

تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کفایت اجتماعی و امید به زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروزیس

عزت‌اله قدم‌پور^۱، پروانه رادمهر^۱، لیلا یوسف‌وند^۲

^۱ گروه روان‌شناسی، دانشگاه لرستان، لرستان، ایران، ^۲ گروه علوم تربیتی، دانشگاه لرستان، لرستان، ایران

تاریخ وصول: ۱۳۹۵/۵/۹ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۱۱/۴

چکیده

زمینه و هدف: بیماری مولتیپل اسکروزیس یکی از اختلالات ناتوانی عصبی است، که اختلال جسمی و روانی متعددی را ایجاد می‌کند. با در نظر گرفتن اهمیت شاخص‌های کفایت اجتماعی و امید به زندگی در این بیماران، هدف از پژوهش حاضر بررسی تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کفایت اجتماعی و امید به زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروزیس بود.

روش بررسی: روش پژوهش حاضر با طرح آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش، کلیه بیماران زن مراجعه کننده به انجن مولتیپل اسکروزیس (ام.اس) شهر کرمانشاه بود، که به منظور اجرای پژوهش غربالگری انجام گرفت، ابتدا ۲۲۰ نفر پرسشنامه‌های کفایت اجتماعی فلنر و امید به زندگی میلر را تکمیل نمودند که از میان آن‌ها ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند که در وضعیت غیر طبیعی بودند (یک انحراف معیار پایین‌تر از میانگین)، به عنوان نمونه انتخاب شدند. سپس ۳۰ نفر منتخب به شکل تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و گواه تقسیم شدند. مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، هفته‌ای یک جلسه اجرا شد. پس از اتمام جلسه‌ها، پس‌آزمون و سه ماه بعد از مداخله، پیگیری بر روی دو گروه آزمایش و گواه انجام شد. تحلیل داده‌های خام با استفاده از SPSS و اجرای آزمون‌های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و استنباطی از جمله تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر صورت گرفت.

یافته‌ها: نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش کفایت اجتماعی و امید به زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروزیس تأثیر معنی‌داری داشته است. این نتایج در مرحله پیگیری حفظ گردید.

نتیجه‌گیری: باتوجه به تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش کفایت اجتماعی و امید به زندگی مبتلایان و تداوم اثر آن، به کارگیری این روش در همه سطوح پیشگیری و درمان مبتلایان به بیماری‌های جسمی از جمله مولتیپل اسکروزیس ضروری به نظر می‌رسد.

واژه‌های کلیدی: پذیرش و تعهد، کفایت اجتماعی، امید به زندگی، مولتیپل اسکروزیس

* نویسنده مسئول: پروانه رادمهر، لرستان، دانشگاه لرستان، دانشکده ادبیات و علوم انسانی

Email: radmehr.p12@gmail.com

مقدمه

بیماری مولتیپل اسکلروزیس^(۱) یکی از اختلالات ناتوان‌کننده عصب‌شناختی است که علاوه بر اختلالات عصبی-حرکتی با علائمی چون اضطراب، ضعف و کاهش قدرت حل مشکل، بروز می‌کند و باعث اختلالات جسمی و روانی متعددی می‌شود^(۱). طبق گزارش انجمن ام.اس ایران حدود ۴۰ هزار نفر بیمار در کشور وجود دارد که ۹۰۰۰ نفر آن‌ها ثبت شده‌اند، این رقم رو به افزایش است^(۲). بیماری مولتیپل اسکلروزیس مانند سایر بیماری‌های خود ایمنی در زنان شیوع بیشتری دارد، در واقع این بیماری در زنان دو برابر بیشتر از مردان بروز می‌کند^(۳-۴). شایع‌ترین سن ابتلا به این بیماری نیز ۲۰ تا ۴۰ سال است^(۵-۶) و بعضی از رایج‌ترین علایم جسمانی زودرس و اولیه این بیماری اختلالات بینایی، درد، بی‌اختیای ادرار و ضعف می‌باشد. به غیر از این مشکلات جسمی، از بین رفتن میلیون سلول‌های عصبی معمولاً منجر به مشکلات روحی و روانی از جمله افسردگی و ناامیدی می‌شود^(۷).

افراد مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلروزیس در طول زندگی خود اختلالات متنوع جسمی و روانی ناشی از بیماری را تجربه می‌کنند و این اختلالات، عملکرد روزانه، زندگی خانوادگی و اجتماعی، استقلال عملکردی، برنامه‌ریزی برای آینده و کفایت اجتماعی را به شدت تحت تأثیر قرار می‌دهد^(۸). مفهوم کفایت اجتماعی^(۹) برای اولین بار در عرصه‌ی روان‌شناسی به وسیله فلنر^(۹) مطرح شده است. کفایت اجتماعی

توانایی عملکرد انسان در اجرای استقلال شخصی و مسئولیت‌پذیری اجتماعی است^(۱۰) و در برگزیده عواملی چون خودآگاهی، آگاهی اجتماعی، مدیریت خود، مهارت‌های ارتباطی و مسئولیت تصمیم‌گیری است. هسته مرکزی کفایت اجتماعی مهارت‌های ارتباطی است، زیرا از طریق مهارت‌های ارتباطی مؤلفه‌های دیگر کسب می‌شود^(۱۱). کفایت اجتماعی پایه و اساسی برای گسترش طیفی از پیامدهای مطلوب از قبیل: اعتماد به نفس، رفاه اجتماعی، کیفیت دوستی، مسئولیت‌پذیری جنسی، پذیرش و شایستگی‌های کاری است^(۱۲). گزارش‌های اخیر آکادمی نورولوژی آمریکا نیز حاکی از این است که یکی از مهم‌ترین عوارض بیماری مولتیپل اسکلروزیس، منزوی شدن و گوشه‌گیری بیمار مبتلا است که در نتیجه، ارتباطات خانوادگی و اجتماعی کفایت اجتماعی فرد با نقص جدی مواجه خواهد شد^(۱۳). در این راستا افزایش کفایت اجتماعی بیماران مولتیپل اسکلروزیس می‌تواند به بهبود شرایط ارتباطی و احساس کفایت بیماران مولتیپل اسکلروزیس کمک کند. چرا که ثابت شده است که این بیماری نیز، مانند هر بیماری مزمن دیگر باعث کاهش امید به زندگی^(۱۴) بیماران می‌شود. امیدواری در تمام ابعاد زندگی ضروری است، امید به معنای توانایی باور به داشتن احساس بهتر در آینده می‌باشد

1-Multiple Sclerosis
2-Social Competence
3-life expectancy

کیفیت فراهم می‌سازد (۲۰). ارتقا کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس مسأله مهمی است که در دهه‌های اخیر تأکید زیادی بر آن و تأثیر آن بر روی سلامتی می‌شود، چرا که طبق مطالعه‌های گوناگون تظاهرات بیماری مولتیپل اسکلروزیس می‌تواند بر کیفیت زندگی این بیماران تأثیر منفی گذارد. مطالعه‌های زیادی پایین بودن کیفیت زندگی در این بیماران را به دلیل ماهیت پیشرونده بیماری، طولانی بودن مدت بیماری، ناتوانی‌های جسمی و خستگی عنوان کرده‌اند (۲۱).

تا کنون رویکردها و تکنیک‌های متنوعی برای درمان بیماران مولتیپل اسکلروزیس مورد استفاده قرار گرفته است، در این میان استفاده از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^(۲) به عنوان یکی از رایج‌ترین و پرکاربردترین روش‌ها می‌تواند بسیار مثر ثمر باشد. این درمان جزء درمان‌های موج سوم می‌باشد که در آن به جای تغییر شناخت‌ها، سعی می‌شود تا ارتباط روان‌شناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد (۲۲). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ریشه در یک نظریه فلسفی به نام زمینه‌گرایی عملکردی دارد و مبتنی بر یک برنامه تحقیقاتی در مورد زبان و شناخت است که نظریه چارچوب رابطه‌های ذهنی خوانده می‌شود. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نوعی

که با نیروی نافذ خود، تحریک کننده فعالیت فرد است تا بتواند تجربه‌های نو کسب نماید و نیروهای تازه‌ای را در فرد ایجاد کند (۱۵) و داشتن امید به زندگی به فرد جرأت می‌دهد که با شرایط خویش مواجه شود و ظرفیت غلبه بر آن‌ها را افزایش دهد (۱۶). امید به زندگی مکانیسم سازگاری مهم در بیماری‌های مزمن از جمله بیماری مولتیپل اسکلروزیس است و به عنوان یک فاکتور پیچیده چند بعدی و بالقوه قدرتمند در بهبودی و سازگاری مؤثر، تعریف می‌شود (۱۷). از نظر بنزئین و برج^(۱)، امید به زندگی از نظر فیزیولوژیکی و عاطفی به بیماران کمک می‌کند تا بتوانند بحران بیماری را تحمل کنند، اما نداشتن امید به زندگی به عنوان تحمل وضعیت فائق نیامدنی تعریف می‌شود که در آن دستیابی به هیچ هدفی مورد انتظار نیست (۱۸). از طرفی هم امروزه پژوهشگران معتقدند که ایجاد امید به زندگی، انسان‌ها را به سمت موفقیت بیشتر در زندگی، سلامت بهتر، کیفیت زندگی مطلوب، ارتباط اجتماعی حمایت‌گرانه سالم‌تر و در نهایت سلامت روانی و جسمی بالاتر، رهنمون می‌سازد (۱۹). در حقیقت، امید به زندگی یک موضوع مطرح شده در مورد کیفیت زندگی بیماران است، چراکه بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس به دلیل بیماری مزمنی که دارند، کیفیت زندگی آنها در سطح پایینی قرار دارد، لذا میزان رضایت و امیدی که بیماران از زنده بودن خود دارند، مهم‌ترین فرصت و امکان آن‌ها را برای برخوردار بودن از یک زندگی با

1-Benzein & Berg
2-Acceptance and Commitment Therapy
3-Mindfulness

و تعهد برکفایت اجتماعی و امید به زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروزیس انجام شد.

روش بررسی

روش پژوهش حاضر با طرح آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل کلیه بیماران زنان مبتلا به بیماری مولتیپل اسکروزیس مراجعه‌کننده به انجمن مولتیپل اسکروزیس (ام.اس) شهر کرمانشاه در سال ۱۳۹۵ بود که با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند و با توجه به ماهیت مطالعه (مطالعه تجربی) که دارای مداخلات است، از روش نمونه‌گیری داوطلبانه استفاده شد. بدین منظور، غربالگری انجام گرفت، ابتدا با مراجعه به انجمن ام اس زنان مبتلا به بیماری مولتیپل اسکروزیس شناسایی و بررسی شدند و پس از جلب همکاری آنان، مقیاس کفایت اجتماعی و امید به زندگی در بین ۲۲۰ نفر توزیع گردید و سپس افرادی از جامعه فوق که نمره آن‌ها پایین‌تر از نقطه برش آزمون کفایت اجتماعی و امید به زندگی (پایین‌تر از ۱۰) (۲۷) در وضعیت غیر طبیعی بودند (یک انحراف معیار پایین‌تر از میانگین) بود، به عنوان نمونه انتخاب شدند. پس از هم‌تاسازی از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و نمره کفایت اجتماعی و امید به زندگی و با عنایت به این‌که طرح پژوهش حاضر آزمایشی است و با توجه به این‌که ادبیات بالینی تعداد مناسب اعضای یک مداخله گروه درمانی را بین ۷ تا ۱۰ عضو پیشنهاد می‌نماید (۲۸) و تحقیق‌های آزمایشی معمولاً از نمونه‌های ۱۵ نفری برای هر گروه استفاده

رفتاردرمانی مبتنی بر توجه آگاهی^(۳) است که مخلوطی التقاطی از جمله‌های متناقض نما و مهارت‌های توجه آگاهی و طیف گسترده‌ای از تمرین‌های تجربه‌گرایانه و مداخلات رفتاری هدایت شده به وسیله ارزش‌ها به‌کاربرده می‌شود. در این درمان ابتدا سعی می‌شود پذیرش روانی فرد در مورد تجارب ذهنی (افکار و احساسات) افزایش یابد و متقابلاً اعمال کنترلی نامؤثر کاهش یابد (۲۳) و یک مداخله عملی موقعیتی است که مبتنی بر نظریه نظام ارتباطی می‌باشد و رنج فرد را ناشی از انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی می‌داند که به وسیله آمیختگی شناختی و اجتناب تجربی پرورش می‌یابد (۲۴). تحقیق‌ها حاکی از اثربخشی این درمان بر بیماری‌های مزمن از جمله بیماری مولتیپل اسکروزیس بوده است (۲۵). متین‌فر (۲۶) در پژوهش خود، تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر امید به زندگی و تاب‌آوری در زنان را مورد بررسی قرار داد، یافته‌ها حاکی از آن بود که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر امید به زندگی تأثیر معناداری دارد. بنابراین با توجه به مزمن بودن بیماری مولتیپل اسکروزیس و طولانی بودن آن و به خصوص این‌که بیش‌تر این بیماران را افراد جوان تشکیل می‌دهند و در زمینه موضوع حاضر تا کنون پژوهشی صورت نگرفته است و همین‌طور با در نظر گرفتن اهمیت شاخص‌های کفایت اجتماعی و امید به زندگی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروزیس، این پژوهش با هدف بررسی تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش

می‌کنند (۲۹) نمونه مورد نیاز برای این پژوهش شامل ۳۰ نفر زن مبتلا به بیماری مولتیپل اسکروزیس بود، از این تعداد ۱۵ نفر به صورت تصادفی برای گروه آزمایش و ۱۵ نفر برای گروه گواه انتخاب شدند. گروه آزمایش به صورت گروهی طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای هفته‌ای یک جلسه تحت مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به صورت گروهی قرار گرفت و گروه گواه در طی این مدت هیچ مداخله‌ای را دریافت نکرد و در نهایت از هر دو گروه آزمایش و گواه پس‌آزمون و مجدداً سه ماه بعد پیگیری به عمل آمد. جهت رعایت اصول اخلاقی، بعد از مرحله پیگیری، گروه گواه به مدت ۴ جلسه فشرده نیز تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفت. لازم به ذکر است که این پژوهش با رعایت تمامی موازین مندرج در آیین‌نامه رعایت اخلاق در پژوهش مصوب دانشگاه لرستان می‌باشد.

معیارهای ورود به مطالعه شامل تشخیص ابتلا به مولتیپل اسکروزیس به وسیله روانپزشک، تکمیل فرم رضایت آگاهانه، توانایی شرکت در جلسه‌های درمانی گروه، حداقل تحصیلات سیکل، سن بیماران بین ۲۰ تا ۴۰ سال، عدم شرکت در کلاس‌های آموزشی و درمانی دیگر به‌طور هم‌زمان، کاملاً هوشیار و قادر به همکاری بوده و قادر به تکلم به زبان فارسی باشند، از آمادگی جسمانی و روانی لازم برای پاسخ‌گویی به سؤالات برخوردار باشند. بیمارانی که از شرایط فوق برخوردار نبودند، یا به بیماری‌های جسمی و روانی هم‌زمان مبتلا بودند و علاوه بر آن در تاریخچه

پزشکی آن‌ها تشخیص روانپزشکی یا عقب‌ماندگی ذهنی درج شده بود، از مطالعه حذف گردیدند. بعد از انتخاب گروه‌های نهایی پژوهش، از آزمودنی‌های دو گروه خواسته شد که در یک جلسه توجیهی شرکت کنند، در این جلسه با تشریح اهداف پژوهش سعی شد که انگیزه و موافقت لازم مراجعه‌کنندگان برای شرکت در پژوهش جلب شود. فرم موافقت برای همکاری در پژوهش به وسیله مراجعه‌کنندگان تکمیل شد و به مراجعه‌کنندگان اطمینان داده شد که مطالب ارایه شده در جلسه‌های مداخله و نتایج پرسشنامه‌ها محرمانه خواهد بود. بعد از پایان مداخله و جمع‌آوری داده‌های آماری، با استفاده از نرم‌افزار SPSS داده‌ها در دو سطح توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای توصیف داده‌ها از جداول و شاخص‌های آمار توصیفی مثل میانگین، انحراف معیار و برای استنباط آماری داده‌ها، تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر محاسبه گردید.

پرسشنامه کفایت اجتماعی فلتر، این پرسشنامه از ۴ عامل تشکیل شده بود؛ عامل مهارت‌های رفتاری (۳۴ گویه، طیف نمره‌دهی ۲۲۸-۳۴)، عامل آمایه‌های انگیزش و انتظارات (۷ گویه، طیف نمره‌دهی ۷-۴۹)، عامل مهارت‌های شناختی (۳ گویه، طیف نمره‌دهی ۳-۲۱) و عامل کفایت هیجانی (۳ گویه، طیف نمره‌دهی ۳-۲۱). در کل پرسشنامه ۴۷ گویه داشت. کسب نمره بالا نشان دهنده بالا بودن کفایت اجتماعی و بر عکس در فرد می‌باشد. مقیاس پاسخ‌دهی برای این ۴ عامل از نوع لیکرت ۷ سطحی (کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم) با نمره‌دهی ۱ تا ۷ بود. نمره‌دهی به

۱) بسیار مخالف، ۲) مخالف، ۳) بی تفاوت، ۴) موافق و ۵) بسیار موافق و در آزمون میلر، دامنه امتیازات کسب شده از ۴۸ تا ۲۴۰ متغیر است. نمره ۴۸ کاملاً درمانده و نمره ۲۴۰ حداکثر امید را نشان می‌دهد. نیکرو پایایی پرسشنامه امید به زندگی میلر را با روش ضریب آلفای کرونباخ و تصنیف به ترتیب ۰/۸۳ و ۰/۷۴ به دست آورد. برای محاسبه روایی نمره آن با نمره سؤال ملاک همبسته شد و مشخص شد که رابطه معنی‌داری بین نمره آن‌ها وجود دارد ($p = 0/01$ و $r = 0/35$). میزان پایایی در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۱ محاسبه گردید. خلاصه جلسه‌های درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در جدول ۱ آمده است.

سؤالات ۳، ۶، ۸، ۹، ۱۱، ۱۲، ۱۵، ۱۶، ۲۱، ۲۵، ۲۶، ۲۸، ۳۲، ۳۶، ۳۷، ۳۸، ۴۳، ۴۴، ۴۵ (از کاملاً موافقم - ۱ تا کاملاً مخالفم - ۷) بود. در بقیه سؤالات بر عکس (کاملاً موافقم - ۷، کاملاً مخالفم - ۱) نمره‌دهی داده شد. ضریب پایایی و آلفای کرونباخ این پرسشنامه به ترتیب برابر ۰/۸۹ و ۰/۸۸ گزارش شد که نشان دهنده پایایی قابل قبول پرسشنامه حاضر است (۱۱). میزان پایایی در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۳ محاسبه گردید. پرسشنامه امید به زندگی میلر (۱۹۸۸)، آزمون میلر شامل ۴۸ جنبه از حالت‌های امید و درمانگری می‌باشد و ارزش نمره هر جنبه از ۱ تا ۵ متغیر است و در برابر هر جنبه که نماینده یک نشانه رفتاری است، گزینه‌هایی به این شرح قرار دارد:

جدول ۱: محتوای جلسه‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسات	محتوا
اول	آشنایی گروه با یکدیگر و برقراری رابطه درمانی، آشنا نمودن افراد با موضوع پژوهش، بررسی بیماری ام اس در هر یک از افراد گروه اعم از مدت بیماری و اقدامات انجام شده، سنجش کلی و سنجش شیوه‌های کنترلی و ایجاد درماندگی خلاق و پاسخ به پرسشنامه‌ها، ارائه تکلیف خانگی.
دوم	مروری بر تجارب جلسه قبل و دریافت بازخورد از بیماران، بررسی دنیای درون و بیرون در درمان ACT، ایجاد تمایل به ترک برنامه ناکارآمد تغییر و تفهیم این موضوع که کنترل مسأله است نه راه حل و معرفی جایگزینی برای کنترل یعنی تمایل، جمع‌بندی بحث‌های مطرح شده در جلسه و ارائه تکلیف خانگی.
سوم	مروری بر تجارب جلسه قبل و دریافت بازخورد از بیماران، شناسایی ارزش‌های افراد، تصریح ارزش‌ها، تصریح اهداف و تصریح موانع، توضیح دادن مفهوم پذیرش و تفاوت آن با مفاهیم شکست، یأس، انکار و مقاومت، این‌که پذیرش یک فرایند همیشگی است، نه مقطعی و سپس مشکلات و چالش‌های پذیرش بیماری مولتیپل اسکلروزیس مورد بحث قرار گرفت، جمع‌بندی بحث‌های مطرح شده در جلسه و ارائه تکلیف خانگی.
چهارم	مروری بر تجارب جلسه قبل و دریافت بازخورد از بیماران، تکلیف و تعهد رفتاری، معرفی و تفهیم آمیختگی به خود مفهوم‌سازی شده و گسلس، کاربرد تکنیک‌های گسلس شناختی، بررسی ارزش‌های هر یک از افراد و تعمیق مفاهیم قبلی، جمع‌بندی بحث‌های مطرح شده در جلسه و ارائه تکلیف خانگی.
پنجم	مروری بر تجارب جلسه قبل و دریافت بازخورد از بیماران، نشان دادن جدایی بین خود، تجربیات درونی و رفتار، تفهیم آمیختگی و گسلس و انجام تمارینی برای گسلس، جمع‌بندی بحث‌های مطرح شده در جلسه و ارائه تکلیف خانگی.
ششم	مروری بر تجارب جلسه قبل و دریافت بازخورد از بیماران، تفهیم آمیختگی به خود مفهوم‌سازی شده و آموزش چگونگی گسلس از آن، شناسایی ارزش‌های زندگی بیماران و تصریح و تمرکز بر این ارزش‌ها، جمع‌بندی بحث‌های مطرح شده در جلسه و ارائه تکلیف خانگی.
هفتم	مروری بر تجارب جلسه قبل و دریافت بازخورد از بیماران، ذهن‌آگاهی و تأکید برای در زمان حال بودن، بررسی ارزش‌های هر یک از افراد و تعمیق مفاهیم قبلی، تفاوت بین ارزش‌ها، اهداف و اشتباهات معمول در انتخاب ارزش‌ها توضیح داده شد، موانع درونی و بیرونی احتمالی در دنبال کردن ارزش‌ها بحث شد، اعضا مهم‌ترین ارزش‌هایشان و موانع احتمالی در پیگیری آن‌ها را فهرست نموده و با سایر اعضا در میان گذاشتند.
هشتم	درک ماهیت تمایل و تعهد (آموزش تعهد به عمل)، شناسایی طرح‌های رفتاری مطابق با ارزش‌ها و ایجاد تعهد برای عمل به آن‌ها، بررسی داستان زندگی و عمل متعهدانه.

یافته‌ها

در رابطه با مشخصات جمعیت‌شناختی بیماران، همه آنان در دامنه سنی ۲۰-۴۰ سال قرار داشتند، میانگین و انحراف معیار سنی گروه مداخله $31/13 \pm 6/16$ و گروه گواه $32/06 \pm 5/86$ بود و همچنین در هر دو گروه آزمایش و گواه از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی هم‌تا شده بودند، پس از اجرای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از هر دو گروه آزمایش و گواه پس‌آزمون و پیگیری به عمل آمد و سپس داده‌های مرتبط با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری استخراج شد. جدول ۲، میانگین و انحراف معیار نمرات کفایت اجتماعی و امید به زندگی را در افراد مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلروزیس به تفکیک گروه‌ها و مراحل نشان می‌دهد. از آنجا که کسب نمره کمتر در کفایت اجتماعی و امید به زندگی نشان از مشکل دارد، ملاحظه می‌شود که میانگین نمرات گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون و پیگیری در کفایت اجتماعی و امید به زندگی افزایش معنی‌داری نسبت به گروه گواه دارد. به علاوه، بعد از گذشت سه ماه از اجرای مداخله، مشخص شد که افزایش کفایت اجتماعی و امید به زندگی در اعضای گروه آزمایش، در مرحله پیگیری نیز به صورت معنی‌داری ادامه داشته است.

برای مشخص کردن معنی‌داری تفاوت بین متغیرهای فوق از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد و برای بررسی تفاوت‌های مشاهده شده در متغیرهای کفایت اجتماعی و امید به زندگی، ابتدا مفروضه‌های لازم جهت انجام تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر بررسی شد. آزمون شاپیرو-ویلک نشان داد که مفروضه نرمال بودن متغیرها رعایت شده است. همچنین بررسی نتایج آزمون ام‌باکس ($10/647$) در مورد

تساوی ماتریس‌های کوواریانس نیز حاکی از آن بود که مفروضه همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس برقرار است و ماتریس‌های کوواریانس مشاهده شده متغیرهای وابسته در تمامی گروه‌ها مساوی است ($F=1/98, p>0/05$). بررسی پیش‌فرض کرویت از آزمون موخلی (Mauchly's Test) استفاده شد که نتیجه این آزمون معنی‌دار بوده و فرض کروی بودن نمرات آزمودنی‌ها در هر دو متغیر کفایت اجتماعی ($p=0/125$) و امید به زندگی ($p=0/093$) رعایت شده است. همچنین، با بررسی آزمون لوین در مورد تساوی واریانس‌های خطا، فرض تساوی واریانس‌ها رعایت شد و واریانس خطای متغیر وابسته در تمام گروه‌ها مساوی بود (پیش‌آزمون کفایت اجتماعی $p=0/54$ ، $F=0/367$ ، پس‌آزمون کفایت اجتماعی $p=0/61$ ، $F=0/255$ ، پیگیری کفایت اجتماعی $p=0/846$ ، $F=0/028$ و پیش‌آزمون امید به زندگی $p=0/45$ ، $F=0/571$ ، پس‌آزمون امید به زندگی $p=0/13$ ، $F=2/38$ ، پیگیری امید به زندگی $p=0/09$ ، $F=4/12$). بنابراین، مفروضه استفاده از تحلیل واریانس رعایت شده است. بنابراین برای تجزیه و تحلیل داده‌ها آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر با عامل درون‌موردی اندازه‌گیری نمرات کفایت اجتماعی و امید به زندگی در سه مرحله متوالی و عامل بین‌موردی گروه، انجام شد.

نتایج جدول ۳ نشان داد، اندازه‌گیری‌های نمره کفایت اجتماعی در سه مرحله تفاوت معنی‌داری با هم دارند. به عبارتی، بین نمرات دوره‌های زمانی (پیش‌آزمون، پس‌آزمون، پیگیری) در هر سه حیطه کفایت اجتماعی تفاوت معنی‌داری به دست آمد ($p<0/001$). همچنین، بین نمرات دوره‌های زمانی (پیش‌آزمون، پس‌آزمون، پیگیری) و گروه‌ها در حیطه‌های سه‌گانه کفایت اجتماعی تعامل تفاوت معنی‌داری مشاهده شد ($p<0/01$). این نتایج بیانگر

است ($p < 0.05$)، لذا فرضیه اول پژوهش مبنی بر تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کفایت اجتماعی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروزیس، هم در مرحله پس‌آزمون و هم در مرحله پیگیری، تأیید گردید.

نتایج جدول ۵ نشان داد اندازه‌گیری‌های نمره امید به زندگی در سه مرحله، تفاوت معنی‌داری با هم دارند. به عبارتی، بین نمرات دوره‌های زمانی (پیش‌آزمون، پس‌آزمون، پیگیری) در هر سه حیطه امید به زندگی تفاوت معنی‌داری به دست آمد ($p < 0.01$). همچنین، بین نمرات دوره‌های زمانی (پیش‌آزمون، پس‌آزمون، پیگیری) و گروه‌ها در حیطه‌های سه گانه امید به زندگی تعامل تفاوت معنی‌داری مشاهده شد ($p < 0.05$). این نتایج بیانگر تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر امید به زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروزیس است. بنابراین، آزمون چند مقایسه‌ای نشان داد که در پس‌آزمون و پیگیری در مقایسه با پیش‌آزمون، میزان امید به زندگی گروه‌های آزمایش به طور معنی‌داری تغییر نمودند.

همان‌طور که در جدول ۶ ملاحظه می‌شود، تأثیر زمان اندازه‌گیری بر نمرات امید به زندگی معنی‌دار می‌باشد ($F = 17/05, p < 0.001$) می‌توان بیان نمود که صرف‌نظر از گروه آزمایشی، بین میانگین نمرات امید به زندگی در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌داری وجود دارد. همچنین اثر تعامل بین زمان و گروه نیز معنی‌دار می‌باشد ($F = 7/66, p < 0.05$) می‌توان بیان کرد که تفاوت میانگین نمرات امید به زندگی در زمان‌های مختلف با توجه به سطوح متغیر گروه متفاوت است.

همان‌طور که در جدول ملاحظه می‌شود، تأثیر گروه نیز بر نمرات امید به زندگی معنی‌دار است ($p < 0.05$).

تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کفایت اجتماعی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروزیس است. بنابراین، آزمون چند مقایسه‌ای نشان داد که در پس‌آزمون و پیگیری در مقایسه با پیش‌آزمون، میزان کفایت اجتماعی گروه‌های آزمایش به طور معنی‌داری تغییر نمودند.

همان‌طور که در جدول ۴ ملاحظه می‌شود، تأثیر زمان اندازه‌گیری بر نمرات کفایت اجتماعی معنی‌دار می‌باشد ($F = 47/05, p < 0.001$) می‌توان بیان نمود که صرف‌نظر از گروه آزمایشی، بین میانگین نمرات کفایت اجتماعی در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌داری وجود دارد. همچنین اثر تعامل بین زمان و گروه نیز معنی‌دار می‌باشد ($F = 9/12, p < 0.01$) می‌توان بیان کرد که تفاوت میانگین نمرات کفایت اجتماعی در زمان‌های مختلف با توجه به سطوح متغیر گروه متفاوت است.

همان‌طور که در جدول ۴ نیز ملاحظه می‌شود، تأثیر گروه نیز بر نمرات کفایت اجتماعی معنی‌دار است ($F = 7/97, p < 0.05$) می‌توان نتیجه گرفت که صرف‌نظر از زمان اندازه‌گیری، بین میانگین نمرات کفایت اجتماعی گروه‌های آزمایش و گواه تفاوت معنی‌داری وجود دارد. از آنجایی که اثر تعامل بین عامل درون‌گروهی زمان اندازه‌گیری و عامل بین‌گروهی معنی‌دار بود، اثر ساده بین گروهی با توجه به سطوح عامل درون‌گروهی با استفاده از تصحیح بن‌فرنی مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که در مرحله پیش‌آزمون تفاوت معنی‌داری بین میانگین نمرات کفایت اجتماعی گروه‌های آزمایش و گواه وجود نداشت. اما در مرحله پس‌آزمون و پیگیری میانگین نمرات کفایت اجتماعی گروه آزمایش به طور معنی‌داری بیشتر از گروه گواه

می‌توان نتیجه گرفت که صرف‌نظر از زمان اندازه‌گیری، بین میانگین نمرات امید به زندگی گروه‌های آزمایش و گواه تفاوت معنی‌داری وجود دارد. از آنجایی که اثر تعامل بین عامل درون‌گروهی زمان اندازه‌گیری و عامل بین‌گروهی معنی‌دار بود، اثر ساده بین‌گروهی با توجه به سطوح عامل درون‌گروهی با استفاده از تصحیح بن‌فرنی مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که در مرحله پیش‌آزمون تفاوت معنی‌داری بین میانگین نمرات

امید به زندگی گروه‌های آزمایش و گواه وجود نداشت، اما در مرحله پس‌آزمون و پیگیری میانگین نمرات امید به زندگی گروه آزمایش به طور معنی‌داری بیشتر از گروه گواه است ($p < 0.05$). لذا فرضیه دوم پژوهش مبنی بر تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر امید به زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس، هم در مرحله پس‌آزمون و هم در مرحله پیگیری، تأیید گردید.

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار نمرات کفایت اجتماعی و امید به زندگی به تفکیک گروه‌ها

متغیرها	گروه آزمایش		گروه گواه	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
سن	۳۱/۱۳	۶/۱۶	۳۲/۰۶	۵/۸۶
کفایت اجتماعی	پیش‌آزمون	۱۸۵/۷۹	۵/۶۳	۱۸۴/۰۱
	پس‌آزمون	۱۹۴/۱۸	۶/۴۸	۱۸۶/۷۳
	پیگیری	۱۹۳/۱۷	۵/۷۸	۱۸۷/۰۱
امید به زندگی	پیش‌آزمون	۱۶۶/۴۱	۹/۴۵	۱۶۴/۸۵
	پس‌آزمون	۱۷۷/۵۲	۶/۹۱	۱۶۷/۳۷
	پیگیری	۱۷۶/۷۸	۴/۹۵	۱۶۶/۹۱

جدول ۳: نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای اثرات بین‌گروهی و تعامل کفایت اجتماعی

تأثیر بین‌گروهی آموزش	ارزش F	درجه آزادی فرض شده	درجه آزادی خطا	سطح معنی‌داری	مجذور اتا	توان آماری
زمان لامبدای ویلکز	۲۳/۹۳	۲	۲۷	۰/۰۰۱	۰/۷۱۵	۱
زمان گروه لامبدای ویلکز	۹/۶۹	۲	۲۷	۰/۰۱	۰/۴۰۸	۰/۹۵۷

جدول ۴: نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر درون‌آزمودنی‌ها و بین‌آزمودنی‌ها بر سه زمان اندازه‌گیری نمره کفایت اجتماعی در گروه‌های آزمایش و گواه

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	مجذور اتا	توان آماری
زمان	۴۰۳/۵۷	۱	۴۰۳/۵۷	۴۷/۰۵	۰/۰۰۱	۰/۶۲۷	۱
درون گروهی	زمان*گروه	۱	۷۳/۶۴	۹/۱۲	۰/۰۱	۰/۲۳۲	۰/۷۹۸
	خطا	۲۸	۸/۵۸				
بین گروهی	گروه	۱	۵۹۱/۸۸	۷/۹۷	۰/۰۵	۰/۱۹۸	۰/۶۷۵
	خطا	۲۸	۲۱۱/۱۱				

جدول ۵: نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای اثرات بین گروهی و تعامل امید به زندگی

توان آماری	مجذور اتا	سطح معنی‌داری	درجه آزادی خطا	درجه آزادی فرض شده	F	ارزش	تأثیر بین گروهی آموزش	زمان
۰/۹۴۶	۰/۳۹۴	۰/۰۱	۲۷	۲	۹/۵۸	۰/۵۸۱	لامبدای ویلکز	زمان
۰/۸۳۸	۰/۲۷۸	۰/۰۵	۲۷	۲	۵/۳۵	۰/۶۹۶	لامبدای ویلکز	زمان گروه

جدول ۶: نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر درون‌آزمودنی‌ها و بین‌آزمودنی‌ها بر سه زمان اندازه‌گیری نمره امید به زندگی در گروه‌های آزمایش و گواه

توان آماری	مجذور اتا	سطح معنی‌داری	F	میانگین مجذورات	df	مجموع مجذورات	منبع تغییرات
۰/۹۷۹	۰/۳۷۹	۰/۰۰۱	۱۷/۰۵	۵۷۹/۱۶	۱	۵۷۹/۱۶	زمان
۰/۷۶۲	۰/۲۱۵	۰/۰۵	۷/۶۶	۲۶۰/۱۹	۱	۲۶۰/۱۹	زمان* گروه
				۳۳/۹۵	۲۸	۹۵۰/۸۳	خطا
۰/۶۲۸	۰/۱۷۸	۰/۰۵	۵/۶۱	۱۱۶۳/۹۱	۱	۱۱۶۳/۹۱	گروه
				۹۹/۱۱	۲۸	۲۷۷۵/۰۵	خطا

بحث

گروه معنی‌دار می‌باشد، هم‌چنین نتایج بین گروهی با نمره معنی‌دار می‌باشد. به طوری که در مرحله پس‌آزمون و پیگیری میانگین نمرات امید به زندگی گروه آزمایش به طور معنی‌داری بیشتر از گروه گواه است. لذا فرضیه دوم پژوهش تأیید گردید. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که اجرای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، منجر به افزایش میزان کفایت اجتماعی و امید به زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروزیس می‌گردد، به گونه‌ای که این ارتقاء در دو مقطع زمانی پس از مداخله و ۳ ماه بعد از پایان مداخله، قابل مشاهده است. هر چند تا کنون پژوهشی که مستقیماً به بررسی تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کفایت اجتماعی و امید به زندگی بیماران مولتیپل اسکروزیس پرداخته باشد، یافت نشد. با این حال یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج پژوهش متین‌فر (۲۶) هماهنگ است و در

در پژوهش حاضر تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کفایت اجتماعی و امید به زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروزیس مورد بررسی قرار گرفت. با مروری بر نتایج، مشاهده می‌شود که نتایج درون گروهی تفاوت میانگین نمرات کفایت اجتماعی در زمان‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با توجه به سطوح متغیر گروه معنی‌دار می‌باشد، هم‌چنین نتایج بین گروهی معنی‌دار می‌باشد. به طوری که در مرحله پس‌آزمون و پیگیری میانگین نمرات کفایت اجتماعی گروه آزمایش به طور معنی‌داری بیشتر از گروه گواه است، لذا فرضیه اول پژوهش تأیید گردید. از سویی دیگر نتایج درون گروهی تفاوت میانگین نمرات امید به زندگی در زمان‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، با توجه به سطوح متغیر

همان تعریف کفایت اجتماعی است. در واقع حرکت در جهت ارزش‌هایی چون سلامتی و ارتباط با دیگران در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق فرآیندهای گسلش و پذیرش باعث می‌شود که کفایت اجتماعی ارتقاء یابد. در واقع مراجعان می‌آموزند که متناسب با مسیر ارزش‌های خود حرکت کنند و در عمل نیز ارزش‌های خود را رها نکنند که این کار به طور کلی موجب بهبود کفایت اجتماعی آن‌ها خواهد شد (۳۰).

بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروزیس به دلیل شرایط نامطلوب جسمانی که دارند، خود را منفی ارزیابی می‌کنند. برخورداری از کفایت اجتماعی ضمن فراهم کردن رفاه جسمانی می‌تواند از لحاظ عاطفی و هیجانی نیز روی این بیماران اثر گذاشته و به بهبود امید به زندگی آنان منجر شود. افراد با امید بالا در یافتن راه‌های جایگزین برای دستیابی به اهداف خلاق‌ترند، انگیزه بیشتری برای دنبال کردن آن‌ها دارند و مهم این‌که قادر به درس گرفتن از موفقیت‌ها و شکست‌های قبلی برای دستیابی به اهداف آینده هستند، آن‌ها اهدافی را انتخاب می‌کنند که نیاز به تلاش بیشتری دارد و به مهارت‌ها و اهداف خود اطمینان دارند و بر آنان تمرکز می‌کنند (۳۱). امروزه پژوهشگران معتقدند که ایجاد امید به زندگی، بیماران مولتیپل اسکروزیس را به سمت موفقیت بیشتر در زندگی، سلامت بهتر، ارتباط اجتماعی حمایت‌گرانه سالم‌تر و در نهایت سلامت روانی و جسمی بالاتر، رهنمون می‌سازد، بر این اساس دادن آگاهی به خانواده و اطرافیان بیمار مبنی بر اهمیت تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بیماران

راستای نتایج پژوهش مک‌کاب و همکاران (۲۵)، تأثیر مداخله پذیرش و تعهد را در بهبود کفایت اجتماعی و امید به زندگی بیماران مولتیپل اسکروزیس تأیید می‌کند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، با ادغام مداخلات پذیرش و ذهن آگاهی در راهبردهای پای بندی، تعهد و تغییر، به بیماران برای دستیابی به زندگی پر نشاط، هدفمند و با معنا کمک می‌کند. هدف این درمان، تغییر شکل یا فراوانی افکار و احساسات آزارنده نیست؛ بلکه هدف اصلی آن تقویت انعطاف پذیری روان شناختی است. توانایی تماس با لحظه لحظه‌های زندگی و تغییر و تثبیت رفتار است، رفتاری که به مقتضای موقعیت، همسو با ارزش‌های فرد می‌باشد. این درمان یک مداخله عملی موقعیتی است که مبتنی بر نظریه نظام ارتباطی می‌باشد و رنج فرد را ناشی از انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی می‌داند که به وسیله آمیختگی شناختی و اجتناب تجربی پرورش می‌یابد. یکی از مهم‌ترین عوارض بیماری مولتیپل اسکروزیس، منزوی شدن و گوشه‌گیری بیمار مبتلا است که در نتیجه، ارتباطات خانوادگی و اجتماعی و کفایت اجتماعی فرد با نقص جدی مواجه خواهد شد (۱۳)، لذا بهبود کفایت اجتماعی بیماران مولتیپل اسکروزیس می‌تواند به بهبود شرایط ارتباطی و احساس کفایت بیماران مولتیپل اسکروزیس کمک کند. ارزش‌هایی چون؛ ارزش سلامتی و بهداشت، روابط خانوادگی، روابط با اطرافیان، تحصیلات، تفریح، کار و شغل هر حرکت در مسیر ارزش‌ها، از طریق هدف‌گزاری و بعد از آن تعیین تکلیف، ادراک فرد از وضعیتی که در آن زندگی می‌کند ارتقاء می‌یابد. که این

همراه است، لذا می‌توان اذعان کرد که اجرای این مداخله می‌تواند نتایج مثبتی بر بهبود وضعیت سلامت در حیطه‌های جسمی و روانی آنان داشته و در نهایت منجر به افزایش کفایت اجتماعی و امید به زندگی بیماران شود.

تقدیر و تشکر

از مدیریت محترم انجمن حمایت از بیماران مولتیپل اسکروزیس شهر کرمانشاه و کلیه بیماران عزیزی که در انجام این پژوهش ما را یاری نمودند، کمال سپاس و قدردانی را داریم.

مبتلا به مولتیپل اسکروزیس می‌تواند تأثیر بسزایی در بهبود کفایت اجتماعی و امید به زندگی این بیماران داشته باشد. از محدودیت‌های این پژوهش، عدم بررسی مردان مبتلا به بیماری مولتیپل اسکروزیس بود. پیشنهاد می‌شود پژوهش مورد نظر روی گروه مردان، مورد آزمایش مجدد قرار گیرد تا اعتبار این روش با اطمینان بیشتری برآورد شود. با توجه به پایین بودن سطح امید به زندگی و کفایت اجتماعی بیماران مولتیپل اسکروزیس، پیشنهاد می‌شود برنامه‌ریزی‌هایی جهت توانمندسازی آنان تدارک داده شود تا بتوانند در مقابل تنش‌ها و فشارهای روانی به خوبی سازگار شوند. پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی، این شیوه درمانی بر روی اختلالات جسمانی و روان‌شناختی و دیگر جمعیت‌های بالینی انجام شود که می‌تواند زمینه‌ساز بستری مناسب برای تعمیم‌پذیری بیش‌تر نتایج پژوهش شود و به‌طور کلی توصیه می‌شود که استفاده از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نه فقط برای درمان بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروزیس، بلکه برای افراد عادی جامعه مورد استفاده قرار گیرد.

نتیجه‌گیری

در مجموع یافته‌های این پژوهش نشان داد که با مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، تفاوت معنی‌داری در وضعیت کفایت اجتماعی و امید به زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروزیس ایجاد می‌شود، به طوری که این درمان با افزایش میزان کفایت اجتماعی و امید به زندگی

REFERENCE

1. Aghayousefi AR, Shaghghi F, Dehestani M & Barghi Iranian Z. Quality of life and psychological capital with the perception of disease among patients with MS. *Journal of Health Psychology* 2112; 1: 1- 15.
2. Aleyasin H, Sarai A, Alaedini F, Ansariani E, Lotfi J. Multiple Sclerosis: Study of 318 Iranian cases. *Journal Archive Iran Medical* 2002; 5(1): 24- 7.
3. McReynolds CJ, Koch LC, Rumrill PD. Psychological adjustment to multiple sclerosis: Implication for rehabilitation professionals. *Journal Vocation Rehabilitee* 1999; 12(2): 83- 91.
4. Kenner M, Menon U, Elliott DG. Multiple sclerosis as a painful disease. *Journal Introdaction Reivew Neurobiology* 2007; 79: 303- 21.
5. McCabe MP. Mood and self- esteem of persons with multiple sclerosis following an exacerbation. *Journal psychosomatic Research* 2005; 59(3): 161- 6.
6. Currie R. Spasticity: a common symptom of multiple sclerosis. *Nurse Stand* 2001; 15(33): 47- 52.
7. Omrani S, Mirzaeian B, Aghabagheri H, Hassanzadeh R, Abedini M. Investigate the effectiveness of cognitive-behavioral group therapy on patients with multiple sclerosis life expectancy, Mazandaran University of Medical Sciences. *The Twenty-Second Period* 2014; 93: 58- 65.
8. Solari A, Radice D. Health status of people with multiple sclerosis a community mail survey. *Journal Neurological Science* 2001; 22: 307-15.
9. Felner B. *Social Confidence in Interpersonal Situation*. New York: McGraw, Hill press; 2002.
10. Kazemi R, Momeni S, Kyamrs A. To evaluate the effectiveness of life skills training on social competence of students with dyscalculia. *Journal learning Natvanyp* 2011; 1(1): 94-108.
11. Jafaribaghkearati AR, Ghahramani L, Keshavarzi S, Kaveh MH. The effect of optimism training via videotape on students' social competence. *Journal of Health Education and Health Promotion* 2014; 1: 57- 64.
12. Cheung CK, Lee TY. Improving social competence through character education. *Evaluation and Program Planning* 2010; 33(3): 255-63.
13. Schwatz D. The effectiveness of life skills training on MS patients American. *Journal on Health Behavior* 2006; 29(2): 61-150.
14. Ahmadi SH. Work and womens health. *Far Hang and Pajhoohesh Journal* 2006; 196: 45.
15. Pourmohamadreza-Tajrishi M, Ashori M, Jalilabkenar SS. The effectiveness of emotion al intelligence training on the mental health of male deaf students. *Iranian Journal of Public Health* 2013; 42(10): 1174- 80.
16. Myers JE, Harper MC. Evidence- Based effective practices with older adults. *Journal of Counseling & Development* 2004; 82(2): 207-18.
17. Hearth K. Enhancing hope in people with a first recurrence. *Journal of Advanced Nursing* 2000; 32(6): 1431- 41.
18. Benzein E, Berg A. The level of and relation between hope, hopelessness and fatigue in patients and family members in palliative care. *Palliative Medicine* 2005; 19(3): 234- 40.
19. Frisch MB. *Quality of life therapy*. New Jersey: Wiley Press; 2006.
20. Szramka-Pawlak B, Hornowska E, Walkowiak H, Zaba R. Hope as a psychological factor affecting quality of life in patients with psoriasis. *Journal Applied Research in Quality of Life* 2013; 8(2): 273-83.
21. Pittion-Vouyovitch S, Debouverie M, Guillemin F, Vandenberghe N, Auxionnat R, Vespignani H. Fatigue in multiple sclerosis is related to disability, depression and quality of life. *Journal Neurology Science* 2006; 243(1-2): 39-45.
22. Hayes SC, Strosahl KD. *A practical guide to acceptance and commitment therapy*. New York; Springer Press; 2010.
23. Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and commitment therapy: model. processes and outcomes. *Journal Behavior Research Thertreatment* 2006; 44(1): 1- 25.
24. Vallis M, Ruggiero L, Greene G, Jones H RN, Zinman B, Rossi SRN, Edwards L, Rossi JS, Prochaska JO. Stages of change for Healthy Eating in Diabetes Relation to demographic, eating-related, health care utilization, and psychological factors. *Diabetes care* 2003; 26: 1468- 74.

25. McCallion EA, Zvolensky MJ. Acceptance and commitment Therapy (ACT) for smoking cessation: a synthesis. *Current Opinion Psychological* 2015; 2: 47- 51.
26. Matinfar M. The effect of treatment on life expectancy based on acceptance and commitment and resilience in women sentenced to prison in Isfahan, Master Thesis, Islamic Azad University, and Najaf Abad. 2013. (Persian)
27. Movahedi M, Movahedi Y, Farhadi A. Effect of hope therapy training on life expectancy and general health in cancer patients. *Journal Nursing and Midwifery* 2015; 25(76): 84- 92.
28. Biyabangard E. Research methodology in psychology & education. Tehran Douran 2008. (Persian)
29. Ballinger B, Yalom I. Group therapy in practice. (In Bongar B and Beutler L. E (Eds). *Comprehensive text book of psychotherapy*. New York: Oxford University Press; 1995.
30. Sbouhy R, Fatehizadeh MS, Ahmadi SA, Etemadi A. The effect of counseling based on acceptance and commitment therapy (ACT) referred to the cultural center in Isfahan on women's quality of life. *Journal of Psychology and Psychiatry Recognize* 2015; 2(1): 42- 53.
31. Chan Cy. Hope, participation and subjective well- being of people with spinal cord injuries in the community. Doctoral Dissertation, University of Wisconsin- Madison 2009.

The effectiveness of acceptance and commitment based treatment on social competence and life expectancy of patients with multiple sclerosis

Ghadampour E¹, Radmehr P^{*1}, Yousefvand L²

¹Department of Psychology, Lorestan University, Lorestan, Iran, ²Department of Educational Sciences, Lorestan University, Lorestan, Iran

Received: 30 Jul 2016

Accepted: 23 Jan 2017

Abstract

Background & aim: Multiple Sclerosis is a neurological disability disorders, which creates many physical and mental differences. The aim of the study was to evaluate the effect of acceptance and commitment therapy on social competence and life expectancy of patients with multiple sclerosis.

Methods: The present study design was experimental with pre-test, post-test and follow-up and control group. Statistical population of this study consisted of all female patients admitted to the multiple sclerosis (MS) society of Kermanshah city to purpose of implement a screening test. At the beginning a number of 220 people completed the Felner-social competence and Miler-life expectancy questionnaires. Among them the 30 persons through purposeful sampling that in the abnormal situation (on standard deviation lower group average) were selected. Then the selected 30 persons were randomly divided into two equal groups of experimental and control. In the experimental group the acceptance and commitment therapy were conducted for 8 sessions 90 minutes. After completing the session, post-test and three months after the intervention, follow-up was conducted on two groups. Analyzed of the data was done using spss19, descriptive test (mean and Standard deviation), and ANOVA with repeated measure.

Results: Repeated measures analysis of variance showed that acceptance and commitment therapy based on increasing social competence and life expectancy of patients with multiple sclerosis had significant effect. Findings were also preserved in the follow-up phase.

Conclusion: According to the effect of acceptance and commitment therapy on increase social competence and life expectancy suffering and its effects, application of this method at all levels of prevention and treatment of physical illness among multiple sclerosis seems necessary.

Keywords: Acceptance and Commitment, Social Competence, Life Expectancy, Multiple Sclerosis

Corresponding author: Radmehr P, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Lorestan University, Lorestan, Iran

Email: radmehr.p12@gmail.com

Please cite this article as follows:

Ghadampour E, Radmehr P, Yousefvand L. The effectiveness of acceptance and commitment based treatment on social competence and life expectancy of patients with multiple sclerosis. *Armaghane-danesh* 2017; 21 (10): 1100-1114.