

The Effectiveness of Reality Therapy on Self-Differentiation and Sexual Self-Efficacy of Women with Multiple Sclerosis

اثر بخشی واقعیت درمانی بر خود متمایز سازی و خودکارآمدی جنسی در زنان مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس

۱ (Corresponding Author)

Department of Psychology, Na.C., Islamic Azad university, Najafabad, Iran. ORCID No: 0000-0002-3885-8008

p.sajjadian@iau.ac.ir

۲

M.Sc. Student in Clinical Psychology, Na.C., Islamic Azad university, Najafabad, Iran. ORCID No: 0009-0005-4828-9098

نام نویسنده (نویسنده مسئول)

پریناز سجادیان، گروه روانشناسی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران.

نام نویسنده

فائزه درچه زاده، دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران.

Abstract

The present study was conducted to examine the effectiveness of reality therapy on self-differentiation and sexual self-efficacy in women with multiple sclerosis. This research employed a quasi-experimental design with pre-test, post-test, and follow-up phases, including a control group. The statistical population consisted of all women with multiple sclerosis in Isfahan city in 2024. The sample included 30 eligible patients from the Isfahan MS Association, selected through convenience sampling and randomly assigned to experimental and control groups. Data were collected using the Self-Differentiation Inventory (SDI-SF) by Drake and Murdock (2015) and the Sexual Self-Efficacy Questionnaire by Vaziri and Lotfi (2013). Data analysis was performed using repeated measures ANOVA in SPSS version 29. The results showed that reality therapy was effective on self-differentiation and all its subcomponents in the post-test phase ($P < 0.05$), but the effects of the intervention did not remain in the follow-up phase ($P > 0.05$). Also, this treatment had a significant effect on sexual self-efficacy in the post-test phase, and the effects of the intervention remained in the follow-up phase ($P < 0.05$). The findings of this study demonstrated that reality therapy is a reliable and sustainable approach for improving psychological conditions in patients with multiple sclerosis, including self-differentiation and sexual self-efficacy.

Keywords: Reality therapy, self-differentiation, sexual self-efficacy, multiple sclerosis.

چکیده

مالتیپل اسکلروزیس یک بیماری خود ایمنی سیستم عصبی مرکزی است که منجر به ناتوانی جسمی و کاهش کیفیت زندگی می شود. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثر بخشی واقعیت درمانی بر خود متمایز سازی و خودکارآمدی جنسی در زنان دارای مالتیپل اسکلروزیس انجام گرفت. روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر را تمامی زنان مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس شهر اصفهان در سال ۱۴۰۳ تشکیل داده اند. نمونه پژوهش حاضر ۳۰ نفر از بیماران واجد شرایط انجمن ام اس اصفهان بودند که به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جایگزین شدند. داده ها با استفاده از پرسشنامه خود متمایز سازی (SDI-SF) دریک و موراکی (۲۰۱۵) و پرسشنامه خودکارآمدی جنسی وزیری و لطفی (۱۳۹۲) به دست آمدند. برای تجزیه و تحلیل آنها از روش تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر از نرم افزار SPSS ۲۹ استفاده شد. نتایج نشان داد که واقعیت درمانی بر خود متمایز سازی و تمام زیر مولفه های آن در مرحله پس آزمون اثربخش بوده است ($P < 0.05$)، اما در مرحله پیگیری اثرات مداخله باقی نمانده است ($P > 0.05$). همچنین این درمان بر خودکارآمدی جنسی در مرحله پس آزمون تاثیر معناداری داشته و اثرات مداخله در مرحله پیگیری همچنان باقی مانده است ($P < 0.05$). نتایج این پژوهش نشان داد که واقعیت درمانی رویکرد قابل اتکاء و پایداری در بهبود شرایط روانشناختی بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس، از جمله خود متمایز سازی و خود کارآمدی جنسی است.

واژه های کلیدی: واقعیت درمانی، خود متمایز سازی، خودکارآمدی جنسی، مالتیپل اسکلروزیس.

امروزه بیماری های مزمن علت عمده مسائل بهداشتی در کشور های توسعه یافته است (شیرین، ابو القاسمی، رحمانی و شیروودی، ۱۴۰۰). مالتیپل اسکلروزیس^۱ یک اختلال خود ایمنی مزمن سیستم عصبی مرکزی است که با التهاب، دمیالیناسیون، قطع آکسون و از دست دادن نورولوژیک مشخص می شود (داودی، شامل و هادیان فرد، ۱۳۹۸). ام اس یک بیماری عمده عصبی با علت نامشخص و بدون درمان است که تفاوت های مبتنی بر جنسیت در آن نفوذ کرده است. ام اس یک بیماری غالب در زنان است. این نسبت ۳ به ۱ است و این نسبت در طول زمان در حال افزایش است؛ لذا مردان کمتر به ام اس مبتلا می شوند (کویله^۲، ۲۰۲۱). مطالعات اپیدمیولوژیک نشان داده است که میزان بروز بیماری ام اس در دهه های گذشته رو به افزایش بوده است (رومر و پینل^۳، بایو^۴، ماتاس^۵ و همکاران، ۲۰۲۲). این بیماری نزدیک به یک میلیون آمریکایی و ۲.۸ میلیون نفر در سراسر جهان را تحت تاثیر قرار می دهد (کویله، ۲۰۲۱). علائم ام اس حداقل ۶۵ درصد از افراد را تحت تاثیر قرار می دهد و در تمام فنوتیپ^۶ های بیماری ام اس رخ می دهد. تا ۵۸ درصد از استرالیایی های مبتلا به ام اس طیف وسیعی از مشکلات شناختی را گزارش می کنند که شایع ترین آنها مربوط به حافظه^۷ و تمرکز^۸ (۵۸ درصد) و همچنین برنامه ریزی (۳۶ درصد) و قضاوت (۴۱ درصد) است (لنگلی^۹ و هونان^{۱۰}، ۲۰۲۲). نرخ ابتلا این بیماری در خاورمیانه^{۱۱} ۵۱.۵۲ نفر در هر ۱۰۰ هزار نفر است (اسکندری، رضاخانی و بهبودی، ۱۴۰۱) که در ما کشور ایران ۲۹/۳ نفر در هر ۱۰۰ هزار نفر، به عنوان کشوری با شیوع بالا و در حال افزایش این بیماری شناخته شده است (قاسمی، سیمبر، ازگلی، نبوی، علوی مجد و میر شفایی، ۱۳۹۸ الف).

بیماری ام اس روی وضعیت روانی، ارتباطات بین فردی و اجتماعی و طور کلی بهزستی روان شناختی بیماران تاثیر منفی دارد. از طرفی عوامل روان شناختی در تشدید و یا عود علایم بیماری ام اس نقش دارند و این در حالی است که بیشتر بررسی ها در بیماران مبتلا به ام اس بر مشکلات مرتبط با بعد جسمانی تمرکز داشته و به جنبه های روان شناختی کمتر توجه شده است که از جمله عوامل روانشناختی مهم در بیماران مبتلا به ام اس میزان خود متمایز سازی^{۱۲} است (مرادی و ضرابیان، ۱۴۰۲). این مفهوم بر اساس نظریه سیستم های خانواده^{۱۳} بوئن است و به توانایی نزدیک شدن به دیگران در عین حفظ استقلال خود اشاره دارد. خود متمایز سازی به عنوان توانای حفظ تعادل بین عملکرد عاطفی و فکری و بین میزان صمیمیت^{۱۴} و خود مختاری^{۱۵} در روابط تعریف می شود. در نتیجه، دو جنبه از خود متمایز سازی باید برجسته شود. در سطح درون روانی، خود متمایز سازی به توانایی تمایز فرایند های فکری و عاطفی اشاره دارد که به معنای تمایز بین افکار و احساسات و انتخاب اعمال

¹ Multiple Sclerosis

² Coyle

³ Romero-Pinel

⁴ Bau

⁵ Matas

⁶ phenotype

⁷ memory

⁸ concentration

⁹ Longley

¹⁰ Honan

¹¹ Middle East

¹² Self-differentiation

¹³ Family systems Theory

¹⁴ intimacy

¹⁵ autonomy

بر اساس آن است. در سطح بین فردی^۱، خود متمایز سازی به توانایی برقراری روابط صمیمانه با دیگران و در عین حال حفظ استقلال خود اشاره دارد. سطح خود متمایز سازی توضیح می دهد چگونه افراد در روابط خود به ویژه در موقعیت های بسیار احساسی عمل می کنند. افراد با سطح پایین تری از خود متمایز سازی در مولفه درون روانی مشکلات بیشتری در حفظ آرامش دارند و توانایی کمتری در تنظیم هیجانی دارند. افرادی که سطح پایین تری از خود متمایز سازی در سطح بین فردی دارند، تمایل دارند با دیگران ترکیب شوند، بر دیگران تسلط پیدا کنند یا با قطع رابطه عاطفی، دیگران را منزوی کنند (چه به عنوان پاسخی به استرس یا به عنوان مکانیزم مقابله) (گوفچفسکا^۲ و پستفا ویچفسکا^۳، ۲۰۲۳). بزرگسالانی که دارای من پخته و خود متمایز سازی بیشتری هستند، مهارگری درونی و انعطاف پذیری بیشتر در موقعیت های مختلف نشان می دهند (مظاهری تهرانی، کوکلی، صوابی نیر و بی کس یکانی، ۱۴۰۱).

پژوهش ها حاکی از آن است که مشکلات روان شناختی در افراد مبتلا به ام اس عامل اصلی پایین آمدن کیفیت زندگی^۴ این افراد است. افراد مبتلا، به تطابق و هماهنگی با چالش های بیماری مزمن نیاز دارند (اسکندری، رضاخانی و بهبودی، ۱۴۰۱). اکثر بیماران مبتلا به ام اس زنان جوان با درجات متفاوتی از ناتوانی هستند که به طور معمول از نظر جنسی فعال و در اوج مسئولیت های فردی و خانوادگی هستند و این زمانی است که مسائل جنسی برای آن ها از مسائل مهم و تاثیر گذار بر کیفیت زندگی می باشد (قادری و میرقاتی خویی، ۱۳۹۲). یکی از مشکلات شایع در بیماران مبتلا به ام اس، شیوع ۴۰ تا ۸۰ درصدی مشکلات جنسی است. نتایج یک متاآنالیز نشان می دهد که ۶۲ درصد از زنان ایرانی مبتلا به ام اس مشکلات جنسی را تجربه می کنند (قاسمی، سیمبر، ازگلی و همکاران، ۱۳۹۸ ب). عوامل روانی - اجتماعی یکی از اصلی ترین و شایع ترین عوامل تاثیر گذار بر زندگی جنسی این بیماران محسوب می شود و یکی از مهمترین این عوامل، خودکارآمدی جنسی^۵ است. خودکارآمدی جنسی ساختاری چند بعدی دارد و یکی از جنبه های خودکارآمدی عمومی به شمار می رود (قاسمی، سیمبر، ازگلی و همکاران، ۱۳۹۸ الف). خودکارآمدی جنسی را می توان باوری دانست که هر فرد در مورد توانایی خود در عملکرد موثر فعالیت های جنسی و مطلوب بودن برای شریک زندگی خود دارد، چنین باوری نوعی خودارزیابی از توانایی و کارآمدی در رفتار جنسی است (دهنوی، صادقی و سپهوندی، ۱۳۹۹). اعتماد به نفس جنسی و خودکارآمدی جنسی پایین در افراد مبتلا به بیماری های مزمن مانند ام اس می تواند سبب اشکال در نحوه مواجهه با مشکلات جنسی و عدم یک رفتار صحیح جنسی شود (قاسمی، سیمبر، ازگلی و همکاران، ۱۳۹۸ الف).

می توان انتظار داشت که با انجام مشاوره و مداخلات روانشناختی علائم بیماری را کاهش داد، پیشرفت آن را به تعویق انداخت، توانمندی های شخص را حفظ کرد و ارتقاء بخشید و به بیمار امکان داد تا یک روند طبیعی و عادی را در زندگی دنبال

¹ interpersonal

² Głowczewska

³ Pastwa-Wojciechowska

⁴ Quality of life

⁵ Sexual self-efficacy

کند (اسکندری، رضاخانی و بهبودی، ۱۴۰۱). زاواری^۱، اکلس^۲، بروید^۳ و همکاران (۲۰۲۲) نشان دادند که از میان تمام رویکرد های موج سوم، چهار رویکرد تا به امروز در افراد مبتلا به ام اس اجرا شده است که عبارتند از رفتار درمانی دیالکتیکی^۴، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۵، کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی^۶ و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی^۷. یکی دیگر از این مداخلاتی که در زمینه درمان های روانشناختی در بهبود علائم بیماری ام اس نقش موثری می تواند داشته باشد، واقعیت درمانی^۸ است. واقعیت درمانی مجموعه ای از روش ها برای کمک به افراد به منظور حرکت از رفتار های ناکارآمد به رفتار های کارآمد، از انتخاب های مخرب به انتخاب های سازنده و از همه مهم تر از سبک زندگی ناخشنود به سبک زندگی^۹ خشنود است (شمس، پاشنگ و صداقت، ۱۴۰۰). در واقعیت درمانی بر مفاهیمی چون کنترل^{۱۰}، مسئولیت پذیری^{۱۱} و انتخاب^{۱۲} تاکید می شود که می تواند بر راهبرد های کنار آمدن و منبع کنترل افراد تاثیر بگذارد. این درمان بر نظریه انتخاب^{۱۳} استوار است و تاکید این نظریه بیشتر بر دو مولفه عملکرد و تفکر است (دهنوی، صادقی و سپهوندی، ۱۳۹۹). در واقع هدف اصلی واقعیت درمانی تغییر هویت ناموفق^{۱۴} و ایجاد رفتار مسئولانه در افراد است، زیرا آنچه که باعث ناراحتی و اضطراب انسان است رفتار غیر مسئولانه او است (مظاهری تهرانی، کوکلی، صوابی نیری و همکاران، ۱۴۰۱).

با توجه به یافته های پژوهش ساسانی، رمضانلی، محمد زاده و همکاران (۱۴۰۳)، آموزش خودمتمایز سازی و واقعیت درمانی بر صمیمیت و سازگاری زنان متاهل موثر است. همچنین یافته ها در پژوهش ساسانی، محمد زاده، رضوی و همکاران (۱۴۰۱)، حاکی از اثر بخشی خودمتمایز سازی و واقعیت درمانی بر صمیمیت و ابراز وجود زنان متاهل است. در پژوهش نادری، یعقوبی، صفاریان طوسی و همکاران (۱۴۰۱)، واقعیت درمانی به دلیل تاکید بر مسئولیت پذیری، باعث بهبود تمایز یافتگی در زنان وابسته می شود. شمس، پاشنگ و صداقت (۱۴۰۰)، گزارش کردند واقعیت درمانی می تواند خودکارآمدی را در بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس به طور معنا داری افزایش دهد. همچنین یافته ها در پژوهش دهنوی، صادقی و سپهوندی (۱۳۹۹) نشان دادند که رویکرد تلفیقی واقعیت درمانی- هیجان مدار در بیماران مبتلا به کم کاری تیروئید می توانند باعث افزایش خودکارآمدی جنسی و بهبود کیفیت خواب آنها شود و در پژوهش منوچهری، سعیدی و میرزایی نجم آبادی (۱۳۹۸)، یافته ها نشان دادند که در زنان مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس بین خودکارآمدی جنسی و اختلال عملکرد جنسی همبستگی منفی و بین خود کارآمدی جنسی و عملکرد جنسی همبستگی مثبت وجود دارد. مزمن بودن ماهیت بیماری، نداشتن پیش آگهی و درمان قطعی و درگیر ساختن فرد در سنین جوانی مشکلات متعددی را در عملکرد افراد مبتلا به آن ایجاد می کند (حسینی

¹ Zarotti

² Eccles

³ Broyd

⁴ Dialectical behavior therapy

⁵ Acceptance and commitment therapy

⁶ Mindfulness-based stress reduction

⁷ Mindfulness-based cognitive therapy

⁸ Reality therapy

⁹ Life style

¹⁰ Control

¹¹ Responsibility

¹² Choice

¹³ Choice theory

¹⁴ Failed identity

طباطبایی، بلقان آبادی و بازرگان، ۱۳۹۷). افراد مبتلا به ام اس کمبودهای متعددی را در زندگی تجربه می کنند که سازگاری با آن ها، بیمار را وادار به ایجاد تغییرات گسترده در سبک زندگی می کند (مهریان، بهمنی، خان جانی و همکاران، ۱۴۰۲). بر این اساس و با توجه به آمارها در رابطه با شیوع این بیماری، دست به گریبان بودن این بیماران با مشکلات روانشناختی، نتیجه بخش بودن واقعیت درمانی گلاسر طبق پشتوانه های پژوهشی بر روی این بیماران، پژوهشی که میزان خودمتمایز سازی، انعطاف پذیری کنشی و خودکارآمدی جنسی به صورت هم زمان در بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس را بررسی کند صورت نگرفته که این خود دلیلی است که ضرورت پژوهش حاضر را بیشتر می کند. با توجه به بررسی های انجام شده توسط پژوهشگران و پژوهش های بررسی شده داخلی و خارجی توسط پژوهشگر، پژوهشی که به تعیین اثربخشی واقعیت درمانی بر خودمتمایزسازی و خودکارآمدی جنسی در شهر اصفهان بر روی بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس پرداخته باشد یافت نشد. لذا با توجه به آنچه اشاره شد، پژوهش حاضر با هدف اثربخشی واقعیت درمانی بر خودمتمایزسازی و خودکارآمدی جنسی در زنان مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس انجام گرفت.

روش

در این پژوهش قبل از اجرا مجوز لازم برای انجام مطالعه از کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف آباد دریافت شد. این پژوهش از جمله پژوهش های کمی می باشد که به لحاظ هدف تحقیق، کاربردی است و به لحاظ روش تحقیق، مطالعه ای نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون و پیگیری با گروه گواه می باشد، که به منظور تعیین اثربخشی واقعیت درمانی بر خودمتمایزسازی و خودکارآمدی جنسی در زنان دارای مالتیپل اسکلروزیس شهر اصفهان استفاده شد. اطلاعات لازم برای این مطالعه در ابتدا با روش کتابخانه ای و با رجوع به منابع مرتبط به دست آمد و بعد از طریق پرسشنامه های مرتبط، داده ها به صورت میدانی از شرکت کنندگان در پژوهش جمع آوری شد. جامعه آماری این پژوهش، زنان مبتلا به بیماری مالتیپل اسکلروزیس در شهر اصفهان در سال ۱۴۰۴-۱۴۰۳ بودند. حجم نمونه در تحقیقات نیمه آزمایشی برابر با ۱۰ الی ۳۰ نفر است (حسن زاده، ۱۴۰۳). بنابراین ۳۰ نفر از زنان مبتلا به ام اس به صورت در دسترس انتخاب شدند و سپس به صورت تصادفی و برابر در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. پس از آن با استفاده از پرسشنامه های استاندارد شده خودمتمایز سازی و خودکارآمدی جنسی، پیش آزمون از گروه ها به عمل آمد. سپس گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه ۲ ساعته به صورت یک بار در هفته و طی دو ماه، واقعیت درمانی را دریافت نمودند. از طرفی افراد گروه گواه هیچ گونه مداخله ای دریافت نکردند. در پایان جلسه آخر نیز از اعضای هر دو گروه آزمایش و کنترل پس آزمون گرفته شد و بعد از دو ماه، پیگیری صورت گرفت. همچنین در مرحله پس آزمون در گروه آزمایش یک نفر ریزش به علت عود و بستری شدن صورت گرفت. روش تجزیه و تحلیل این پژوهش از نوع تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر است و همچنین برای تجزیه و تحلیل داده ها از نرم افزار spss29 استفاده شد. داده های پژوهش در دو بخش آمار استنباطی و آمار توصیفی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در آمار توصیفی شاخص های مرکزی (محاسبه فراوانی، درصد، میانگین) و شاخص های پراکندگی (واریانس و انحراف معیار) مشخص شدند. سپس در آمار استنباطی، از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر استفاده شد.

هم چنین ملاک های ورود به این پژوهش شامل رضایت آگاهانه، زن بودن، متاهل بودن، توانایی برقراری ارتباط، داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن، سن بین ۲۰-۵۵ سال، مصرف نکردن داروهای روانشناختی به صورت همزمان در طی

درمان و عدم استفاده هم زمان از سایر روش های درمانی روانشناختی (بر اساس بررسی پرونده بیمار) در ۳ ماه گذشته و تشخیص قطعی ابتلا به بیماری ام اس از نوع عودکننده-بهبود یابنده (RRMS) توسط پزشک متخصص مغز و اعصاب حداقل به مدت یک سال بودند. ملاک های خروج نیز عدم تمایل فرد به ادامه همکاری، عدم شرکت در جلسات آموزشی بیش از ۲ جلسه پیاپی، عود مجدد بیماری یا بستری شدن در طول مطالعه و وقوع حادثه پیش بینی نشده و عدم پاسخ گویی به سوالات پرسشنامه در یکی از مراحل پیش آزمون، پس آزمون و یا پیگیری در نظر گرفته شدند. پژوهش حاضر در ۸ جلسه و هر جلسه به مدت دو ساعت با در نظر گرفتن زمان استراحت و پذیرایی مطابق با پروتکل درمان واقعیت درمانی اجرا شد و ترتیب اجرای هر جلسه به شرح زیر است:

جدول ۱ پروتکل واقعیت درمانی (سپاس، شاکر دولق و خادمی، ۱۴۰۱)

جلسه	اهداف	محتوا	تکالیف
اول	پیش آزمون و ارائه توضیح کلی جلسات برای اعضا	معرفی پژوهشگر، معرفی اعضا، اجرای پیش آزمون، رهنمود هایی برای مشارکت اعضا و تشریح چگونگی انجام کار	-
دوم	توضیح در مورد واقعیت درمانی و تئوری انتخاب	تعیین قوانین حاکم بر جلسات درمان؛ ارائه اطلاعات درباره نشانه های بیماری و انواع من و توضیح در مورد اهداف رفتار	تکلیف: ارائه کاربرد برای شناسایی نیازها
سوم	معرفی ۵ نیاز اساسی	توضیح و تعریف نیازهای بنیادین و معرف ۵ نیاز اساسی (نیاز به بقا- نیاز به احساس عشق و تعلق- نیاز به آزادی- نیاز به قدرت و پیشرفت- نیاز به تفریح)	تکلیف: دادن کار برگ برای فهرست کردن نیازها جهت روشن شدن تفاوت نیاز و خواسته
چهارم	معرفی دنیای مطلوب	مروری بر تجارب جلسه قبل و دریافت بازخورد از بیماران توضیح در مورد تصاویر آرمانی و فوق العاده آرمانی در دنیای مطلوب و داشتن تصاویر واقع گرایانه در دنیای مطلوب که این مسئله روابط را رضایت بخش می کند.	تکلیف: تمرین سازگاری و انطباق دنیای مطلوب با واقعیت موجود
پنجم	معرفی ماشین رفتار	توضیح در مورد رفتار کلی و مؤلفه های آن و اشاره به ماشین رفتار، چرخ های جلو ماشین فکر و عمل هستند و دو چرخ عقب فیزیولوژی و احساس هستند. ماشین رفتار فیزیولوژی و احساس مربوط به یک رفتار خود	تکلیف: ارائه تمرین در مورد ماشین رفتار؛ درمانجویان باید بتوانند تا جلسه بعدی احساس و فکر و فیزیولوژی مربوط به یک رفتار خود

را مشخص کنند که چگونه می توانستند رفتارهای سازنده تری انتخاب کنند.	اعتقاد دارد ما هر کاری انجام می دهیم یک رفتار انجام می دهیم و هر رفتار معطوف به یک هدف است و هدف هر رفتار ارضای نیازهای ما می باشد. توضیح در مورد افسردگی بر اساس ماشین رفتار پذیرش منفعلانه یک احساس چرا اتفاق می افتد.	تکلیف: شناسایی تعارض ها در زندگی واقعی	چگونگی حل تعارضات و واقعیت درمانی، توضیح در مورد تعارض ها و اینکه چه قدر درد ناک هستند، عاملی که تعارض را تا حد زیادی تشدید می کند عدم وجود راه حل فوری است اگر بر سر دوراهی قرار گرفته اید تا حتی الامکان هیچ اقدامی نکنید؛ به این ترتیب اوضاع را وخیم تر نمی کنید زمان در نهایت تعارض را در جهت یکی پیش خواهد برد. در بسیاری از موارد که نمی توانید صبر کنید نهایت یکی از تصاویر موردنظر خود را در دنیای مطلوب از دست خواهید داد. چگونگی به دست گرفتن کنترل مؤثر زندگی و مسئولانه رفتار کردن	آموزش حل تعارضات و توضیح در مورد سیستم خلاق	ششم
تکلیف: ارائه تمرین در مورد شناسایی پیامدهای روانشناسی کنترل بیرونی	روانشناسی کنترل درونی در برابر روانشناسی کنترل بیرونی، نمود کنترل بیرونی این است که آنچه من انتخاب می کنم و انجام می دهم درست است و آنچه طرف مقابل و دیگران انجام می دهند نادرست است.	-	اجرای پس آزمون و جمع بندی دستاوردهای جلسات مرور جلسات قبل و بیان نظرات و بازخورد	توضیح مفهوم کنترل درونی و بیرونی	هفتم
				پس آزمون و جمع-بندی	هشتم

پرسشنامه استاندارد خود متمایز سازی دریک و مورداک ۲۰۱۵: در پژوهش حاضر جهت ارزیابی خود متمایز سازی از پرسشنامه استاندارد خود متمایز سازی دریک و موراک استفاده شد. پرسشنامه تمایز یافتگی توسط اسکورن^۱ و فریدلندر^۲ (۱۹۸۸) به منظور سنجش تمایز یافتگی طراحی و تدوین شده است و توسط دریک^۳ و مورداک^۴ (۲۰۱۵) برای سنجش خود متمایز سازی اعتباریابی شده است. در ایران نیز توسط رسولی و همکاران (۱۳۹۵) اعتباریابی شده است. این پرسشنامه دارای ۱۸ سوال و چهار مولفه تایید نشدن، استرس و ناپایداری هیجانی، آمیختگی فکر و عمل و اجتناب می باشد و بر اساس طیف هفت گزینه ای لیکرت با سوالاتی مانند (هنگامی که کار یا مسئولیت بزرگی را شروع میکنم معمولاً نیاز به تشویق زیادی از جانب دیگران دارم) به سنجش تمایز یافتگی می پردازد. برای محاسبه امتیاز هر زیر مقیاس، نمره تک تک گویه های مربوط به آن زیرمقیاس را با هم جمع می کنیم. برای محاسبه امتیاز کلی پرسشنامه، نمره همه گویه های پرسشنامه را با هم جمع می کنیم. دامنه امتیاز این پرسشنامه بین ۱۸ تا ۱۰۸ خواهد بود. هر چه امتیاز حاصل شده از این پرسشنامه بیشتر باشد، نشان دهنده میزان بیشتر خودمتمایز سازی خواهد بود و بالعکس. اعتبار یا روایی با این مسئله سر و کار دارد که یک ابزار اندازه گیری تا چه حد چیزی را اندازه می گیرد که ما فکر می کنیم. در پژوهش رسولی و همکاران (۱۳۹۵) روایی محتوایی و صوری و ملاکی این پرسشنامه مناسب ارزیابی شده است. قابلیت اعتماد یا پایایی یک ابزار عبارت است از درجه ثبات آن در اندازه گیری هر آنچه اندازه می گیرد یعنی اینکه ابزار اندازه گیری در شرایط یکسان تا چه اندازه نتایج یکسانی به دست می دهد. ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده در پژوهش رسولی و همکاران (۱۳۹۵) برای این پرسشنامه بالای ۰/۷ برآورد شد. علیکی و نظری (۱۳۸۷) در پژوهش خود به نقل از بهات (۲۰۰۱) بیان کردند که پایایی درونی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه تمایز یافتگی ۰/۸۱ به دست آمده است. همچنین در پژوهش ساریکایا^۵ و همکاران (۲۰۱۸) بر روی دانشجویان ترکی زبان ضریب همسانی درونی آلفای کرونباخ ۰/۸۲ به دست آمده است.

پرسشنامه خود کار آمدی جنسی وزیری و لطفی ۱۳۹۲: در پژوهش حاضر جهت ارزیابی خودکارآمدی جنسی از پرسشنامه استاندارد خودکارآمدی جنسی وزیری و لطفی استفاده شد. پرسشنامه خودکارآمدی جنسی، بر اساس پرسشنامه خودکارآمدی عمومی شوارتز^۶ توسط وزیری و لطفی کاشانی ساخته شده است. پرسشنامه تهیه شده، ۱۰ سوال دارد که در یک پیوستار چهار گزینه ای، از (صفر اصلاً صحیح نیست) تا (۳ کاملاً صحیح است)، نمره گذاری می شود. حداقل امتیاز ممکن ۱۰ و حداکثر ۳۰ خواهد بود. نمره بین ۰ تا ۱۰ به معنای خودکارآمدی جنسی پایین است. نمره بین ۱۰ تا ۳۰ به معنای خودکارآمدی جنسی بالا می باشد. در پژوهش های مقدماتی اولیه، پایایی پرسشنامه خودکارآمدی جنسی با استفاده از روش اندازه گیری آلفای کرونباخ ۰/۸۶، دو نیمه کردن اسپیرمن - براون ۰/۸۱ و روش گاتمن ۰/۸۱ گزارش شده است. همچنین، برآورد اعتبار پرسشنامه خودکارآمدی جنسی در ایران با استفاده از روش اعتبار وابسته به محتوا، توسط پژوهشگر مورد تایید قرار گرفته است. پرسشنامه رضایت جنسی (وزیری، ۲۰۱۱) توسط وزیری معرفی و دارای ۲۰ سوال است که در یک طیف ۴ گزینه ای از هرگز (۰) تا همیشه (۳) رضایت جنسی آزمودنی های متاهل را مورد سنجش قرار می دهد. اعتبار و پایایی این پرسشنامه، توسط پژوهشگران مورد تایید قرار گرفته است (وزیری، لطفی کاشانی، مسعود پرور، ۲۰۱۴). پایایی در جمعیتی ۲۰ نفره از گروه هدف در فاصله زمانی دو هفته مورد سنجش قرار گرفت، که آلفای کرونباخ ۰/۷۷۲ و ضریب اسپیرمن ۰/۹۶۶ به دست آمد. ثمین فر و وزیری (۱۳۹۸) در پژوهش خود اعتبار و

¹ Skowron

² Friedlander

³ Drake

⁴ Murdock

⁵ sarikaya

⁶ Schwartz

پایایی این پرسش نامه را به ترتیب ۰/۷۳ و ۰/۸۰ به دست آورده اند. شوارتز و جروسالم (۱۹۹۵) همسانی درونی پرسشنامه خودکارآمدی عمومی را بر پایه پایایی آلفای کرونباخ بین ۰/۷۵ تا ۰/۹۰ اعلام کرده اند.

یافته ها

بر اساس یافته های توصیفی میانگین خود متمایزسازی و ابعاد آن در گروه واقعیت درمانی نسبت به گروه کنترل کاهش بیشتری در مرحله پس آزمون و پیگیری نسبت به پیش آزمون داشته اند. در خود متمایزسازی در گروه واقعیت درمانی کاهش میانگین پس آزمون نسبت به پیش آزمون برابر ۱۲/۴۲۸ و کاهش میانگین پیگیری نسبت به پیش آزمون برابر ۱/۸۵۷ بوده است، ولیکن در گروه کنترل پس آزمون نسبت به پیش آزمون کاهشی برابر ۰/۴ و پیگیری نسبت به پیش آزمون کاهشی برابر ۰/۴ داشته است.

فرضیه صفر در آزمون شاپیروویلک عبارت است از پیروی داده ها از توزیع نرمال و فرضیه مقابل آن عبارت است از عدم پیروی داده ها از توزیع نرمال. با توجه به نتایج آزمون شاپیروویلک و با توجه به مقدار P که در متغیر خود متمایزسازی و ابعاد آن در همه گروه ها در هر سه زمان بزرگتر از ۰/۰۵ است، در نتیجه فرض صفر رد نمی شود، یعنی متغیر خود متمایزسازی و ابعاد آن از توزیع نرمال پیروی می کنند ($p > 0/05$). البته سطح معناداری برای بعد آمیختگی فکر و عمل در پس آزمون گروه کنترل ۰/۰۲۰ و برای بعد اجتناب پس آزمون و پیگیری گروه واقعیت درمانی به ترتیب ۰/۰۳۴ و ۰/۰۲۴ و پیگیری گروه کنترل ۰/۰۴۲ بود که برای این متغیرها در این مراحل نیز در سطح ۰/۰۱ مفروضه نرمال بودن داده ها رعایت شده است ($p < 0/01$).

جدول ۲. نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس ها

متغیر	پیش آزمون F :	پیش آزمون p :	پس آزمون F :	پس آزمون p :	پیگیری F :	پیگیری p :
خود متمایزسازی	۲/۰۸۰	۰/۱۶۳	۱/۷۷۳	۰/۱۹۴	۰/۰۱۲	۰/۹۱۵
تأیید نشدن	۳/۴۶۰	۰/۰۷۴	۰/۱۹۰	۰/۶۶۶	۰/۹۶۶	۰/۳۳۴
استرس و ناپایداری هیجان	۱/۰۰۷	۰/۳۲۵	۱/۰۴۵	۰/۳۱۶	۰/۷۳۹	۰/۳۹۷
آمیختگی فکر و عمل	۳/۳۵۱	۰/۰۷۸	۴/۳۶۳	۰/۰۵۶	۳/۶۳۱	۰/۰۶۷
اجتناب	۱/۰۹۵	۰/۳۰۵	۰/۰۵۷	۰/۸۱۳	۰/۰۹۹	۰/۷۵۶
خودکارآمدی جنسی	۱/۱۱۰	۰/۳۰۱	۰/۲۰۷	۰/۶۵۳	۰/۰۱۲	۰/۹۱۲

با توجه به بزرگتر بودن تمامی مقادیر معناداری از ۰/۰۵، مفروضه همگنی واریانس ها برای همه متغیرها در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری تأیید شد. بنابراین، استفاده از تحلیل واریانس با اندازه گیری های مکرر بلامانع بود.

پس از تأیید مفروضه های آماری و رعایت مفروضه کرویت بر اساس آزمون ماچلی، تحلیل واریانس مختلط با اندازه گیری های مکرر اجرا شد. نتایج مربوط به اثر زمان، اثر گروه و تعامل زمان و گروه در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس مختلط با اندازه گیری های مکرر

توان آماری	اندازه اثر	p	(درجه آزادی) F	منبع تغییرات	متغیر
۰/۹۸۶	۰/۲۸۳	۰/۰۰۱	(۵۴، ۲) ۱۰/۶۳۲	اثر زمان	خود متمایزسازی

۰/۹۶۷	۰/۲۵۰	۰/۰۰۱	۹/۰۱۲ (۵۴،۲)	تعامل زمان × گروه
۰/۹۴۲	۰/۳۳۳	۰/۰۰۱	۱۳/۴۵۶ (۲۷،۱)	اثر گروه
۰/۷۲۵	۰/۱۳۷	۰/۰۱۹	۴/۳۰۰ (۵۴،۲)	اثر زمان
۰/۶۲۴	۰/۱۱۷	۰/۰۳۴	۳/۵۸۶ (۵۴،۲)	تعامل زمان × گروه
۰/۶۳۷	۰/۱۷۵	۰/۰۲۴	۵/۷۴۴ (۲۷،۱)	اثر گروه
۰/۱۲۹	۰/۰۲۰	۰/۵۷۰	۰/۵۵۵ (۵۴،۲)	اثر زمان
۰/۲۵۳	۰/۰۴۷	۰/۲۷۱	۱/۳۳۷ (۵۴،۲)	تعامل زمان × گروه
۰/۸۲۰	۰/۲۴۸	۰/۰۰۶	۸/۹۰۱ (۲۷،۱)	اثر گروه
۰/۹۶۷	۰/۲۵۰	۰/۰۰۱	۹/۰۲۰ (۵۴،۲)	اثر زمان
۰/۸۴۳	۰/۱۷۴	۰/۰۰۶	۵/۶۶۹ (۵۴،۲)	تعامل زمان × گروه
۰/۷۶۱	۰/۲۲۱	۰/۰۱۰	۷/۶۷۶ (۲۷،۱)	اثر گروه
۰/۲۴۲	۰/۰۴۱	۰/۳۲۵	۱/۱۴۸ (۵۴،۲)	اثر زمان
۰/۴۳۹	۰/۰۷۷	۰/۱۱۵	۲/۲۵۰ (۵۴،۲)	تعامل زمان × گروه
۰/۶۶۱	۰/۱۸۴	۰/۰۲۰	۶/۰۷۵ (۲۷،۱)	اثر گروه
۰/۹۷۸	۰/۲۶۷	۰/۰۰۱	۹/۸۴۰ (۵۴،۲)	اثر زمان
۰/۹۸۱	۰/۲۷۲	۰/۰۰۱	۱۰/۰۷۱ (۵۴،۲)	تعامل زمان × گروه
۰/۵۹۲	۰/۱۶۱	۰/۰۳۱	۵/۱۶۸ (۲۷،۱)	اثر گروه

نتایج نشان داد که اثر زمان، اثر گروه و تعامل زمان و گروه در متغیر خود متمایزسازی معنادار بود. بنابراین، روند تغییرات خود متمایزسازی در گروه واقعیت درمانی با گروه کنترل تفاوت داشت. در ابعاد تأیید نشدن و آمیختگی فکر و عمل نیز اثر زمان، اثر گروه و تعامل زمان و گروه معنادار بود. در ابعاد استرس و ناپایداری هیجان و اجتناب، تعامل زمان و گروه معنادار نبود؛ با این حال، اثر کلی گروه در هر دو بعد معنادار به دست آمد. همچنین، اثر زمان، اثر گروه و تعامل زمان و گروه در متغیر خودکارآمدی جنسی معنادار بود. این یافته نشان می دهد که روند تغییرات خودکارآمدی جنسی در سه مرحله پژوهش، در گروه واقعیت درمانی و گروه کنترل متفاوت بوده است.

به منظور مشخص شدن محل تفاوت میان مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری، آزمون تعقیبی بونفرونی اجرا شد. نتایج این آزمون در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه مراحل پژوهش

p	خطای استاندارد	تفاوت میانگین ها	مقایسه مراحل	متغیر
۰/۰۰۱	۱/۶۰۱	*۶/۳۸۱	پیش آزمون - پس آزمون	خود متمایز سازی
۱/۰۰۰	۱/۶۸۸	۰/۷۲۹	پیش آزمون - پیگیری	
۰/۰۰۱	۱/۲۱۳	*-۵/۶۵۲	پس آزمون - پیگیری	
۰/۰۶۸	۰/۷۹۷	۱/۹۲۴	پیش آزمون - پس آزمون	تأیید نشدن
۱/۰۰۰	۰/۷۴۰	۰/۱۴۵	پیش آزمون - پیگیری	
۰/۰۳۲	۰/۶۴۷	*-۱/۷۷۹	پس آزمون - پیگیری	
۱/۰۰۰	۱/۰۰۸	۰/۸۲۱	پیش آزمون - پس آزمون	استرس و ناپایداری هیجان
۱/۰۰۰	۰/۷۸۹	۰/۱۱۹	پیش آزمون - پیگیری	

	پس‌آزمون - پیگیری	-۰/۷۰۲	۰/۷۰۱	۰/۹۷۶
آمیختگی فکر و عمل	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	*۳/۰۸۶	۰/۹۱۰	۰/۰۰۶
	پیش‌آزمون - پیگیری	۰/۶۰۷	۰/۷۱۷	۱/۰۰۰
اجتناب	پس‌آزمون - پیگیری	*-۲/۴۷۹	۰/۶۷۰	۰/۰۰۳
	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	۰/۵۸۳	۰/۴۹۴	۰/۷۴۴
خودکارآمدی جنسی	پیش‌آزمون - پیگیری	-۰/۰۴۳	۰/۴۹۲	۱/۰۰۰
	پس‌آزمون - پیگیری	-۰/۶۲۶	۰/۳۹۲	۰/۳۹۵
	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	*-۳/۳۹۵	۱/۰۷۲	۰/۰۰۳
	پیش‌آزمون - پیگیری	*-۲/۹۸۱	۰/۹۳۷	۰/۰۱۱
	پس‌آزمون - پیگیری	۰/۹۷۶	۰/۷۵۰	۰/۶۱۳

* $p < 0.05$

در خود متمایزسازی و بعد آمیختگی فکر و عمل، تفاوت پیش‌آزمون با پس‌آزمون و نیز تفاوت پس‌آزمون با پیگیری معنادار بود؛ اما تفاوت پیش‌آزمون و پیگیری معنادار نبود. بنابراین، تغییرات ایجاد شده در این متغیرها در مرحله پس‌آزمون مشاهده شد، اما در مرحله پیگیری به‌طور کامل حفظ نشد. در بعد تأیید نشدن، فقط تفاوت پس‌آزمون و پیگیری معنادار بود. در ابعاد استرس و ناپایداری هیجان و اجتناب، تفاوت معناداری بین هیچ‌یک از مراحل پژوهش مشاهده نشد. در خودکارآمدی جنسی، تفاوت پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیش‌آزمون با پیگیری معنادار بود؛ درحالی‌که تفاوت پس‌آزمون و پیگیری معنادار نبود. بنابراین، افزایش خودکارآمدی جنسی پس از اجرای واقعیت درمانی در مرحله پیگیری نیز حفظ شد.

به‌طور کلی، واقعیت‌درمانی بر خود متمایزسازی زنان مبتلا به ام‌اس اثر معناداری داشت و موجب تغییر معنادار این متغیر در مرحله پس‌آزمون شد؛ با این حال، نتایج پیگیری نشان داد که این اثر به‌طور کامل پایدار نمانده است. واقعیت‌درمانی بر بعد آمیختگی فکر و عمل نیز اثربخشی معناداری داشت، اما شواهد کافی از ماندگاری کامل این اثر در مرحله پیگیری مشاهده نشد. همچنین، در ابعاد استرس و ناپایداری هیجان و اجتناب، شواهد کافی از تأثیر متفاوت واقعیت درمانی نسبت به گروه کنترل در طول زمان مشاهده نشد. در نهایت، واقعیت‌درمانی بر خودکارآمدی جنسی زنان مبتلا به ام‌اس اثربخشی معناداری داشت. افزایش خودکارآمدی جنسی در مرحله پس‌آزمون مشاهده شد و در مرحله پیگیری نیز حفظ شد؛ بنابراین، اثر واقعیت‌درمانی بر خودکارآمدی جنسی پایدار ارزیابی شد.

بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج ارائه شده می‌توان گفت که واقعیت درمانی بر خودمتمایزسازی و همه ابعاد آن (تأیید نشدن، استرس و ناپایداری هیجان، آمیختگی فکر و عمل و اجتناب) تأثیر معنی‌داری داشته ولیکن اثرات این درمان در مرحله پیگیری باقی نمانده است. بنابراین می‌توان گفت واقعیت درمانی بر خودمتمایزسازی در زنان مبتلا به ام‌اس اثربخشی معنادار دارد، ولیکن این اثربخشی پایدار نیست. نتیجه این فرضیه که واقعیت درمانی بر خودمتمایزسازی در بیماران مبتلا به ام‌اس اثر بخش است، با یافته‌های پژوهش‌های ساسانی، رمضانلیر، محمدزاده و همکاران (۱۴۰۳)، مظاهری‌تهرانی، کوکلی، صوایی‌نیری و همکاران (۱۴۰۱)، ساسانی، محمدزاده، رضوی و همکاران (۱۴۰۱)، نادری، یعقوبی، صفاریان‌طوسی و همکاران (۱۴۰۱)، مرادی و ضرابیان (۱۴۰۱) و کهریزی، بهبودی و دوگانه‌ای فرد (۱۴۰۰)، صادق‌نیا، زربخش‌بحری و شیرودی (۱۴۰۰) و ساسانی، فتحی‌ا قدم و

رضا زاده (۱۳۹۹) همسو بود. همچنین نتیجه این فرضیه با یافته های پژوهش قرا ملکی، پناه علی و حسینی نسب (۱۴۰۱)، ناهمسو بود.

در تبیین تاثیر واقعیت درمانی بر خود متمایز سازی می توان گفت: واقعیت درمانی با تاکید بر انتخاب های مستقل و کنترل درونی می تواند افراد را به سمت تمایز یافتگی و رفتار مستقل سوق دهد (بشارت قرا ملکی، پناه علی و حسینی نسب، ۱۴۰۱). افراد تمایز یافته تعریف مشخصی از خود و عقایدشان دارند، آنها می توانند مسئولیت بیشتری را در انتخاب جهت گیری های خود در زندگی بپذیرند و در موقعیت های شدیداً عاطفی، کنترل خود را از دست ندهند و منطقی و مسئولانه تصمیم گیری کنند. مداخله واقعیت درمانی به مراجع کمک می کند تا به تدریج از حس قربانی بودن و کنترل بیرونی، فاصله بگیرد و بداند که قربانی نیستند، بلکه انتخاب های بیشتری نسبت به آنچه قبلاً تصور می شده، دارند. می توان گفت واقعیت درمانی، به ایجاد مسئولیت پذیری، کنترل خود و آزادی انتخاب کمک می کند و افراد تمایز یافته تر شده و با انتخاب های بهتر، بدون در هم آمیختگی با دیگران، زندگی کیفی و ارتباط موفق تری را تجربه می کنند (مرادی و ضرابیان، ۱۴۰۱). چرا که واقعیت درمانی با تکیه بر مؤلفه انتخاب می تواند دکمه انتخاب و تفکیک عواطف از عقلانیت را فشار دهد. بر این اساس تمایز یافتگی پایین با ایجاد خود آمیختگی در فرد منجر می شود که با کاهش فردیت، مهارگری درونی و یکسانی تفکرات همراه باشد. بنابراین با توجه به نقش حائز اهمیت هویت در پایگاه من، تکیه این رویکرد درمانی بر ساخت هویت می تواند در تحکیم و تقویت موقعیت من موثر واقع شود. در نتیجه فرد با دریافت این شیوه مداخله ای، به مقام مهار اضطراب و مدیریت شرایط در موقعیت های بین فردی دست یافته و از بروز واکنش های هیجانی جلوگیری می کنند (مظاهری، کوکالی، صوابی نیر و همکاران ۱۴۰۱).

بر این اساس در رابطه با بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس می توان بیان کرد که وقتی بیماران مبتلا به ام اس از هیجانات خود آگاهی داشته باشند و قادر به سنجش متفکرانه موقعیت بیماری خود در خانواده باشند و توانایی رشد خود مستقل در روابط صمیمی را داشته باشند می توانند در روابط عمیق، آرامش و راحتی خود را حفظ کنند (مرادی و ضرابیان، ۱۴۰۱). به نظر می رسد واقعیت درمانی با شناسایی نیاز های اساسی از جمله نیاز به عشق و احساس تعلق، می تواند زمینه های عشق و تعلق را برای این افراد تسهیل کند و آنها را یاری کند تا با افراد مهم زندگی شان رابطه معنادار و رضایت بخش برقرار نمایند. همچنین واقعیت درمانی با تقویت هویت موفق در این افراد باعث می شود آنها قادر به تبادل بیشتر عشق و محبت شوند، احساس ارزشمندی کنند، به روابط شان با دیگران اهمیت دهند و نیاز هایشان را به گونه ای برآورده کنند تا هزینه اش بر دوش دیگران نباشد و یا مانعی برای ارضا نیاز های دیگران نباشد. با پرورش این ویژگی ها این افراد از نظر عاطفی به دیگران نزدیک می شوند بدون اینکه دچار آمیختگی عاطفی یا از دست دادن خود یا هویت شوند و اینگونه خود متمایز سازی در این افراد ارتقا می یابد.

در تبیین واقعیت درمانی بر تایید نشدن می توان چنین استدلال کرد که: از بعد نظریه سیستم ها، زمانی که خود متمایز سازی پایین باشد، منجر به کاهش فردیت و یکسانی تفکرات و احساسات فرد با دیگران خواهد شد (ساسانی، محمد زاده، رضوی و فخری، ۱۴۰۰). بنابراین به نظر می رسد واقعیت درمانی با شناسایی پیامد های روانشناسی کنترل بیرونی و آموزش نیاز های بنیادین به خصوص نیاز به استقلال و آزادی، به افراد این امکان را می دهد تا انتخاب کنند که چگونه به شرایطی که در حال تجربه آن هستند پاسخ به دهند و بدین ترتیب به دنبال تایید گرفتن از دیگران نباشند. از سویی روی آورد واقعیت درمانی با کمک به اعضا برای تغییر تصاویر ذهنی موجود در دنیای مطلوب خود می تواند نیاز نداشتن به تایید شدن

توسط دیگران را تحت تاثیر قرار دهد؛ بدین گونه که افراد تصور مثبتی از خودشان داشته باشند، تصویرشان در دنیای کیفی آنها از خودشان مثبت باشد و بیشتر بر خود مسلط شوند.

در تبیین واقعیت درمانی بر استرس و ناپایداری هیجان می توان چنین استدلال نمود که: افرادی که تمایز یافتگی بالا دارند، در هنگام استرس، دارای انعطاف پذیری بیشتری بوده و مستقل از واکنس های احساسی عمل می کنند. افراد با تمایز یافتگی بالا قادر خواهند بود از طریق پاسخ هایشان، فکر کنند نه اینکه واکنش نشان دهند (کهریزی، بهبودی و دکانه ای فرد، ۱۴۰۰). در واقع یکی از جنبه های برجسته تمایز خود، ظرفیت فرد برای مقابله با استرس در زندگی است. افراد تمایز یافته قادرند احساسات قوی را حتی در شرایط چالش برانگیز زندگی تحمل کنند و با در نظر گرفتن افکار خود تصمیم گیری کنند (سولوگلو دی^۱ و یاووز گولر سی^۲، ۲۰۲۱). با توجه به این نکته به نظر می رسد واقعیت درمانی افراد را به سوی مسئولیت پذیری بیشتر و واقعیت بیشتر تشویق و ترغیب میکند؛ به این معنا که افراد مایل باشند به خاطر دستیابی به خشنودی درازمدت به ناکامی های کوتاه مدت تن دهند و به ترتیب در شرایط استرس زا آرام بمانند. این رویکرد با استفاده از قدرت حل مسئله و ایجاد مسئولیت پذیری در افراد دارای ام اس سبب می شود تا این بیماران برای مشکلات مربوط به فرایند سلامت خود و روش های برون رفت از این شرایط اندیشیده و با به کار گیری نتایج به دست آمده، روند بهبودی خود را بهبود بخشیده و استرس کمتری را نسبت به گذشته تجربه نمایند. از سویی یکی از مواردی که افراد در میانی نظریه انتخاب می آموزند برنامه ریزی و تعهد به آن برنامه و همچنین تصمیم گیری موثر است که به این واسطه می توانند بهتر با مشکلات مقابله کنند (صادق نیا، زربخش بحری و قربان شیرودی، ۱۴۰۰).

در تبیین واقعیت درمانی بر آمیختگی فکر و عمل می توان گفت: جلسات واقعیت درمانی به این صورت پیش می رود تا در نهایت بیمار دوباره کنترل زندگی خود را به دست آورد و همین طور افراد به این درک برسند که وضعیت کنونی شان هر طوری که هست می تواند با انتخاب های درست و هدفمند تحت کنترل قرار گیرد؛ بنابراین باید انتخاب های مسئولانه داشته باشند. این روش درمانی افراد را مسئول بار می آورد و افراد یاد می گیرند که تفکر، رفتار و احساسی که تجربه می کنند تحت کنترل خودشان است (کاظم آبادی فراهانی و کرمی، ۱۳۹۷). در این راستا، تمایز خود را می توان عامل مهمی دانست که بر دیدگاه و نحوه تفکر فرد تأثیر می گذارد (سولوگلو دی و یاووز گولر سی، ۲۰۲۱). واقعیت درمانی به فرد کمک می کند که عمیقاً با واقعیت رفتار ها و انتخاب هایش رو به رو شود و درک کند که خود و نه دیگران یا دنیا در بدبختی هایش نقش دارد. این فرد است که باید انکار را کنار بگذارد و درک کند که باید ارزیابی دوباره خواسته ها و رفتار هایش را فرا بگیرد تا بتواند به انتخاب های بهتری برای دست یافتن به رضایت از زندگی دست بزند و در نهایت به زندگی منعطف تر، معنادار تر و لذت بخش تر دست یابد (نافیان دهکردی، زندی پور و پور شهریاری، ۱۳۹۹). بر این اساس، از تکنیک های موثر این درمان می توان به تکنیک WDEP اشاره نمود. زیرا در این تکنیک افراد ترغیب می شوند تا به طور صادقانه ببینند که واقعا چه می خواهند و برای به دست آوردن آن چه می کنند؟ و به واسطه ارزیابی رفتار خود می آموزند تا برای نتیجه بهتر، رفتار های موثر تر از خود نشان دهند (میرلوحیان، علیزاده، زارع حسین زادگان، آشکار، بازگونه و سام خانی، ۱۴۰۰). واقعیت درمانی با ایجاد محیطی پذیرا و حمایت کننده با استفاده از روش هایی چون به تعویق انداختن قضاوت درباره درمانجو، خود افشاگری کمک کننده، توجه به استعاره ها در شیوه خود بیان گری درمانجو، توجه به موضوعات و خلاصه کردن، زمینه ای فراهم می سازد تا برداشت ذهنی از مشکلات را فرمول بندی، شفاف سازی و اولویت بندی کند و بدین طریق رفتار و تفکر فرد را تغییر دهد (قارونی، زندی پور و حسینیان، ۱۴۰۰).

¹ Süloğlu D

² Yavuz Güler C

در تبیین واقعیت درمانی بر اجتناب می توان چنین بیان کرد که: از مفاهیم مهم نظری مطرح در واقعیت درمانی شناسایی نیاز های اساسی زندگی است. ارضا نیاز های اساسی به شیوه صحیح، سبب کاهش میزان اضطراب و افزایش رضایت درونی و بیرونی در افراد می شود. همچنین با تقویت منبع کنترل درونی افراد می توانند موفقیت ها را به خودشان نسبت دهند و معتقد شوند که تفکر، رفتار و احساسی که تجربه می کنند تحت کنترل خودشان است (اصلی آزاد، خاکی و فرهادی، ۱۴۰۰). در نتیجه به نظر می رسد واقعیت درمانی به این سبب موجب اجتناب از وابستگی و نزدیکی بیش از حد به دیگران می شود. افراد دارای ام اس از طریق به تجربه درآوردن نیاز ها و خواسته هایشان و ارزیابی رفتار خود، برنامه ای برای اجتناب از نزدیکی بیش از حد به دیگران طراحی می کنند و نسبت به برنامه خود متعهد می شوند و در نهایت برنامه خود را عملی می کنند.

همچنین در تبیین عدم پایداری واقعیت درمانی بر خود متمایز سازی در مرحله پیگیری می توان چنین بیان نمود که: به نظر می رسد واقعیت درمانی با تأکید بر انتخاب های مستقل و کنترل درونی بتواند افراد را به سمت تمایز یافتگی و رفتار مستقل سوق دهد. با وجود اینکه این دو تقریباً مفهوم یکسانی را به همراه دارند، گویا تمایز یافتگی مفهومی پیچیده تر و دارای ابعاد گسترده ای است که علاوه بر بهبود مؤلفه هایی که در واقعیت درمانی مورد هدف است، نیازمند آموزش یک سری مهارت های دیگر با تأکید بر عوامل هیجانی هست. زیرا تمایز یافتگی یک ترکیب پیچیده از بلوغ عاطفی، توانایی تفکر منطقی در یک موقعیت هیجانی و توانایی حفظ روابط عاطفی نزدیک است. به عبارتی رسیدن به حدی از استقلال عاطفی که فرد بتواند در موقعیت های عاطفی و هیجانی بدون غرق شدن در جو عاطفی آن موقعیت ها به صورت عقلانی و خود مختار تصمیم گیری کند (بشارت قرا ملکی، پناه علی و حسینی نسب، ۱۴۰۱). در واقع واقعیت درمانی، با تأکید بیشتری که بر افکار و رفتار نسبت به احساسات دارد مستقیماً در جهت تغییر و تعدیل احساسات و هیجانات عمل نمی کند. واقعیت درمانی بیشتر مبتنی بر زمان حال است تا گذشته، در نتیجه در این روش درمانی، احتمال میزان عود و بازگشت مشکل به دلیل ریشه های تحولی (اتفاقات مهم زندگی) بالاست. به بیان دیگر، واقعیت درمانی به طور غیرمستقیم و از طریق تصریح ارزش ها و عمل متعهدانه و رسیدن به زندگی رضایتمندانه، مراجع را از گیر افتادن در آسیب های عاطفی می رها کند (نادری، یعقوبی، صفاریان طوسی و ایران منش، ۱۴۰۰). به نظر می رسد در نتیجه کاستی های ذکر شده، تغییرات حاصله بر خود متمایز سازی در طول دوره پیگیری دو ماهه پابرجا و پایدار نماند.

نتیجه این فرضیه که واقعیت درمانی با خودکارآمدی جنسی در بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس اثر بخش است با یافته های پژوهش های علمداری، پویامنش، فتحی اقدام و همکاران (۱۴۰۲)، شمس، پاشنگ و صداقت (۱۴۰۰)، دهنوی، صادقی و سپهوندی (۱۳۹۹)، منوچهری، سعیدی و میرزایی نجم آبادی (۱۳۹۹) و قاسمی، سیمبر، ازگلی و همکاران (۱۳۹۸) هم سو بود.

در تبیین تاثیر واقعیت درمانی بر خودکارآمدی جنسی در بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس می توان چنین استدلال کرد که: باور افراد به توانایی های شان حتی مواقعی که فرد دچار نقصی در بدن خود (مانند ام اس) می شود، می تواند عملکردهای او را ثابت نگه دارد. با این باور، فرد می تواند بر پیامدهای زندگی خود اثر بگذارد و احساس کنترل بیشتر (چیزی که در رویکرد واقعیت درمانی خیلی بر آن تأکید شده است) را داشته باشد. بر این اساس، خودکارآمدی جنسی را می توان باوری دانست که هر فرد در مورد توانایی های خود در عملکرد مؤثر فعالیت های جنسی و مطلوب بودن را با شریک جنسی خود دارد. چنین باوری نوعی خود ارزیابی از توانایی و کارآمدی در رفتار جنسی است. به همین دلیل واقعیت درمانی با اثرگذاری خود بر افکار و عقاید بیماران دارای ام اس که احساس بی کفایتی در روابط جنسی خود دارند و همین باور بر خودکارآمدی جنسی آنها تاثیر منفی دارد، به آنها کمک می کند (عباس پور، بهجتی اردکانی و رضا پور، ۱۴۰۱). به نظر می رسد واقعیت

درمانی با آموزش نیازهای اساسی به افراد، به خصوص نیاز به بقا (نیاز جنسی) و نیاز به قدرت و ارزشمندی که به معنایی توانایی و قابلیت داشتن است، به افراد یاد می‌دهد احساس کنترل درونی، رشد و پیشرفت، افتخار و اهمیت و اعتماد و احترام به خود داشته باشند و نیاز به تایید و نمره گذاری دیگران نداشته باشند و به این نحوه احساس خودکارآمدی کنند. همچنین افراد با آگاهی نسبت به دنیای مطلوب و برقرار کردن تعادل بین کفه ترازو داشته‌ها و خواسته‌هایشان (خواسته‌های واقع‌گرایانه و شدنی)، با بررسی و ارزیابی توسط تکنیک WDEP ناکامی‌ها را کاهش می‌دهند و احساس خودکارآمدی جنسی بیشتری می‌کنند.

در تبیین پایداری واقعیت درمانی بر خودکارآمدی جنسی در مرحله پیگیری می‌توان بیان داشت: با آموزش‌های این رویکرد به بیماران ام‌اس، آن‌ها یاد گرفتند که بر واقعیت، قبول مسئولیت و شناخت امور درست و نادرست و ارتباط آن‌ها با زندگی روزمره خود متمرکز شوند. بدین ترتیب آن‌ها با قبول رفتار مسئولانه در خود توانسته‌اند از رفتارهای غیرمسئولانه که زمینه ساز شکست و نوسان خلق و ایجاد فشار روانی ناشی از آن می‌شود، پرهیز کنند. کاربرد واقعیت درمانی باعث شده است افراد از طریق خودارزیابی، تمرکز را از رفتاری که خارج از کنترل آن‌هاست برداشته و بر جنبه‌های قابل کنترل تمرکز کنند تا از طریق گفتگوی مثبت درونی، هیجان‌های منفی و ناکارآمد در آن‌ها کاهش یابد و بر توانمندی‌های خود تأکید کنند. در نتیجه فرد توانسته است حس توانمندی را در خود توسعه دهد. بدین ترتیب، واقعیت درمانی کمک می‌کند تا افراد متوجه شوند که می‌توانند بر زندگی خود کنترل داشته باشند و از کنترل بیرونی‌هایی بایند و با انتخاب‌های مناسب مسئولیت رفتارشان را بر عهده بگیرند که به نوبه خود باعث توانمندی و اعتماد به نفس و افزایش حس خودکارآمدی در آنها می‌شود. واقعیت درمانی به افراد مبتلا به ام‌اس آموخته است که بتوانند در برابر سختی‌ها و مشکلات بایستند و مسائل پیش آمده را به گردن دیگران نیندازند و از کنترل درونی به جای کنترل بیرونی استفاده کنند و مسئولیت مشکلات پیش آمده را بپذیرند و در راستای حل آن یا کنار آمدن با بیماری و مشکلات مربوط به آن تمام توان خود را به کار بگیرند. این فرآیند کمک می‌کند افراد به جای مکانیسم جنگ و گریز در برابر مشکلات، بر حل آن تمرکز کرده و در نتیجه تمرکز بر حل مشکلات، مسئولیت‌پذیری در آنان افزایش یابد که همین امر منجر به افزایش و پایداری حس خودکارآمدی در آنان می‌شود (شمس، پاشنگ و صداقت، ۱۴۰۰). به نظر می‌رسد تکنیک رفتار کلی با تمرکز بیشتر بر فکر و رفتار به جای احساس و فیزیولوژی و آموزش ارزیابی میزان موثر بودن رفتار کلی، پرورش هویت موفق و احساس ارزشمندی ناشی از آن و آموزش این نکته به افراد دارای ام‌اس که خود را قربانیان شکست‌های قبلی و انتخاب‌های گذشته نداند، باعث پا برجا ماندن و پایداری احساس توانایی و خودکارآمدی جنسی بعد از گذشت دو ماه می‌شود.

در خصوص محدودیت‌های پژوهش حاضر باید بیان نمود، نمونه تحقیق تنها شامل زنان مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس ۲۰-۵۵ سال در شهر اصفهان بود. بنابراین در تعمیم نتایج آن به سایر جوامع، لازم است احتیاط بیشتری به عمل آید. لذا پیشنهاد می‌شود در شهرهای مختلف با خرده فرهنگ‌های مختلف و یا سایر گروه‌های سنی نیز مورد بررسی قرار گیرد، چراکه مولفه‌های مورد بررسی، در خرده فرهنگ‌های مختلف می‌تواند نتایج متفاوتی داشته باشد. پژوهش در نمونه کوچکی از زنان مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس از نوع عود کننده-بهبود یابنده (RRMS) به اجرا درآمد. بنابراین قابل تعمیم به گروه مردان نمی‌باشد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی بر روی مردان دارای ام‌اس نیز مورد بررسی قرار گیرد و هم‌چنین بین این دو گروه مقایسه صورت گیرد. روش نمونه‌گیری این پژوهش به صورت در دسترس انجام شده، بنابراین در تعمیم نتایج آن به دیگر روش‌های نمونه‌گیری باید احتیاط لازم به عمل آید؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از انواع دیگر روش‌های نمونه‌گیری مثل تصادفی استفاده شود.

همچنین ملاحظات اخلاقی رعایت شده در این پژوهش شامل رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، عدم آسیب رساندن به افراد مبتلا به ام اس و توضیح دادن اهداف پژوهش برای آنها، ارائه اطلاعات لازم در خصوص محرمانه بودن اطلاعات و نحوه نگهداری آن ها نزد پژوهشگر و استفاده کردن از اطلاعات به دست آمده در جهت پژوهش و اهداف علمی می باشد.

سپاسگزاری: نویسندگان مقاله سپاس گذاری و قدردانی خود را از شرکت کنندگان و مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی ام اس اصفهان اعلام می کنند.

تعارض منافع: در این پژوهش هیچ گونه تعارض منافع توسط نویسندگان گزارش نشده است.

منابع مالی: این مقاله از حمایت مالی برخوردار نبوده است.

منابع

اسکندری، مهدی. رضا خانی، سیمین دخت و بهبودی، معصومه (۱۴۰۰). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، واقعیت درمانی و درمان مثبت نگر بر سرمایه های روان شناختی و سبک های ابراز هیجان زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. مجله اندیشه و رفتار ۱۵ (۵۸)، ۷-۱۶.

اصلی آزاد، مسلم. خاکی، سعیده و فرهادی، طاهره (۱۴۰۰). اثربخشی واقعیت درمانی آنالین بر اضطراب و پریشانی روانشناختی بهبود یافتگان کووید ۹۱. مجله دست آورد های روان شناختی ۱۰ (۲)، ۱۴۱-۱۵۶.

بشارت قرا ملکی، رباب. پناه علی، امیر و حسینی نسب، داود (۱۴۰۲). بررسی تأثیر واقعیت درمانی گلسر به شیوه گروهی بر سازگاری زناشویی، تمایز یافتگی عاطفی و صمیمیت در زوج های دارای طلاق عاطفی. فصلنامه پژوهش های نوین روانشناختی ۱۸ (۷۲)، ۶۰-۷۰. Doi: <https://doi.org/10.22034/JMPR.2024.16930>

حسن زاده، رمضان (۱۴۰۳). روش تحقیق کاربردی. ویراست ۱۲، نشر روان.

حسینی طباطبایی، رویا. بلقان آبادی، مصطفی و بازرگان، مینا (۱۳۹۷). بررسی اثربخشی روان درمانی راه حل محور گروهی بر مشکلات بین فردی مبتلایان به مولتیپل اسکلروزیس. افق علوم پزشکی ۲۴ (۴)، ۲۹۴-۳۰۰.

داودی، مریم. شاملی، لیلا و هادیان فرد، حبیب (۱۳۹۸). تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشانگان خستگی مزمن و ادراک درد در افراد مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ۲۵ (۳)، ۲۵۰-۲۶.

<http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.25.3.250>

دهنوی، حدیث. صادقی، مسعود و سپهوندی، محمد علی (۱۳۹۹). اثربخشی رویکرد یکپارچه واقعیت درمانی و هیجان-محور بر کیفیت خواب و خودکارآمدی جنسی در زنان مبتلا به کم کاری تیروئید. مجله پزشکی صدرا ۸ (۲)، ۹۱-۱۰۲.

ساسانی، مهرداد. محمد زاده، رضا. رضوی، مناء السادات و فخری، شیما (۱۴۰۱). مقایسه اثر بخشی آموزش خود متمایز سازی و واقعیت درمانی بر صمیمیت و توانایی ابراز وجود زنان متأهل. مجله دست آوردهای روانشناسی بالینی ۸ (۲)، ۱۱۳-۱۲۴.

Doi: <https://doi.org/10.22055/jacp.2023.43058.1281>

سپاس، لیلا. شاکر دولق، علی و خادمی، علی (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و واقعیت درمانی بر کاهش حساسیت اضطرابی در زنان مبتلا به ام اس در ارومیه. *مجله فرهنگ مشاوره و روان درمانی* ۱۳(۵۱)، ۸۵-۱۱۳. Doi: <https://doi.org/10.22054/QCCPC.2022.64043.280>

شمس، گلشید. پاشنگ، سارا و صداقت، مستوره (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت و واقعیت درمانی بر خودکارآمدی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. *مجله طب پیشگیری* ۱(۱)، ۸۰-۷۰.
 شیرین، زهرا. ابوالقاسمی، شهنام. رحمانی، محمد علی و قربان شیروودی، شهره (۱۴۰۰). اثربخشی درمان روان پویایی کوتاه مدت بر درماندگی روانشناختی و عدم تحمل بلا تکلیفی در زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس مراجعه کننده به انجمن ام اس تهران. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد* ۶۴(۱)، ۲۴۰۳-۲۴۱۲.

صادق نیا، گلنار. زربخش بحری، محمد رضا و قربان شیروودی، شهره (۱۴۰۰). اثربخشی آموزش مبانی نظریه انتخاب بر خودتمایز یافتگی، خودگسستگی و قربانی قلدری شدن در نوجوانان دبیرستانی. *مجله سلامت اجتماعی* ۸(۴)، ۸۱-۹۱. DOI: <http://doi.org/10.22037/ch.v8i4.31256>.

قادری، کوثر و مرقاتی خویی، عفت السادات (۱۳۹۲). مشکلات جنسی زنان مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس و ارتباط آن با کیفیت زندگی ۱۱(۷)، ۵۲۶-۵۳۳.

قارونی، شکوه. زندی پور، طیبه و حسینیان، سیمین (۱۴۰۰). اثربخشی واقعیت درمانی بر تعارض زناشویی و شدت ناتوانی در زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. *مجله رویش روان شناسی* ۱۱(۲)، ۲۱۷-۲۲۸.
 قاسمی، ویدا. سیمبر، معصومه. ازگلی، گیتی. نبوی، سید مسعود. علوی مجد، حمید و میر شفایی، مریم السادات (۱۳۹۸). خودکارآمدی جنسی و پیشگویی کننده های آن در زنان مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس. *مجله دانشکده پزشکی اصفهان* ۳۷(۵۲۶)، ۵۰۸-۵۱۶.

قاسمی، ویدا. سیمبر، معصومه. ازگلی، گیتی. نبوی، سید مسعود. علوی مجد، حمید و میر شفایی، مریم السادات (۱۳۹۸). شیوع اختلال عملکرد جنسی در زنان ایرانی مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس: یک مرور نظاممند و فراتحلیل. *مجله پزشکی شیراز* ۲۰(۶). doi: 10.5812/semj.83490

کاظم آبادی فراهانی، زهرا و کرمی، ابوالفضل (۱۳۹۸). تاثیر درمان گروهی بر مبنای تئوری انتخاب بر کنترل عواطف و امید به زندگی بیماران مبتلا به ام اس استان تهران. *مجله دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی* ۲۰(۴)، ۳۷-۴۵.
 کهریزی، سهراب. بهبودی، معصومه و دوگانه ای فرد، فریده (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی آموزش گروهی مفاهیم مشاوره پیش از ازدواج مبتنی بر دو رویکرد شناختی رفتاری و واقعیت درمانی بر ترس از صمیمیت دانشجویان. *مجله علمی-پژوهشی سازمان نظام پزشکی* ۳۹(۱)، ۲۳-۲۹.

مرادی، سارا و ضرابیان، محمد کاظم (۱۴۰۱). پشیمانی سخت رویی، تاب آوری و تمایز یافتگی خود بر اساس راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان در بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس در شهرستان همدان. *مجله تازه های علوم شناختی* ۲۴(۴)، ۱۴۶-۱۵۷.

مظاهری تهرانی، فیروزه. کوکلی، معصومه. صوابی نیر، وحید و بی کس یکانی، مهدیه (۱۴۰۱). اثربخشی واقعیت درمانی بر انعطاف پذیری شناختی و خودتمایزیافتگی در مادران دارای فرزند با اختلالات یادگیری خاص. مجله سلامت روان کودکان (۱)، ۸۴-۹۹.

مهربان، شفیق. بهمنی، بهمن. ازخوش، منوچهر. خان جانی، محمد سعید و عظیمیان، مجتبی (۱۴۰۲). عوامل تسهیل کننده و موانع سازگاری با بیماری: تجربه زیسته بیماران مبتلا به ام اس. آرشیو توانبخشی ۲۴(۳)، ۳۲۸-۳۴۵. Doi: <https://doi.org/10.32598/RJ.24.3.780.3>

میرلوحیان، میترا. علیزاده، زهرا. زارع حسین زادگان، زهره. آشکار، زهرا. بازگونه، آدینه و سام خانیانی، اسحاق (۱۴۰۰). مقایسه اثر بخشی زوج درمانی هیجان مدار و واقعیت درمانی در کاهش علایم افسردگی و تاب آوری زوج های دارای مشکلات زناشویی. مجله کاربردی خانواده درمانی روسیه ۲(۲)، ۲۵۰-۲۶۹.

عباسپور، فرزانه. بهجتی اردکانی، فاطمه و رضا پور میر صالح، یاسر (۱۴۰۱). نقش میانجی صمیمیت زناشویی در ارتباط بین خودتمایزسازی و سبک های دلبستگی با رضایت جنسی در زنان پرستار. نشریه روان پرستاری ۱(۴)، ۸۵-۱۰۰. Doi: <http://ijpn.ir/article-1-2004-fa.html>

نادری، افسانه. یعقوبی، حمید. صفاریان طوسی، محمدرضا و ایرانمنش، انیس (۱۴۰۱). تاثیر مقایسه مشاوره گروهی بر اساس دو رویکرد واقعیت درمانی و طرحواره درمانی بر تمایزیافتگی در زنان با ویژگی های شخصیتی وابسته. مجله روانشناسی بالینی ۱۴(۳)، ۱-۱۲.

نافیان دهکردی، معصومه. زندی پور، طیبه و پورشهریاری، مه سیما (۱۴۰۰). تعیین اثربخشی آموزش بسته مشاوره پیش از ازدواج بر مبنای مفاهیم رویکرد طرحواره درمانی، خودتمایزسازی و واقعیت درمانی بر مشکلات بین فردی زوجین در آستانه ازدواج. مجله مطالعات ناتوانی ۱۱(۱۸۹)، ۹-۱.

Coyle, P. K. (2021). What can we learn from sex differences in ms. *Journal of personalized medicine*, 11(10), 1006.

Głowczewska, J., & Pastwa-Wojciechowska, B. (2023). Between closeness and autonomy. The role of self-differentiation in the sexual functioning of young women. *Journal of Psychiatr Psychol Klin*, 23(3), 149-154. Doi: <https://doi.org/10.15557/PiPK.2023.0020>

Longley, W. A., & Honan, C. (2022). Cognitive impairment in multiple sclerosis: The role of the general practitioner in cognitive screening and care coordination. *Australian Journal of General Practice*, 51(4), 225-231. <https://doi.org/10.31128/AJGP-08-21-6145>

Romero-Pinel, L., Bau, L., Matas, E., León, I., Muñoz-Vendrell, A., Arroyo, P., ... & Martínez-Yélamos, S. (2022). The age at onset of relapsing-remitting multiple sclerosis has increased over the last five decades. *Multiple Sclerosis and Related Disorders*, 68, 104103. <https://doi.org/10.1016/j.msard.2022.104103>.

Süloğlu, D., & Yavuz Güler, C. (2021). Predicting perceived stress and resilience: the role of differentiation of self. *Journal of current issues in personality psychology*, 9(4), 289-298. Doi: <https://doi.org/10.5114/cipp.2021.106140>.