترین روش‌ها برای کاهش مشکلات جسمانی و روانی بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید است (۱۵). راهبردهای مقابله‌ای شامل تلاش‌های شناختی و رفتاری فرد است که در جهت تعبیر، تفسیر و اصلاح یک وضعیت تنش‌زا به کار می‌رود و منجر به کاهش رنج و استرس ناشی از شرایط بیماری می‌شود (۱۶). منطبق بر این نظریه، این سبک‌های مقابله‌ای فرایندی پویا و مداوم دارد و به سه دسته کلی مسئله‌مدار، هیجان‌مدار و اجتنابی تقسیم می‌شوند (۱۷). سبک مسئله‌مدار شامل جست‌وجوی اطلاعات درباره مسئله، سبک هیجان‌مدار شامل واکنش‌های هیجانی و سبک اجتنابی دربردارنده اجتناب از موقعیت استرس‌زا است (۱۸). بررسی‌های انجام شده نشان داده است که بیمارانی که از سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار استفاده می‌کنند از مشکلات جسمانی و روانی بیشتری رنج می‌برند (۱۹). نتایج پژوهش بوکورت<sup>۶</sup> و همکاران (۲۰) مشخص کرد بیمارانی مبتلا به آرتریت روماتوئید و فیبرومیالژیا از کیفیت زندگی و سازگاری اجتماعی پایینی برخوردار بودند. یافته‌های پژوهش فلوری<sup>۷</sup> و همکاران (۲۱) نشان داد آرتریت روماتوئید پیامدهای روان‌شناختی گسترده‌ای مانند افسردگی و اضطراب، برای بیماران و خانواده آن‌ها ایجاد می‌کند. نوع حمایت اجتماعی و راهبرد مقابله‌ای که بیمار در طول درمان خود استفاده می‌کند نقش بسزایی در کنترل و درمان بیماری ایفا می‌کند. نتایج پژوهش توساتو<sup>۸</sup> و همکاران (۲۲) مشخص کرد بیمارانی آرتریت روماتوئیدی که از راهبردهای مقابله‌ای اجتنابی و هیجان‌مدار استفاده می‌کردند از شدت درد و بیماری بیشتری رنج می‌بردند.

زندگی کردن با درد مزمن مشکلات جسمانی و روانی زیادی برای بیمار و اطرافیانش به وجود می‌آورد، به همین دلیل تحمل پریشانی<sup>۹</sup> بالا یکی از مهم‌ترین عوامل مدیریت درد در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید محسوب می‌شود (۲۳). تعریف تحمل پریشانی، توانایی ادراک شرایط محیطی، مدیریت و تحمل هیجانات منفی و پایبندی به اهداف خود در شرایط تنش‌زا است (۲۴). سطوح بالای تحمل پریشانی باعث می‌شود بیمار در مقابل درد و احساس‌های ناخوشایند از خود تاب‌آوری نشان دهد (۲۵)، از مشکل فرار نکند، به ارزیابی دقیق بپردازد و در انتها بتواند هیجان‌های خود را به‌درستی

آرتریت روماتوئید<sup>۱</sup> یک بیماری غیرهمگن مزمن است و با التهاب مفصل دردناک مشخص می‌شود و ممکن است باعث فرسایش شدید استخوان‌ها شود (۱). علت بیماری آرتریت روماتوئید هنوز به خوبی شناخته نشده است و علیرغم پیشرفت‌های درمانی، هیچ درمان شناخته‌شده‌ای برای آن وجود ندارد (۲) و بررسی‌های مروری انجام شده شیوع جهانی بیماری آرتریت روماتوئید را ۴ درصد گزارش کرده‌اند (۴) که در زنان بیشتر از مردان شیوع دارد (۵). یافته‌های پژوهش جمشیدی و همکاران (۶) حکایت از شیوع شش برابری آرتریت روماتوئید در بین زنان ایرانی داشت. بررسی‌های مروری انجام شده نیز بر وجود مشکلات جنسی و روان‌شناختی گسترده در بین بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید تأکید می‌کند (۷).

باوجود مشکلات عضلانی و اسکلتی زیادی که بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید تجربه می‌کنند، اختلال در عملکرد جنسی<sup>۲</sup> یکی از شایع‌ترین مشکلات زنان مبتلا به این بیماری محسوب می‌شود (۸). از آنجاکه سلامت جنسی بخشی جدایی‌ناپذیر از زندگی عادی است، کیفیت کلی زندگی بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید تحت تأثیر این بیماری قرار می‌گیرد (۹). به‌طورکلی ابتلا به دردهای مزمن بر کیفیت زندگی جنسی تأثیر می‌گذارد، اما اختلال عملکرد جنسی اغلب تشخیص داده نمی‌شود یا اثر آن کم‌تر مورد مطالعه قرار می‌گیرد (۱۰). از دلایل مخفی ماندن این عارضه جدی این است که بیماران به سبب خجالت یا ناامیدی، اختلال عملکرد جنسی خود را گزارش نمی‌کنند و پزشکان به‌ندرت از بیماران خود در مورد این اختلالات می‌پرسند (۱۱). این در حالی است که یکی از پیش‌بینی‌کننده‌های رضایت از زندگی در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید، رضایت از زندگی جنسی است (۱۲). نتایج پژوهش ژانگ<sup>۳</sup> و همکاران (۱۳) از پایین بودن رضایت و عملکرد جنسی زنان مبتلا به بیماری آرتریت روماتوئید حکایت دارد و یافته‌های عالیا<sup>۴</sup> و همکاران (۱۴) نیز نشان می‌دهد که ۴۹/۳ درصد از زنان مبتلا به بیماری آرتریت روماتوئید از اختلال در عملکرد جنسی رنج می‌برند و میل و برانگیختگی جنسی بیماران در مقایسه با زنان سالم به میزان قابل توجهی پایین است.

5. Adaptive Coping Strategies

6. Bucourt

7. Tosato

8. Flurey

9. Distress Tolerance

1. Rheumatoid Arthritis

2. Sexual Function

3. Zhang

4. Alia

یافته‌های مطالعه ماهر-ادواردز<sup>۱۵</sup> و همکاران (۳۶) نیز بر اثربخش بودن درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش اضطراب، افسردگی، استرس، اختلال خواب و پریشانی بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید صحت می‌گذارد. نتایج پژوهش شاریپی<sup>۱۶</sup> (۳۷) نشان داد درمان و آموزش‌های روان‌شناختی به‌خصوص درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نقش چشمگیری در کاهش درد مزمن بیماران ایفا می‌کند.

با توجه به اینکه ابتلا به بیماری آرتریت روماتوئید رو به افزایش است و زنان زیادی در سطح جهان با این بیماری مزمن زندگی می‌کنند، بررسی ابعاد روان‌شناختی این بیماری از اهمیت بالایی برخوردار است. از آنجاکه داشتن سلامت روانی از مهم‌ترین عوامل کمک‌کننده به پیشرفت روند درمانی بیماران شناخته می‌شود، پژوهش حاضر باهدف اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عملکرد جنسی، راهبردهای مقابله‌ای و تحمل پریشانی کارمندان مبتلا به آرتریت روماتوئید انجام شد.

## مواد و روش‌ها

### نوع مطالعه

روش پژوهش حاضر، نیمه‌تجربی و طرح آن از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. متغیر مستقل در این پژوهش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بود و متغیرهای وابسته شامل عملکرد جنسی، راهبردهای مقابله‌ای و تحمل پریشانی.

### جمعیت مورد مطالعه

جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کارمندان مبتلا به آرتریت روماتوئید شهر تهران در سال ۱۳۹۹ بود که در زمان نمونه‌گیری برای درمان بیماری خود به کلینیک‌های فیزیوتراپی شهر تهران مراجعه کرده بودند. آزمودنی‌های مطالعه از بین این افراد و بر اساس معیارهای ورود انتخاب شدند.

### معیارهای ورود و خروج

معیارهای ورود به مطالعه شامل دامنه سنی ۲۵ تا ۵۰ سال، متأهل و کارمند بودن و رضایت شخصی، عدم ابتلا به بیماری جدی دیگری به غیر از آرتریت روماتوئید و عدم استفاده از داروهای روان‌پزشکی بود. همچنین معیارهای خروج از مطالعه را جواب سرسری به سؤالات دادن، وخیم

تنظیم نماید (۲۶). مطالعات انجام شده در رابطه با بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید نیز نقش چشمگیر تحمل پریشانی در ارتقای سلامت جسمی و روانی آن‌ها را تبیین می‌کند (۲۷). نتایج پژوهش بنکا<sup>۱۱</sup> و همکاران (۲۸) ارتباط مقطعی قابل توجهی بین ناتوانی عملکردی، حساسیت مفاصل، درد، حمایت عاطفی، حمایت ابزاری و پریشانی روانی در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید گزارش کردند. یافته‌های مطالعه مروری راسل<sup>۱۲</sup> و همکاران (۲۹) مشخص کرد بیماران آرتریت روماتوئیدی که در مدت درمان خود تحمل پریشانی بالایی داشتند و انعطاف بیشتری نسبت به شرایط از خود نشان می‌دادند از سلامت روانی، جسمانی و اجتماعی مطلوب‌تری برخوردار بودند. نتایج پژوهش مک‌هاف<sup>۱۳</sup> و همکاران (۳۰) نشان داد بیماران آرتریت روماتوئیدی که با فاجعه‌سازی درد همراه بودند از اضطراب و استرس بیشتری رنج می‌بردند. همچنین تحمل پریشانی به‌عنوان عاملی تعیین‌کننده موجب کاهش استرس عاطفی و افسردگی در این بیماران گردید که نتیجه آن افزایش سلامت روانی افراد بود.

پذیرش و تعهد<sup>۱۴</sup> یک رویکرد درمانی روان‌شناختی است که به‌سرعت در حال توسعه است و در طیف وسیعی از مسائل جسمی و روانی از جمله درد مزمن کاربرد دارد (۳۱). پذیرش و تعهد با درمان شناختی-رفتاری سنتی متفاوت است زیرا، به جای تمرکز بر تغییر محتوای افکار و باورهای ناسازگار بیماران، عمدتاً از روش‌های پذیرش، ذهن‌آگاهی و فعال‌سازی برای تغییر تأثیر آن‌ها استفاده می‌کند (۳۲). از این‌رو، تمرکز پذیرش و تعهد بیشتر بر مدیریت درد، کاهش درد، افکار خودکار منفی و یا احساسات ناخوشایند بیمار نیست، بلکه بهبود عملکرد روزانه بیمار را با ایجاد الگوهای موفق عملکرد رفتاری به‌طور صریح از طریق بهبود انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در نظر دارد (۳۳). از آنجاکه بیماران آرتریت روماتوئید به علت مشکلات جسمانی و ضعف مفاصل از اعتماد به نفس خوبی برخوردار نیستند، استفاده از تکنیک‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند عملکرد بیمار را ارتقا بخشد (۳۴). نتایج پژوهش هگارتی<sup>۱۴</sup> و همکاران (۳۵) مشخص کرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب افزایش کیفیت زندگی، بهبود عملکرد جسمانی و هیجانی بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید می‌شود که نتیجه آن کاهش شدت درد و مدیریت بهتر بیماری است.

10. Acceptance and Commitment

11. Benka

12. Russell

13. McHugh

14. Hegarty

15. Maher-Edwards

16. Sharpe

شدن شدت درد بیمار و غیبت بی‌ش از ۲ جلسه درمانی تشکیل می‌داد.

### حجم نمونه

پس از کسب رضایت از مسئولین کلینیک‌ها و بیمارانی که پزشک معالج مبتلا به آرتریت روماتوئید آن‌ها را تأیید کرده بود، ۳۰ کارمند انتخاب و به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گروه گواه (۱۵ نفر) تقسیم شدند. حجم نمونه بر اساس نتایج نسخه ۳،۱۹،۰۲ نرم‌افزار G\*Power (۳۸) و در نظر گرفتن نکات مطرح‌شده برای حجم نمونه در تحلیل کوواریانس تعیین شد.

### ابزار گردآوری داده‌ها

#### فرم اطلاعات جمعیت‌شناختی: این چک‌لیست

شامل تحصیلات، سابقه کاری و سن بود.

#### پرسشنامه عملکرد جنسی زنان: این پرسشنامه

عملکرد و مشکلات جنسی زنان را در شش زمینه و در یک دوره چهارهفته‌ای ارزیابی می‌کند. این زمینه‌ها شامل میل جنسی، برانگیختگی جنسی، لیزش‌دگی، ارگاسم، رضایت فرد و احساس درد هنگام مقاربت است (۳۹). گویه‌های مربوط به میل جنسی و رضایت بر اساس یک مقیاس لیکرتی پنج‌درجه‌ای از ۱ تا ۵ نمره‌گذاری می‌شود. آیت‌های مربوط به لیزش‌دگی، برانگیختگی، ارگاسم و درد بر اساس یک مقیاس لیکرتی شش‌درجه‌ای از ۰ تا ۵ نمره‌گذاری می‌شود. از حاصل جمع نمرات شش خرده‌مقیاس با هم نمره کل مقیاس به دست می‌آید. نمره کل بین ۲ تا ۳۰ متغیر است و نمرات بالاتر عملکرد جنسی بهتر را نشان می‌دهد. نمره برش مناسب کل مقیاس برای تشخیص اختلال عملکرد جنسی ۲۸ تعیین شد. در پژوهش ایزودوری<sup>۱۷</sup> و همکاران (۳۹) همسانی درونی ۰/۷۸ و پایایی باز آزمایی ۰/۹۵ برای این مقیاس گزارش شد. این ابزار در بررسی‌های انجام‌شده در ایران نیز از ثبات درونی بالایی برخوردار بوده است. قسامی و همکاران (۴۰) در مطالعه‌ای روایی همگرا و واگرای مقیاس عملکرد جنسی زنان را با مقیاس پریشانی جنسی زنان و عاطفه مثبت مطلوب گزارش کردند. در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۸۴ به دست آمد.

#### مقیاس سبک‌های مقابله با استرس: اندلر

و پارکر<sup>۱۸</sup> (۱۶) این پرسشنامه را باهدف ارزیابی انواع

سبک‌های مقابله‌ای افراد در موقعیت‌های استرس‌زا در سه سبک مقابله‌ای مسئله‌مدار، هیجان‌مدار و اجتنابی طراحی کردند. این آزمون شامل ۴۸ سؤال است که هر دسته ۱۶ سؤالی به یکی از ابعاد مقابله مربوط است که روی طیف لیکرت ۱ تا ۵ درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود. اعتبار این آزمون از طریق محاسبه ضریب آلفای کرونباخ در مطالعه اندلر و پارکر (۱۶) برای سبک‌های سه‌گانه در دامنه ۰/۸۲ تا ۰/۹۲ به دست آمده است. ضریب پایایی مقیاس برای سبک‌های مقابله‌ای مسئله‌مدار، هیجان‌مدار و اجتنابی به ترتیب برای نمونه پسران ۰/۹۲، ۰/۸۲، ۰/۸۵ و برای نمونه دختران ۰/۹۰، ۰/۸۵، ۰/۸۲ و ۰/۸۲ به دست آمد (۱۶). در ایران نیز ضریب آلفای کرونباخ برای سبک‌های مقابله‌ای مسئله‌مدار (۰/۸۷)، هیجان‌مدار (۰/۸۶) و اجتنابی (۰/۸۲) مطلوب گزارش شد (۴۱). در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ برای سبک‌های مقابله‌ای مسئله‌مدار، هیجان‌مدار و اجتنابی به ترتیب ۰/۸۲، ۰/۸۸، ۰/۸۰ به دست آمد.

**پرسشنامه تحمل پریشانی:** مقیاس تحمل پریشانی توسط سیمونز و گاهر<sup>۱۹</sup> (۴۲) معرفی شده است. این مقیاس ابزار خودسنجی و ۱۵ سؤالی است و چهار خرده‌مقیاس تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم دارد و بر اساس مقیاس لیکرت از یک تا پنج نمره‌گذاری می‌شود. دامنه نمرات بین ۱۵ تا ۷۵ است. در این پرسشنامه ضرایب آلفای خرده‌مقیاس‌ها بین ۰/۷۰ تا ۰/۸۲ آلفای کلی به دست آمده است. علوی و همکاران (۴۳) این مقیاس را به فارسی ترجمه و در جمعیت ایرانی اعتباریابی کرده و پایایی کل مقیاس را ۰/۷۱ و خرده‌مقیاس‌ها در دامنه مورد بررسی را ۰/۴۲ تا ۰/۵۸ به دست آورده‌اند. در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کل و خرده‌مقیاس‌های تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۸۰، ۰/۸۳، ۰/۸۰ و ۰/۸۸ به دست آمد.

**برنامه مداخله‌ای:** به‌منظور بررسی و درمان کارمندان مبتلا به آرتریت روماتوئید از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هاینز<sup>۲۰</sup> و همکاران (۴۴) طی ۸ جلسه (هر هفته دو جلسه) ۹۰ دقیقه گروهی استفاده گردید. همچنین در طول دوره، اعضای گروه آزمایش و گواه از درمان روتین خود برای بیماری برخوردار بودند.

### روند اجرای پژوهش

پس از هماهنگی‌ها و مراجعه به مراکز درد، ۳۰ کارمند مبتلا به آرتریت روماتوئید با استفاده از روش

19. Simons & Gaher

20. Hayes

17. Isidori

18. Endler & Parker

تحلیل کوواریانس چندمتغیره<sup>۲۶</sup> برای ارزیابی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عملکرد جنسی، راهبردهای مقابله‌ای و تحمل پریشانی کارمندان مبتلا به آرتروز روماتوئید، با کنترل اثر پیش‌آزمون، استفاده گردید. سطح معنی‌داری در آزمون‌ها ۰/۵۰ در نظر گرفته شد.

### ملاحظات اخلاقی

برای رعایت نکات اخلاقی پژوهش، ابتدا رضایت شرکت‌کنندگان و مسئولین کلینیک جلب شد؛ به بیماران امکان داده شد که هر زمان تمایل از پژوهش انصراف دهند؛ همچنین به بیماران اطمینان داده شد که اطلاعات حاصل از پژوهش به صورت گروهی مورد تحلیل قرار خواهد گرفت و اطلاعات فردی‌شان کاملاً محرمانه خواهد ماند. اطلاعات این پژوهش با کد اخلاق IR.BMSU.REC.1398.276 در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله ثبت شده است.

### یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سنی کارمندان مبتلا به آرتروز روماتوئید گروه آزمایش ۳۶/۰۹±۸/۱۴ سال و

نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گروه گواه گمارده شدند. در ابتدا، توضیحاتی کلی به افراد داده شد و پس از در نظر گرفتن ملاک‌های ورود و خروج و اخذ رضایت از آن‌ها، پژوهش آغاز شد. پژوهشگران درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را طی ۸ جلسه (هر هفته دو جلسه) ۹۰ دقیقه گروهی در کلینیک روانشناسی انجام دادند (در دامنه زمانی حداکثر ۳ ماه). در جدول ۱، شرح مختصر محتوای جلسات مداخله ارائه شده است (جدول ۱).

### تحلیل آماری

داده‌ها پس از جمع‌آوری با ابزارهای فوق در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ تحلیل شدند. برای این منظور، از آزمون مجذور کای<sup>۲۱</sup> با توجه به وجود حداقل ۳ فراوانی در هر سطح یا طبقه جهت مقایسه اطلاعات جمعیت‌شناختی گروه‌ها، از آزمون ناپارامتریک شاپیرو-ویلک<sup>۲۲</sup> برای ارزیابی نرمال بودن توزیع فراوانی متغیرهای کمی گروه‌های آزمایش و گواه در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون، از آزمون ام‌باکس<sup>۲۳</sup> برای بررسی همگنی ماتریس‌های کوواریانس، آزمون کای دو بارتلت<sup>۲۴</sup> برای بررسی معنی‌داری رابطه بین متغیرها، از آزمون لوین<sup>۲۵</sup> برای بررسی همگنی واریانس‌های متغیرهای پژوهش، از

جدول ۱. محتوای جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای بیماران مبتلا به دردهای عضلانی اسکلتی (۴۴)

جلسات	فعالیت‌ها
اول	برقراری رابطه درمانی، آشنا نمودن افراد با موضوع پژوهش، پاسخ به پرسشنامه و بستن قرارداد درمانی.
دوم	کشف و بررسی روش‌های درمانی بیمار و ارزیابی میزان تأثیر آن‌ها، بحث در مورد موقتی و کم اثر بودن درمان‌ها با استفاده از تمثیل، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.
سوم	کمک به مراجع برای تشخیص راهبردهای ناکارآمد کنترل و پی بردن به بیهودگی آن‌ها، پذیرش وقایع شخصی دردناک بدون کشمکش با آن‌ها با استفاده از تمثیل، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.
چهارم	توضیح در مورد اجتناب از تجارب دردناک و آگاهی از پیامدهای آن، آموزش گام‌های پذیرش، تغییر مفاهیم زبان با استفاده از تمثیل، آموزش تن آرامی، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.
پنجم	معرفی مدل رفتاری سه‌بعدی به منظور بیان ارتباط مشترک رفتار/احساسات، کارکردهای روان‌شناختی و رفتار قابل مشاهده و بحث در مورد تلاش برای تغییر رفتار بر اساس آن، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.
ششم	توضیح مفاهیم نقش و زمینه، مشاهده خویشتن به‌عنوان یک بستر و برقراری تماس با خود با استفاده از تمثیل، آگاهی از دریافت‌های حسی مختلف و جدایی از حس‌هایی که جزء محتوای ذهنی هستند. دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.
هفتم	توضیح مفهوم ارزش‌ها، ایجاد انگیزه برای تغییر و توانمند نمودن مراجع برای زندگی بهتر، تمرین تمرکز، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.
هشتم	آموزش تعهد به عمل، شناسایی طرح‌های رفتاری مطابق با ارزش‌ها و ایجاد تعهد برای عمل به آن‌ها، جمع‌بندی جلسات، اجرای پس‌آزمون

21. Chi-square test

22. Shapiro-Wilk

23. Bartlett chi-square test

24. Levine test

25. Box's M test

26. Multivariate analysis of covariance

این مفروضه برقرار است. همچنین نتایج آزمون خی دو بارتلت برای بررسی معنی داری رابطه بین عملکرد جنسی، راهبردهای مقابله‌ای و تحمل پریشانی نشان داد که رابطه بین آن‌ها معنی دار است ( $P < 0/05$ ،  $df=35$ ،  $\chi^2=177/09$ ). مفروضه مهم دیگر تحلیل کوواریانس چندمتغیری، همگونی ضرایب رگرسیون<sup>۲۷</sup> است. لازم به ذکر است که آزمون همگونی ضرایب رگرسیون از طریق تعامل متغیرهای وابسته و متغیر مستقل (روش مداخله) در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون مورد بررسی قرار گرفت. تعامل این پیش‌آزمون‌ها و پس‌آزمون‌ها با متغیر مستقل معنادار نیست و به همگونی شیب رگرسیون اشاره دارد؛ بنابراین این مفروضه نیز برقرار است. با توجه به برقراری مفروضه‌های تحلیل کوواریانس چندمتغیری، استفاده از این آزمون مجاز خواهد بود. به‌منظور پی بردن به تفاوت گروه‌ها، تحلیل کوواریانس چند متغیره در (جدول ۴) آمده است.

با توجه به جدول ۴، نتایج، تأثیر متغیر مستقل بر متغیرهای وابسته را نشان می‌دهد. به‌عبارت‌دیگر گروه‌های آزمایش و گواه حداقل در یکی از عملکرد جنسی، راهبردهای مقابله‌ای و تحمل پریشانی تفاوت معناداری داشتند که با توجه به اندازه اثر محاسبه‌شده، ۷۶ درصد از کل واریانس‌های گروه آزمایش و گواه ناشی از اثر متغیر مستقل است. همچنین توان آماری آزمون برابر با ۱ است که بر کفایت حجم نمونه دلالت می‌کند اما، برای تشخیص اینکه در کدام حیطه‌ها تفاوت معنادار وجود دارد، از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ گزارش شده است.

با توجه به مندرجات جدول ۵، آماره **F** برای عملکرد

بیماران گروه گواه  $35/84 \pm 9/53$  سال بود. نتایج آزمون مجذور کای نشان داد که گروه‌های آزمایش و گواه از نظر سابقه کاری، سن و وضعیت تأهل تفاوت معنی داری نداشتند (جدول ۲).

### آزمون مجذور کای، $P < 0/50$ اختلاف معنی دار

میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش‌آزمون-پس‌آزمون نمرات عملکرد جنسی، راهبردهای مقابله‌ای و تحمل پریشانی کارمندان مبتلا به آرتریت روماتوئید در گروه آزمایش و گواه در جدول ۲ ارائه شده است. همچنین در این جدول نتایج آزمون شاپیرو-ویلک برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها در دو گروه گزارش شده است. با توجه به این جدول آماره شاپیرو-ویلک برای تمامی متغیرها معنی دار نیست. لذا می‌توان نتیجه گرفت که توزیع متغیرها نرمال است (جدول ۳). برای بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عملکرد جنسی، راهبردهای مقابله‌ای و تحمل پریشانی کارمندان مبتلا به آرتریت روماتوئید از تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد. نتایج آزمون لوین برای بررسی همگونی واریانس متغیرهای وابسته در گروه‌ها نشان داد که واریانس عملکرد جنسی ( $F_{1,928}=1/31$ ،  $P=0/261$ )، راهبردهای مقابله‌ای ( $F_{1,928}=1/44$ ،  $P=0/243$ ) و تحمل پریشانی ( $F_{1,928}=1/42$ ) در گروه‌ها برابر است. نتایج آزمون ام.باکس برای بررسی برابری ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در بین گروه آزمایش و گواه نیز نشان داد که ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته دو گروه برابر است ( $Box M=57/49$ ،  $F=1/09$ ،  $P=0/319$ ). میزان معناداری آزمون باکس از  $0/05$  بیشتر است، در نتیجه درستی

جدول ۲. مقایسه فراوانی اطلاعات جمعیت‌شناختی گروه‌های آزمایش و گواه در کارمندان

متغیرها	سطوح	آزمایش تعداد (درصد)	گواه تعداد (درصد)	سطح معناداری
تحصیلات	دیپلم	۵ (۳۳/۴)	۴ (۲۶/۶)	۰/۴۲۶
	کارشناسی	۷ (۴۶/۶)	۶ (۴۰)	
	کارشناسی ارشد	۳ (۲۰)	۵ (۳۳/۴)	
سابقه کاری (سال)	۶ تا ۹	۹ (۶۰)	۸ (۵۳/۴)	۰/۳۶۲
	۱۰ به بالا	۶ (۴۰)	۷ (۴۶/۶)	
سن (سال)	۲۶ تا ۲۹	۶ (۴۰)	۵ (۳۴/۴)	۰/۵۰۹
	۳۰ تا ۳۵	۵ (۳۴/۴)	۶ (۴۰)	
	۳۵ به بالا	۴ (۲۶/۶)	۴ (۲۶/۶)	

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه آزمایش و گواه

متغیر	وضعیت	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	S-W	P value
عملکرد جنسی	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۸/۰۶	۴/۰۶	۰/۰۶۵	۰/۰۵۹
		گواه	۱۸/۰۱	۲/۷۹	۰/۰۵۳	۰/۱۰۳
	پس‌آزمون	آزمایش	۲۱/۴۶	۳/۹۲	۰/۱۱۶	۰/۰۶۸
		گواه	۱۸/۲۷	۳/۵۳	۰/۰۹۴	۰/۰۷۵
مسئله مدار	پیش‌آزمون	آزمایش	۳۹/۶۶	۲/۴۱	۰/۱۰۸	۰/۰۶۷
		گواه	۳۹/۴۰	۲/۶۳	۰/۰۹۶	۰/۰۶۶
	پس‌آزمون	آزمایش	۴۲/۶۰	۱/۴۵	۰/۰۹۷	۰/۰۵۸
		گواه	۳۹/۱۳	۲/۸۷	۰/۰۹۱	۰/۱۶۱
هیجان‌مدار	پیش‌آزمون	آزمایش	۵۴/۴۰	۱/۹۵	۰/۰۸۲	۰/۰۵۶
		گواه	۵۴/۹۳	۱/۰۸	۰/۰۹۱	۰/۰۷۲
	پس‌آزمون	آزمایش	۴۷/۸۶	۲/۱۹	۰/۰۹۵	۰/۰۷۴
		گواه	۵۵/۷۳	۱/۷۵	۰/۰۹۱	۰/۰۹۷
اجتنابی	پیش‌آزمون	آزمایش	۵۷/۰۱	۲/۶۵	۰/۰۹۱	۰/۰۹۷
		گواه	۵۷/۰۶	۲/۷۸	۰/۰۹۵	۰/۰۷۳
	پس‌آزمون	آزمایش	۵۱/۴۶	۲/۱۳	۰/۰۹۰	۰/۱۷۱
		گواه	۵۷/۲۶	۱/۴۲	۰/۰۹۵	۰/۰۷۱
تحمل	پیش‌آزمون	آزمایش	۹/۲۰	۱/۳۶	۰/۰۹۷	۰/۰۵۹
		گواه	۹/۳۳	۲/۷۱	۰/۰۹۴	۰/۰۷۸
	پس‌آزمون	آزمایش	۱۱/۸۶	۱/۱۶	۰/۰۹۲	۰/۰۸۸
		گواه	۹/۲۷	۱/۹۸	۰/۰۹۵	۰/۰۷۳
جذب	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۰/۲۶	۱/۸۴	۰/۰۸۹	۰/۰۵۵
		گواه	۱۰/۵۳	۲/۶۳	۰/۱۵۲	۰/۰۶۳
	پس‌آزمون	آزمایش	۱۳/۷۳	۲/۱۵	۰/۰۹۶	۰/۰۵۷
		گواه	۱۰/۶۰	۱/۹۶	۰/۱۰۳	۰/۰۶۷
ارزیابی	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۹/۰۶	۲/۴۰	۰/۱۰۹	۰/۰۶۱
		گواه	۱۸/۹۳	۱/۶۹	۰/۰۸۵	۰/۰۵۲
	پس‌آزمون	آزمایش	۲۳/۲	۲/۱۰	۰/۰۷۵	۰/۰۵۹
		گواه	۱۹/۶۰	۱/۹۵	۰/۱۷۵	۰/۰۸۶
تنظیم	پیش‌آزمون	آزمایش	۶/۸۶	۱/۴۲	۰/۱۶۳	۰/۰۸۵
		گواه	۶/۷۳	۲/۶۸	۰/۰۶۹	۰/۰۷۶
	پس‌آزمون	آزمایش	۱۰/۷۴	۲/۳۴	۰/۰۸۹	۰/۰۶۲
		گواه	۷/۱۳	۱/۴۲	۰/۱۱۸	۰/۰۵۹

S-W: Shapiro-Wilk; P: Significant (effect size mancova)

از تحمل، ۴۹ درصد از جذب، ۵۳ درصد از ارزیابی و ۴۴ درصد از تنظیم، ناشی از تأثیر متغیر مستقل بوده است، در نتیجه می‌توان بیان کرد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌طور معنی‌داری باعث کاهش سبک‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار و اجتنابی و افزایش عملکرد جنسی، سبک مقابله‌ای مسئله‌مدار و تحمل پریشانی (تحمل، جذب، ارزیابی، تنظیم) در کارمندان مبتلا به آرتروز روماتوئید شده است.

جنسی (۱۵/۲۲)، مسئله‌مدار (۱۵/۸۸)، هیجان‌مدار (۴۰/۵۴)، اجتنابی (۲۱/۱۵)، تحمل (۴۰/۷۸)، جذب (۱۹/۰۶)، ارزیابی (۲۲/۶۰) و تنظیم (۱۵/۷۱) در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار است. این یافته‌ها نشانگر آن است که بین گروه‌ها در این متغیرها تفاوت معنی‌داری وجود دارد. همچنین با توجه به اندازه اثر محاسبه‌شده ۴۲ درصد از عملکرد جنسی، ۴۴ درصد از مسئله‌مدار، ۶۷ درصد از هیجان‌مدار، ۵۱ درصد از اجتنابی، ۶۷ درصد



جدول ۴. نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیری روی میانگین نمرات پس‌آزمون

نام آزمون	مقدار	آماره F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر	توان آماری
آزمون اثر پیلایی <sup>۱</sup>	۰/۷۶۷	۵/۳۵۲	۰/۰۰۱	۰/۷۶	۱
آزمون لامبدای ویلکز <sup>۲</sup>	۰/۲۳۳	۵/۳۵۲	۰/۰۰۱	۰/۷۶	۱
آزمون اثر هتلینگ <sup>۳</sup>	۳/۲۹۴	۵/۳۵۲	۰/۰۰۱	۰/۷۶	۱
آزمون بزرگ‌ترین ریشه روی <sup>۴</sup>	۳/۲۹۴	۵/۳۵۲	۰/۰۰۱	۰/۷۶	۱

جدول ۵. نتایج حاصل از تحلیل کواریانس تک متغیری روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون متغیرهای وابسته در دو گروه آزمایش و گواه

متغیرها	مجموع مجذورات	خطای مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	خطای میانگین مجذورات	آماره F	معناداری	اندازه اثر مانکووا
عملکرد جنسی	۶۷/۵۶۲	۸۸/۷۴	۱	۶۷/۵۶۲	۴/۷۳	۱۵/۲۲	۰/۰۰۱	۰/۴۲
مسئله‌مدار	۶۸/۹۸۱	۸۶/۸۴	۱	۶۸/۹۸۱	۴/۳۴	۱۵/۸۸	۰/۰۰۱	۰/۴۴
هیجان‌مدار	۳۹۷/۷۱۲	۱۹۶/۲۰	۱	۳۹۷/۷۱۲	۹/۸۱	۴۰/۵۴	۰/۰۰۱	۰/۶۷
اجتنابی	۲۳۰/۹۱۲	۲۱۸/۳۰	۱	۲۳۰/۹۱۲	۱۰/۹۱	۲۱/۱۵	۰/۰۰۱	۰/۵۱
تحمل	۵۹/۰۵۸	۲۸/۹۵	۱	۵۹/۰۵۸	۱/۴۴	۴۰/۷۸	۰/۰۰۱	۰/۶۷
جذب	۷۳/۷۴۲	۷۷/۳۹	۱	۷۳/۷۴۲	۳/۸۷	۱۹/۰۶	۰/۰۰۱	۰/۴۹
ارزیابی	۸۳/۶۶۷	۷۴/۰۳	۱	۸۳/۶۶۷	۳/۷۰	۲۲/۶۰	۰/۰۰۱	۰/۵۳
تنظیم	۸۲/۰۲۹	۱۰۴/۳۷	۱	۸۲/۰۲۹	۵/۲۱	۱۵/۷۱	۰/۰۰۱	۰/۴۴

1. Pillai's Trace
2. Wilks' Lambda
3. Hotelling's T-squared
4. Roy's Largest Root

## بحث

این بیماران بسیار کم‌رنج باشد (۸). بیمارانی که در جلسات پذیرش و تعهد شرکت کردند با تمرینات متنوع شناختی و ذهنی درگیر شدند. بیماران با تمرین پذیرش و تعهد می‌آموزند تمامی افکار، احساسات و هیجانات خود را بپذیرند، با کمک ذهن آگاهی فرایند تفکرشان را مورد ارزیابی دقیق‌تر قرار دهند و در جهت اهداف و ارزش‌هایشان کار کنند (۳۱). به نظر می‌رسد داشتن ذهن آگاهی بدون استفاده از قضاوت به بیماران کمک می‌کند بتوانند با ناتوانی‌های جنسی که تجربه می‌کنند، بهتر کنار بیایند. این موضوع به تنظیم هیجانی و راه‌کارهای مقابله‌ای بهتر می‌انجامد و در نهایت دوره درمان را کوتاه می‌کند. در واقع در این برنامه بیماران یاد می‌گیرند به جای تلاش برای توقف افکار و هیجان‌اتشان، آن‌ها را تجربه کنند و با مجموعه اهداف تعریف‌شده و نظام ارزش خویش پیوند برقرار نمایند و با آن‌ها به‌طور مستمر در ارتباط باشند و زندگی خود را بر اساس آن‌ها تنظیم کنند (۳۳).

پژوهش حاضر باهدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عملکرد جنسی، راهبردهای مقابله‌ای و تحمل‌پریشانی کارمندان مبتلا به آرتروز روماتوئید انجام شد. یافته‌های به‌دست‌آمده نشان داد گروه آزمایش پس از دریافت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نمرات بهتری در عملکرد جنسی خود به دست آوردند. این نتایج در راستای پژوهش‌های ژانگ و همکاران (۱۳)، عالیا و همکاران (۱۴)، هگارتی و همکاران (۳۵) و ماهر-ادواردز و همکاران (۳۶) قرار دارد. در تبیین این نتایج می‌توان ادعان داشت برخورداری از دردهای عضلانی و اسکلتی باعث می‌شود بیمار کمترین عملکرد جنسی را از خود نشان دهد یا در رابطه جنسی از لذت کافی برخوردار نباشد (۱۰). همین موضوع باعث می‌گردد سلامت روانی و کیفیت زندگی بیماران آرتروز روماتوئید کاهش چشمگیر بیابد و روابط عاطفی و دوستانه برای

شناختی از تجارب ذهنی به نحوی که فرد بتواند مستقل تر و آگاهانه تر در دنیای واقعی عمل کند و نیز رهایی از تمرکز مفرط بر بیماری خودساخته به فرد امکان استفاده از سبک‌های مقابله‌ای کارآمدتر را بدون استرس می‌دهد (۱۶).

در این زمینه، نتایج پژوهش نبهینانی و همکاران (۱۷) مشخص کرد در ۶۰ درصد از بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید، افسردگی ۵۲/۵ درصد مشاهده شد و شایع‌ترین اختلال روانی در پژوهش یادشده بود. بیمارانی که حمایت اجتماعی مناسبی دریافت می‌کردند و از راهبردهای مقابله‌ای مسئله‌مدار بهره می‌بردند از کیفیت زندگی و سلامت روانی بالایی برخوردار بودند. یافته‌های پژوهش گاولز<sup>۳۰</sup> و همکاران (۱۸) نشان داد استفاده از راهبردهای مقابله‌ای ناسازگارانه موجب تشدید بیماری آرتریت روماتوئید، انزوا و اضطراب بیماران می‌شود. در مقابل هرچقدر فرد پذیرش بیشتری داشته باشد بهتر می‌تواند با بیماری خود مقابله کارآمد داشته باشد. نتایج مطالعه آریزوتک<sup>۳۱</sup> و همکاران (۱۹) مشخص کرد بیماران آرتریت روماتوئیدی که از راهبردهای مقابله‌ای سازگارانه استفاده می‌کنند، سطح معنویت مطلوبی دارند و حمایت اجتماعی خوبی دریافت می‌کنند و پس از ابتلا به بیماری از یک رشد پس از ضربه قابل قبول برخوردار می‌شوند.

از سوی دیگر، یافته‌های این مطالعه مشخص کرد از سوی دیگر، یافته‌های این مطالعه مشخص کرد گروه آزمایش پس از دریافت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از تحمل پریشانی (تحمل، جذب، ارزیابی، تنظیم) بالاتری برخوردار شدند. این یافته‌ها در راستای پژوهش‌های بنکا و همکاران (۲۸)، راسل و همکاران (۲۹) و مک‌هاف و همکاران (۳۰) قرار دارد. در جریان مداخله، بیماران دچار باورهای غیرمنطقی و ناسازگارانه‌ای بودند که باعث اجتناب آن‌ها از روبه‌رو شدن واقعی و مؤثر با بیماری‌شان در جهت درمان و بهبودی می‌شد. آن‌ها باور داشتند که بیماری‌شان غیرقابل کنترل و درمان است و این بیماری باعث شده که زندگی آنان بی‌حاصل شود و در زمینه‌های بسیاری ناموفق باشند. همچنین آنان به دلیل بیماری‌شان از رسیدن به برخی اهداف باز مانده بودند، احساس ناامیدی، افسردگی، خشم، احساس حقارت یا ناراحتی داشتند. همچنین آنان باور داشتند که بیماری‌شان باعث عدم تحرک فیزیکی و داشتن ارتباطات نزدیک با افراد جامعه شده است و با چنین باوری منزوی شده بودند و پیامد بیماری و مبهم بودن درمان و احساسات ناخوشایند و مسائل مرتبط با آن، بیماران را پریشان کرده بود. با این وجود، در طی درمان

در این راستا، یافته‌های مطالعه هری<sup>۲۸</sup> و همکاران (۱۰) حاکی از پایین بودن میل جنسی، برانگیختگی جنسی، لیزش‌دگی، ارگاسم و رضایت بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید حکایت داشت. همچنین مشکلات مرتبط با عملکرد جنسی موجب کاهش صمیمیت زوجین و تشدید بیماری نیز شده بود که نیاز به توجه ویژه‌ای دارد. نتایج پژوهش یزدی و همکاران (۱۱) نشان داد عملکرد جنسی هر سه گروه از بیماران آرتریت روماتوئید، لوپوس و کمردرد پایین بود و این امر موجب کاهش رضایت زناشویی در آن‌ها می‌شد. از طرفی دیگر، بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید در مقایسه با دو گروه دیگر از سلامت روانی و کیفیت زندگی کمتری برخوردار بودند. همچنین مطالعه یلماز<sup>۲۹</sup> و همکاران (۱۲) مشخص کرد بیماران زن مبتلا به آرتریت روماتوئید از اختلالات جنسی بسیار زیادی برخوردارند که موجب کاهش لذت و عملکرد جنسی آن‌ها می‌شود. افسردگی، اضطراب و استرس در این بیماران به میزان قابل توجهی بالا است که موجب تشدید درد و بیماری در آن‌ها می‌گردد.

نتایج به‌دست‌آمده از این مطالعه نیز حاکی از افزایش سبک مقابله‌ای مسئله‌مدار و کاهش سبک‌های مقابله‌ای هیجانی و اجتنابی در گروه آزمایش پس از دریافت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بود. یافته‌های به‌دست‌آمده با مطالعات بوکورت و همکاران (۲۰)، فلوری و همکاران (۲۱)، توساتو و همکاران (۲۲) و شاریبی (۳۷) همسو است. به عبارتی دیگر می‌توان اذعان داشت، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد که متضمن اصلاح فرآیندهای شناختی در کنار آمدن و حل مشکلات، آگاهی لحظه‌به‌لحظه نسبت به هیجانات و پذیرش بی‌قیدوشرط مشکل است، باعث می‌شود که بیماران مهارت‌های شناختی موردنیاز را در خود تقویت نمایند (۳۴). این درمان افراد را ترغیب می‌کند که فرایندهای فکری را به‌عنوان یک عملکرد واقعی برای سازگاری روان‌شناختی بپذیرند و در نتیجه طرحواره‌های شناختی منفی در آن‌ها کاهش یابد و بتوانند به شیوه مؤثرتری شرایط سخت و بحرانی را مدیریت کنند (۱۵). این درمان از طریق ایجاد و افزایش پذیرش روانی و افزایش عمل به ارزش‌ها در بیماران عمل می‌کند. در واقع به فرد نوعی فرصت یادگیری مهارت‌های جدید و خاص مانند کاهش اجتناب تجربی و افزایش پذیرش روانی و تماس با زمان حال می‌دهد و همین ویژگی موجب می‌شود که فرد نه تنها از اجتناب دست بردارد، بلکه به شکل انعطاف‌پذیری با آن مواجه گردد (۲۲). جداسازی

30. Gáfvels  
31. Rzeszutek

28. Hari  
29. Yilmaz

پژوهش حاضر کارمندان مبتلا به آرتريت روماتويدی شهر تهران در سال ۱۳۹۹ بودند. به همین دلیل در تعمیم نتایج به سایر گروه‌ها و مناطق دیگر باید جانب احتیاط رعایت شود. عدم امکان پیگیری بلندمدت تأثیر برنامه با استفاده از آزمون پیگیری نیز از دیگر محدودیت‌های این مطالعه بود. بر این اساس پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آینده این موضوع مورد توجه قرار گیرد تا امکان بررسی تأثیر بلندمدت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ممکن شود.

### نتیجه‌گیری

یافته‌های به‌دست‌آمده مشخص کرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌طور معنی‌داری باعث کاهش سبک‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار و اجتنابی و در مقابل باعث افزایش عملکرد جنسی، سبک مقابله‌ای مسئله‌مدار و تحمل‌پذیری (تحمل، جذب، ارزیابی، تنظیم) در کارمندان مبتلا به آرتريت روماتويدی می‌شود. از آنجاکه داشتن بیماری‌های عضلانی-اسکلتی مانند آرتريت روماتويدی می‌تواند سلامت روانی و عملکرد کارمندان را تحت تأثیر خود قرار دهد، لازم است تدابیری در جهت شناسایی و درمان گروه‌های آسیب‌پذیر اتخاذ شود.

### تشکر و قدردانی

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از تمامی کارمندانی که در انجام این پژوهش نویسندگان را یاری کردند، تقدیر و تشکر نمایند.

### تضاد منافع

هیچ‌گونه تعارض منافی وجود ندارد.

مبتنی بر پذیرش و تعهد، بیماران برای پذیرش بیماری و تعهد در جهت اقدام به کنترل حالات هیجانی خود و پیگیری اقدامات درمانی، آموزش دیدند و توانستند وجود بیماری خود را بپذیرند و برخورد منطقی‌تری با آن داشته باشند و همچنین از شیوه‌های اجتنابی ناسازگارانه در برخورد با بیماری خود و مشکلات مرتبط با آن پرهیز کردند و احساساتشان نسبت به بیماری و پریشانی‌های مرتبط با آن تغییر کرد.

یافته‌های پژوهش گولیا<sup>۳۲</sup> و همکاران (۲۵) نشان داد بیماران مبتلا به آرتريت روماتويدی که حس انسجام بالایی داشتند از کیفیت زندگی مطلوب‌تری برخوردار بودند و به درمان پاسخ بهتری می‌دادند. در مقابل پریشانی روانی بالا از عوامل تشدیدکننده درد و بیماری در افراد بود که منجر به کاهش کیفیت زندگی آن‌ها می‌گردد. نتایج مطالعه نیکلیسک<sup>۳۳</sup> و همکاران (۲۶) مشخص کرد بیماران آرتريت روماتويدی که پریشانی روانی بیشتری دارند از شدت درد و اضطراب بیشتری رنج می‌بردند. اما سطوح بالای ذهن آگاهی باعث افزایش تحمل پریشانی و سلامت روان‌شناختی در بیماران می‌گردد. یافته‌های مطالعه مرووری وریزکولک<sup>۳۴</sup> و همکاران (۲۷) نشان داد بیماران مبتلا به آرتريت روماتويدی که از راهبردهای مقابله‌ای اجتنابی و هیجانی استفاده می‌کنند از پریشانی روانی بیشتری برخوردارند. در مقابل استفاده از راهبرد مقابله‌ای سازگارانه موجب کنترل و بهبود بیماری در افراد می‌شود. نتایج پژوهش‌های هان و مک‌کراکن<sup>۳۵</sup> (۳۳) و دو<sup>۳۶</sup> و همکاران (۳۴) مشخص کرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با سایر درمان‌های روان‌شناختی برای افزایش عملکرد جسمانی و روانی بیماران دارای درد مزمن از کارآمدی بالاتری برخوردار است و در طولانی‌مدت نیز پایداری قابل قبولی دارد.

### محدودیت‌های پژوهش

پژوهش حاضر محدودیت‌هایی دارد: جامعه آماری

32. Goulia

33. Nyklíček

34. Vriezolk

35. Hann

36. Du

## منابع

- Bergstra SA, Sepriano A, Kerschbaumer A, van der Heijde D, Caporali R, Edwards CJ, Verschueren P, de Souza S, Pope JE, Takeuchi T, Hyrich KL. Efficacy, duration of use and safety of glucocorticoids: a systematic literature review Informing the 2022 update of the EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis. *Annals of the Rheumatic Diseases*. 2023;82(1):81-94.
- Lin YJ, Anzaghe M, Schülke S. Update on the pathomechanism, diagnosis, and treatment options for rheumatoid arthritis. *Cells*. 2020;9(4):880.
- Conigliaro P, Triggianese P, De Martino E, Fonti GL, Chimenti MS, Sunzini F, Viola A, Canofari C, Perricone R. Challenges in the treatment of rheumatoid arthritis. *Autoimmunity reviews*. 2019;18(7):706-13.
- Almutairi K, Nossent J, Preen D, Keen H, Inderjeeth C. The global prevalence of rheumatoid arthritis: a meta-analysis based on a systematic review. *Rheumatology international*. 2021;41(5):863-77.
- Chancay MG, Guendeschadze SN, Blanco I. Types of pain and their psychosocial impact in women with rheumatoid arthritis. *Women's midlife health*. 2019;5(1):1-9.
- Jamshidi T, Gheshlagh RG, Ebtekar F, Dalvand S, Azimi AV, Kurdi A. Prevalence of depression among Iranian patients with rheumatoid arthritis: a systematic review and meta-analysis. *Open Access Rheumatology: Research and Reviews*. 2019;2019(11):53-9.
- Bay LT, Graugaard C, Nielsen DS, Möller S, Ellingsen T, Giraldi A. Sexual health and dysfunction in patients with rheumatoid arthritis: a cross-sectional single-center study. *Sexual Medicine*. 2020;8(4):615-30.
- Boone D, Ronson A, Karsh J. Comparison of female sexual function index in patients with psoriatic and rheumatoid arthritis and healthy controls. *Musculoskeletal Care*. 2019;17(3):226-30.
- Aras H, Aras B, Icagasioglu A, Yumusakhuyly Y, Kemahli E, Haliloglu S, Oguz FM. Sexual dysfunction in women with rheumatoid arthritis. *Med Glas (Zenica)*. 2013;10(2):327-31.
- Hari A, Rostom S, Lahlou R, Bahiri R, Hajjaj-Hassouni N. Sexual function in Moroccan women with rheumatoid arthritis and its relationship with disease activity. *Clinical Rheumatology*. 2015;34(6):1047-51.
- Yazdi F, Shakibi MR, Gharavi Roudsari E, Nakhaee N, Salajegheh P. The effect of suffering from rheumatoid arthritis, systemic lupus erythematosus, and back pain on sexual functioning and marital satisfaction in Iran. *International Journal of Rheumatic Diseases*. 2021;24(3):373-9.
- Yilmaz H, Polat HA, Yilmaz SD, Erkin G, Kucuksen S, Salli A, Ugurlu H. Evaluation of sexual dysfunction in women with rheumatoid arthritis: a controlled study. *The Journal of Sexual Medicine*. 2012;9(10):2664-70.
- Zhang Q, Zhou C, Chen H, Zhao Q, Li L, Cui Y, Shen B. Rheumatoid arthritis is associated with negatively variable impacts on domains of female sexual function: evidence from a systematic review and meta-analysis. *Psychology, Health & Medicine*. 2018;23(1):114-25.
- Alia F, Rim BS, Miladi S, Ouenniche K, Kassab S, Chekili S, Zakraoui L, Abdelghani KB, Laatar A. Comparison of sexual function in Tunisian women with rheumatoid arthritis and healthy controls. *Clinical Rheumatology*. 2019;38(12):3361-5.
- Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal and coping. New York: Springer 1984:127-139.
- Endler NS, Parker JD. Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *Journal of personality and social psychology*. 1990;58(5):844-854.
- Nebhinani N, Mattoo SK, Wanchu A. Quality of Life, Social Support, Coping Strategies, and Psychiatric Morbidity in Patients with Rheumatoid Arthritis. *Journal of Neurosciences in Rural Practice*. 2022;13(01):119-22.
- Gåfvels C, Hägerström M, Rane K, Wajngot A, Wändell PE. Coping strategies among patients newly diagnosed with diabetes or rheumatoid arthritis at baseline and after 24 months. *Journal of Health Psychology*. 2018;23(10):1273-86.
- Rzeszutek M, Oniszczenko W, Kwiatkowska B. Stress coping strategies, spirituality, social support and posttraumatic growth in a Polish sample of rheumatoid arthritis patients. *Psychology, health & medicine*. 2017;22(9):1082-8.

20. Bucourt E, Martailé V, Goupille P, Joncker-Vannier I, Huttenberger B, Réveillère C, Mulleman D, Courtois AR. A comparative study of fibromyalgia, rheumatoid arthritis, spondyloarthritis, and Sjögren's syndrome; impact of the disease on quality of life, psychological adjustment, and use of coping strategies. *Pain Medicine*. 2021;22(2):372-81.
21. Flurey CA, Hewlett S, Rodham K, White A, Noddings R, Kirwan JR. Coping strategies, psychological impact, and support preferences of men with rheumatoid arthritis: a multicenter survey. *Arthritis Care & Research*. 2018;70(6):851-60.
22. Tosato S, Bonetto C, Zanini A, Montanari I, Piccinelli A, Bixio R, Rossini M, Pacenza G, Cristofalo D, Fracassi E, Carletto A. Coping strategies, emotional distress and perceived disease severity in a cohort of patients with rheumatoid arthritis: a mediation analysis. *Rheumatology*. 2023;62(3):1078-86.
23. Hruschak VJ, Yuan Y, Ringwald W, Beaugard C, Repine M, Pacella-LaBarbara M, Rosen D, Cochran G. Pain Appraisals in Patients with Physical Injury: Assessing the Role of Distress Tolerance in the Relationship between Depression and Pain Catastrophizing. *Health & Social Work*. 2021;46(3):187-98.
24. McHugh RK, Weiss RD, Cornelius M, Martel MO, Jamison RN, Edwards RR. Distress intolerance and prescription opioid misuse among patients with chronic pain. *The Journal of Pain*. 2016;17(7):806-14.
25. Goulia P, Voulgari PV, Tsifetaki N, Andreoulakis E, Drosos AA, Carvalho AF, Hyphantis T. Sense of coherence and self-sacrificing defense style as predictors of psychological distress and quality of life in rheumatoid arthritis: a 5-year prospective study. *Rheumatology international*. 2015;35(4):691-700.
26. Nyklíček I, Hoogwegt F, Westgeest T. Psychological distress across twelve months in patients with rheumatoid arthritis: The role of disease activity, disability, and mindfulness. *Journal of psychosomatic research*. 2015;78(2):162-7.
27. Vriezেকolk JE, van Lankveld WG, Geenen R, van den Ende CH. Longitudinal association between coping and psychological distress in rheumatoid arthritis: a systematic review. *Annals of the rheumatic diseases*. 2011;70(7):1243-50.
28. Benka J, Nagyova I, Rosenberger J, Calfova A, Macejova Z, Middel B, Lazurova I, van Dijk JP, Groothoff JW. Social support and psychological distress in rheumatoid arthritis: a 4-year prospective study. *Disability and rehabilitation*. 2012;34(9):754-61.
29. Russell BS, Lincoln CR, Starkweather AR. Distress tolerance intervention for improving self-management of chronic conditions: A systematic review. *Journal of Holistic Nursing*. 2019;37(1):74-86.
30. McHugh RK, Kneeland ET, Edwards RR, Jamison R, Weiss RD. Pain catastrophizing and distress intolerance: prediction of pain and emotional stress reactivity. *Journal of Behavioral Medicine*. 2020;43(4):623-9.
31. Simister HD, Tkachuk GA, Shay BL, Vincent N, Pear JJ, Skrabek RQ. Randomized controlled trial of online acceptance and commitment therapy for fibromyalgia. *The Journal of Pain*. 2018;19(7):741-53.
32. Scott W, Chilcot J, Guildford B, Daly-Eichenhardt A, McCracken LM. Feasibility randomized-controlled trial of online Acceptance and Commitment Therapy for patients with complex chronic pain in the United Kingdom. *European Journal of Pain*. 2018;22(8):1473-84.
33. Hann KE, McCracken LM. 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*. 2014;3(4):217-27.
34. Du S, Dong J, Jin S, Zhang H, Zhang Y. Acceptance and commitment therapy for chronic pain conditions on functioning: A systematic review protocol. *Journal of advanced nursing*. 2021;77(1):417-26.
35. Hegarty RS, Fletcher BD, Conner TS, Stebbings S, Treharne GJ. Acceptance and commitment therapy for people with rheumatic disease: Existing evidence and future directions. *Musculoskeletal Care*. 2020;18(3):330-41.
36. Maher-Edwards L, Ng N, Gillanders D. P060 Pilot study showing the efficacy and acceptability of an acceptance and commitment therapy based brief psychological intervention on mood and disability in patients with early inflammatory

- arthritis. *Rheumatology*. 2021;60(1):247-057.
37. Sharpe L. Psychosocial management of chronic pain in patients with rheumatoid arthritis: challenges and solutions. *Journal of pain research*. 2016; 9:137.
38. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, & Buchner A. G\* Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behav Res Methods*. 2007; 39(2): 175-191.
39. Isidori AM, Pozza C, Esposito K, Giugliano D, Morano S, Vignozzi L, Corona G, Lenzi A, Jannini EA. Outcomes assessment: Development and validation of a 6-item version of the Female Sexual Function Index (FSFI) as a diagnostic tool for female sexual dysfunction. *The journal of sexual medicine*. 2010;7(3):1139-46.
40. Ghassami M, Shairi M R, Asghari Moghadam M A, Rahmati N. The Study of the Psychometric Properties of the 6-Item Version of the Female Sexual Function Index (FSFI-6) amongst Iranian Women. *Nursing and Midwifery Journal* 2014; 12(7):532-543.
- (Persian)
41. Bagheri Sheykhangafshe F, Tajbakhsh K, Savabi Niri V, Nakhostin Asef Z, Fathi-Ashtiani A. The Efficacy of Cognitive-behavioral Therapy on Psychological Distress and Coping Strategies of Employees with Chronic Low Back Pain. *Iran J Health Sci* 2023; 11(2):93-102.
42. Simons JS, Gaher RM. The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation and emotion*. 2005;29(2):83-102.
43. Alavi Kh, Modarres Gharavi M, Amin-Yazdi SA, Salehi Fadardi J. Effectiveness of group dialectical behavior therapy (based on core mindfulness, distress tolerance, and emotion regulation components) on depressive symptoms in university students. *Journal of Fundamentals of Mental Health*. 2011;13(2):35-124. (Persian)
44. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*. Guilford Press; 2011.