

اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر تشنج و خودمدیریتی بیماران صرع مقاوم به درمان

سمیه روشن نیا^۱، فاطمه رضایی^{۲*}، عزت‌اله قدم‌پور^۳

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشگاه لرستان، لرستان، ایران.
۲. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه لرستان، لرستان، ایران. (نویسنده مسئول)
۳. دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه لرستان، لرستان، ایران.

چکیده

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر فراوانی تشنج و رفتارهای خودمدیریتی در افراد مبتلا به صرع مقاوم به درمان انجام گرفت.

روش: این مطالعه نیمه آزمایشی، از طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه بیماران مبتلا به صرع مقاوم به درمان مراجعه‌کننده به کلینیک‌های تخصصی بیماری‌های مغز و اعصاب شهر خرم‌آباد (۳ کلینیک) و یک بیمارستان بود. از این بیماران ۲۴ نفر (۱۲ نفر گروه آزمایش و ۱۲ نفر گروه کنترل) به شیوه‌ی نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. سپس اعضای گروه آزمایش در ۱۰ جلسه (هر هفته یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای) تحت درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش قرار گرفتند. جهت گردآوری داده‌ها پرسشنامه رفتارهای خودمدیریتی صرع دیلوریو (۲۰۱۱) و چک لیست ثبت حملات تشنج توسط بیمار استفاده شد. داده‌ها نیز با آزمون آماری تحلیل کوواریانس تک‌متغیره و چندمتغیره مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج: نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش به‌طور معناداری منجر به کاهش فراوانی تشنج ($P < 0/001$) و بالارفتن رفتارهای خودمدیریتی ($P < 0/001$) می‌گردد.

بحث و نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های این پژوهش، درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش که یکی از درمان‌های موج سوم است، می‌تواند به‌عنوان یک درمان غیر تهاجمی و مقرون‌به‌صرفه در کنار مداخلات پزشکی برای بهبود رفتارهای خودمدیریتی و تأثیر بر کاهش تشنج در این بیماران دارای کارایی قابل ملاحظه‌ای می‌باشد.

دوفصلنامه علمی - پژوهشی

روان‌شناسی بالینی و شخصیت

(دانشور رفتار)

دوره ۱۶، شماره ۲، پیاپی ۳۱
پانیز و زمستان ۱۳۹۷
صص: ۲۹-۳۹

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۰۶/۰۱

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۱۲/۰۹

Biannual Journal of

Clinical Psychology & Personality

(Daneshvar-e-Raftar)

Vol. 16, No. 2, Serial 31

Autumn & Winter
2018

pp.: 29-39

کلیدواژه‌ها: درمان تعهد و پذیرش، رفتارهای خودمدیریتی صرع، صرع مقاوم به درمان، فراوانی تشنج.

*Email: rezaeipsyc@gmail.com

مقدمه

صرع^۱ یک اختلال در سیستم عصبی مرکزی است که با حملات یا تشنجات مکرر مشخص می‌شود. تشنج^۲ به تغییرات ناگهانی و حمله‌ای فعالیت مغز گفته می‌شود. در واقع تخلیه الکتریکی ناگهانی، متناوب و بیش از حد نورون‌های مغزی باعث بروز تشنج در بیماران صرعی می‌شود [۱]. طبق نتایج به دست آمده ۵۰ میلیون نفر از مردم دنیا به صرع مبتلا می‌باشند که از این میان ۰/۹۰ درصد بیماران در کشورهای در حال توسعه زندگی می‌کنند [۲]. این بیماری در ایران نیز از شیوع بالایی (۱/۸ درصد) برخوردار است [۳]. مبتلایان به صرع در معرض اختلالاتی مانند اضطراب، افسردگی و مشکلات شناختی می‌باشند [۴]. با وجود پیشرفت‌های چشم‌گیر در درمان دارویی صرع، ۲۰ تا ۳۰ درصد یعنی حدود ۱۵ میلیون نفر از بیماران به درمان دارویی مقاوم هستند و امکان بروز تشنج در آن‌ها همیشه وجود دارد، به همین دلیل این افراد که به‌عنوان بیماران مقاوم به درمان در نظر گرفته می‌شوند، همواره در معرض اختلالات روان‌شناختی مثل اضطراب و افسردگی قرار خواهند داشت [۵]. مقاومت دارویی علاوه بر مشکلات روان‌شناختی، شناختی و فراوانی تشنجه‌ها، منجر به انزوایزینی و دوری از جمع، عدم استقلال رفتاری، مجرد ماندن، گرفتاری‌های پزشکی و دارویی ناشی از صرع و مشکلات مالی می‌شود، همه این موارد از جمله عواملی هستند که موجب اختلال در زندگی فردی و اجتماعی این بیماران می‌گردند [۶].

مطالعه علی‌اصغرپور و همکاران نشان می‌دهد که یک رابطه خطی بین شدت تشنج و مشکلات روانی اجتماعی در مصروعین وجود دارد، بنابراین کنترل تشنجات می‌تواند در کاهش این مشکلات نیز مؤثر باشد [۷]. این بیماری وضعیت ناتوان‌کننده‌ای است که بر کیفیت زندگی فرد مبتلا و خانواده او اثرات نامطلوبی گذاشته و تشنجات کنترل نشده آن می‌تواند منجر به تغییرات تخریبی بازگشت‌ناپذیری در مغز گردد [۸]. ۷۵ درصد از بیماران مصروع مشکلی به‌جز حملات تشنجی ندارند که با کنترل این حملات انتظار می‌رود، این بیماران نیز بتوانند مانند سایر افراد جامعه فعال بوده و زندگی خوبی داشته باشند [۹]. در واقع صرع یک اختلال مزمن می‌باشد که به تطابق‌های قابل توجهی در حیطه‌های رفتاری و روانی - اجتماعی جهت کنترل حملات تشنج و برخورداری از کیفیت زندگی بالا نیاز دارد. این تطابق‌ها در مجموع رفتارهای خود مدیریتی را تشکیل می‌دهند [۱۰]. رفتارهای

خودمدیریتی صرع در بیماران صرعی به فعالیت‌هایی اطلاق می‌شود که بیمار می‌تواند جهت سازگاری با بیماری و افزایش احساس خوب بودن انجام دهد [۱۱]. به عقیده دیلوریو^۳ و همکاران درمان مناسب صرع شامل بسیاری حقایق دیگر در کنار درمان دارویی می‌باشد. آن‌ها ضمن تبیین خودکارآمدی بیماران صرعی عقیده خود را در قالب برنامه خودمدیریتی^۴ عنوان کرده‌اند [۱۲]. منظور از تطابق رفتاری، تبعیت از رژیم دارویی، داشتن خواب و تغذیه کافی و کاهش استرس بوده در حالی که تطابق روانی اجتماعی به معنای سازگاری با از دست رفتن استقلال، برجسب اجتماعی بیماری صرع و شرم می‌باشد که در مجموع کلیه این تطابق‌ها خود مدیریتی فرد را مشخص می‌کنند [۱۳]. به‌طور کلی خود مدیریتی در بیماران مزمن شامل تبعیت از رژیم دارویی و در پیش گرفتن یک سبک زندگی بهداشتی است که باعث می‌شود بیماران نقش مؤثری را در درمان بیماری‌شان داشته باشند [۱۴]. از سال ۲۰۰۳، خود مدیریتی به‌عنوان هسته اصلی درمان و مراقبت از صرع شناخته شده است [۱۵]. استراتژی‌های خود مدیریتی باعث درک بهتر بیماری، تبعیت از رژیم درمانی و افزایش آگاهی و مهارت بیماران می‌شود و با حفظ ارتقای سلامتی و کاهش پیامدهای صرع در ارتباط است [۱۶]. طبق گزارشات به دست آمده از افراد مبتلا به صرع وجود عوامل روان‌شناختی یا عوامل غیر بالینی مثل احساس نگرانی و نگرش منفی در مورد زندگی می‌تواند در مدیریت بیماری و جنبه‌های مختلف زندگی تأثیرگذار باشد و باعث کاهش عملکرد، فقر، کاهش عزت نفس، کاهش فرصت‌های شغلی، افزایش اضطراب و افسردگی شود [۱۷]. تیم مراقبت از بیماران صرعی باید تلاش کنند که با بالا بردن تمرکز فرد برای پذیرش و کنترل عوامل روان‌شناختی و افزایش حمایت‌های اجتماعی، خود مدیریتی در بیماران را بالا ببرند و باعث افزایش خود کارآمدی در فرد شوند، نتیجه این می‌شود که هر چند بیماری صرع را نمی‌توان به‌طور کامل کنترل نمود بالا بردن خود کارآمدی و شیوه مدیریت فرد می‌تواند به‌عنوان بخشی از زندگی سالم باعث افزایش کیفیت زندگی در افراد مبتلا به این بیماری شود [۱۸].

دسترسی به درمان‌های روان‌شناختی که به‌طور خاص برای پرداختن به نگرانی‌های افراد مبتلا به صرع طراحی شده باشد بعد از اعتراض کنگره ملی صرع در بریتانیا مبنی بر اینکه روان‌درمانی باید برای همه‌ی افراد مبتلا به این بیماری در دسترس باشد، به وجود آمد [۱۹]. تا به امروز با این‌که

⁴ self-management

¹ epilepsy

² seizure

³ Dilorio

کردن نیازهای رفتاری و هماهنگ نشدن با ارزش‌های اساسی ایجاد شود. هدف درمانگر مبتنی بر تعهد و پذیرش کاهش نشانه‌ها نیست اما این چیزی است که به‌عنوان یک محصول جانبی در فرایند درمان به آن دست خواهیم یافت. این درمان، ارتباط بین افکار و احساسات مشکل‌زا را تغییر می‌دهد تا افراد آن‌ها را به‌عنوان علائم مرضی درک نموده و حتی یاد بگیرند که آن‌ها را بی‌ضرر (حتی اگر ناراحت‌کننده و ناخوشایند باشند) درک کنند [۳۲].

هایز، لوما، بوند، ماسودا و لیلیز^۵ [۳۳] معتقدند که پیام اصلی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، چیزی است که از کنترل شخص خارج بوده و متعهد بودن نسبت به انجام آنچه در کنترل فرد است. در این رویکرد درمان از طریق پذیرش^۶ (آزادسازی بدون دفاع کردن و اجتناب، حذف قضاوت، جاگیری و توجه به احساسات و هیجانات)، ناهمجوشی شناختی^۷ (دیدن افکار، احساسات، خاطرات و احساسات بدنی به‌عنوان یک مشاهده‌گر بدون قضاوت)، خود به‌عنوان زمینه^۸ (حسی متعالی از خود)، ارتباط توجه آگاهانه با زمان حال^۹ (ارتباط با رویدادها بدون قضاوت، در اینجا و اکنون)، ارزش‌ها^{۱۰} (ارتباط با آنچه در زندگی مهم است و انتقال آن به زندگی روزمره) و تعهد و عمل^{۱۱} (مشارکت فعالانه در اعمالی که به‌احتمال زیاد افکار، هیجانات و حالات بدنی منفی را فرا می‌خواند) که در نتیجه‌ی این شش مفهوم اصلی به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی خواهیم رسید، شکل می‌گیرد [۳۳]. در واقع درمان تعهد و پذیرش یک رویکرد بافت‌گرا است که با مراجع به چالش می‌پردازد تا افکار و احساسات خود را پذیرفته و نسبت به تغییرات لازم متعهد شود. هسته‌ی اساسی تغییر در درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، تغییر در رفتارهای کلامی درونی و بیرونی است. درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش معتقد است که درگیر شدن با هیجانات باعث بدتر شدن آن‌ها می‌شود [۳۲]، البته به این معنا نیست که ما از مراجع بخواهیم هر موقعیتی (مانند روابط توهین‌آمیز) را بپذیرد، اما به هر حال برخی شرایط باید نهایتاً پذیرفته شوند چون عملاً هیچ کار دیگری جز این نمی‌توانیم انجام دهیم، به‌عنوان مثال، اگر خاطرات و رویدادهای گذشته، مراجع را آشفته و پریشان نموده است، او باید بپذیرد که این اتفاقات رخ داده و باید آن‌ها را پذیرفته و احساساتش نسبت به وقایع را تغییر دهد. قدم اول در درمان نیز شناسایی حیطه‌های قابل تغییر

دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی آسان شده است، ولی از رجوع این بیماران برای درمان‌های روان‌شناختی چشم‌پوشی شده است، زیرا تنها شواهد محدودی برای تأثیر چنین مداخلاتی بر روی صرع وجود دارد [۲۱، ۲۰]. هدف اغلب مداخلات موجود بهبود و سلامت روان و کنترل تشنجات می‌باشد. اگرچه بسیاری از مطالعات فردی بهبودهایی را در هر دو حوزه نشان می‌دهد، ولی باز با فقدان شواهد کافی برای تأیید این روش‌ها مواجه هستند [۲۱]. برخی از پژوهش‌ها حاکی از آن می‌باشند که مداخلات آموزشی نوید بیشتری در کاهش اضطراب و افزایش مدیریت فرد در تطابق روانی اجتماعی و رفتاری با این بیماری را به همراه دارند، اما آزمایش‌های بیشتری که به‌خوبی طراحی شده باشند مورد نیاز است. این بررسی‌ها همچنین نشان می‌دهند که درمان‌های شناختی- رفتاری در درمان صرع نتایج مثبتی را در برداشته‌اند [۲۱، ۲۲]. برخی از بررسی‌هایی که به‌صورت آزمایش‌های کنترل شده و نظام‌مند انجام شده‌اند، نشان می‌دهند که مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی، تعهد و پذیرش که شامل یک آموزش ترکیبی است، بر سلامت روان بیماران صرعی، از جمله بر کاهش قابل توجهی از افسردگی، اضطراب و تنظیم سازگاری اجتماعی و کیفیت زندگی و افزایش بهزیستی روان‌شناختی، امیدواری و خود ارزشیابی و بیماران تأثیر معناداری دارد [۲۳، ۲۴، ۲۵، ۲۶، ۲۷، ۲۸، ۲۹، ۳۰]. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۱ (ای. سی. تی) یکی از مداخلات آموزشی است که در زمره‌ی درمان‌های شناختی - رفتاری موج سوم قرار می‌گیرد. درمان‌های موج سوم شامل درمان‌های دیگری مثل رفتاردرمانی دیالکتیکی^۲ (دی. بی. تی)، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی^۳ (ام. بی. سی. تی)، کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی^۴ (ام. بی. اس. آر)، نیز می‌باشد [۳۱]. پژوهش‌ها نشان داده است که نقش باورهای افراد در بیماری و تغییر باورها و ادراکات آن‌ها می‌تواند زندگی بهتر و سازگاری بیشتری به همراه داشته باشد. در میان رویکردهای روان‌شناختی موج سوم، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از توانایی خوبی در مهار نگرش‌ها و ادراکات فرد در برابر پیش‌آمدهای استرس‌زای زندگی برخوردار است. سازه و مفهوم اساسی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش آن است که رنج‌ها و تألمات روان‌شناختی به‌وسیله‌ی اجتناب نمودن از تجارب، هم‌جوشی شناختی و شکست در برآورده

⁷ cognitive defusion

⁸ self as context

⁹ contact with present moment

¹⁰ values

¹¹ committed action

¹ acceptance and commitment therapy

² dialectical behavioral therapy

³ mindfulness-based cognitive therapy

⁴ mindfulness-based stress reduction

⁵ Hayes, Luoma, Bond, Masuda & Lillis

⁶ acceptance

- ۲- دامنه سنی بین ۶۰-۱۸ سال،
 ۳- سطح سواد بالاتر از سیکل،
 ۴- تمایل و رضایت آگاهانه به شرکت در طرح پژوهشی.
 معیارهای خروج از این طرح پژوهشی شامل:
 ۱- وجود عقب‌ماندگی ذهنی، داشتن اختلال روانی طبق پرونده‌ی پزشکی و یا هر موردی که سبب اختلال در یادگیری شود،
 ۲- وجود سابقه سوء‌مصرف یا وابستگی به مواد،
 ۳- عدم تمایل به ادامه درمان بود.

ابزارهای پژوهش

۱) پرسشنامه رفتارهای خودمدیریتی صرع^۱: این پرسشنامه توسط دیلوریو و همکاران [۲۷] با هدف ارزیابی میزان به‌کارگیری رفتارهای خودمدیریتی در مبتلایان به صرع طراحی گردید. این آزمون میزان رفتارهای خودمدیریتی مصروعین را با ۳۸ سؤال بر اساس مقیاس لیکرت ۵ نقطه‌ای (۱= هرگز، ۲= به ندرت، ۳= گاهی اوقات، ۴= بیشتر اوقات، ۵= همیشه) مورد بررسی قرار می‌دهد. نمره کلی پرسش‌نامه بین ۱۹۰-۳۸ می‌باشد که امتیاز بالا نشان‌دهنده به‌کارگیری رفتارهای خودمدیریتی در نمونه‌هاست. دامنه حیطه‌های رفتارهای خودمدیریتی بدین شرح می‌باشد: مدیریت اطلاعات ۸ سؤال (۴۰-۸ نمره)، مدیریت دارو ۱۰ سؤال (۳۰-۶ نمره)، مدیریت ایمنی ۸ سؤال (۴۰-۸ نمره) و مدیریت سبک زندگی ۶ سؤال (۳۰-۶ نمره)، دارد. مقیاس رفتارهای خودمدیریتی ثبات درونی قابل قبولی را از ۰/۸۰ و ۰/۸۶ در نسخه انگلیسی به دست آورده است (۱۱). این پرسشنامه در ایران توسط یداللهی و همکاران [۳۵] بر روی بیماران صرعی هنجاریابی شده است. در این مطالعه ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسش‌نامه ۰/۸۰ و در حیطه‌ی مدیریت اطلاعات ۰/۸۱، مدیریت سبک زندگی ۰/۸۰، مدیریت تشنج ۰/۸۴، مدیریت دارو ۰/۸۱ و مدیریت ایمنی ۰/۷۹ محاسبه شد. همچنین در این پژوهش پایایی این پرسش‌نامه به‌روش بازآزمایی ۰/۹۴ به دست آمد که نشان‌دهنده میزان مطلوب ثبات درونی و پایایی پرسش‌نامه است.
 ۲) شاخص تشنج^۲: ثبت تعداد تشنج‌ها دو ماه قبل از شروع و در طول دوره درمان که بر اساس خود گزارشی بیمار و همچنین بررسی پرونده پزشکی آن‌ها صورت گرفت.

شیوه انجام پژوهش

پس از انتخاب نمونه، با توجه به ملاک‌های بیان شده،

و غیرقابل تغییر است. تروماهای گذشته نمونه‌ای از موارد غیرقابل تغییر بوده که بهتر است پذیرفته شود [۳۴].
 با توجه به مطالب ذکر شده اصلی‌ترین سازه نظری در پذیرش مبتنی بر درمان‌های رفتاری از قبیل پذیرش و تعهد درمانی، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است که به معنای توانایی برای انجام عمل مؤثر در راستای ارزش‌های فردی علیرغم حضور بیماری است. با نظر به این‌که شواهد متعددی که در رابطه با اهمیت مفهوم پذیرش در کاهش مشکلات روان‌شناختی وجود دارد و همچنین با توجه به این‌که صرع و تجربه تشنج و شیوه‌های مداخله در مورد آن، متأثر از مؤلفه‌های روانی اجتماعی متفاوتی است که بررسی آن را در چارچوب‌های بین فرهنگی ضروری می‌سازد، در پژوهش حاضر به بررسی نقش سازه پذیرش و تعهد در قالب استفاده از رویکرد درمانی پذیرش و تأثیر آن در تغییر فراوانی تشنج و رفتارهای خودمدیریتی در بیماران مبتلا به صرع پرداخته می‌شود.

روش

نوع پژوهش

طرح تحقیق در این پژوهش یک طرح نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه آزمایش و گواه بود؛ بنابراین در این طرح متغیر مستقل درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و متغیر وابسته نمرات پس‌آزمون آزمودنی‌ها در مقیاس رفتارهای خودمدیریتی و شاخص تشنج می‌باشد.

آزمودنی

الف) جامعه آماری: جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه بیماران مبتلا به صرع مقاوم به درمان مراجعه‌کننده به کلینیک‌های تخصصی بیماری‌های مغز و اعصاب شهر خرم آباد (۳ کلینیک) و یک بیمارستان بود.

ب) نمونه پژوهش: در طی ۳ ماه مراجعه به این مراکز از بین ۸۰ بیمار صرع مقاوم به درمان مراجعه‌کننده ۲۴ نفر به شیوه نمونه‌گیری در دسترس و بر اساس ملاک‌های ورود و خروج انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۲ نفر) و گواه (۱۲ نفر) جایگزین شدند. سپس اعضای گروه آزمایش در ۱۰ جلسه (هر هفته یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای) تحت درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش قرار گرفتند.

معیارهای ورود به این پژوهش شامل:

۱- تشخیص قطعی صرع مقاوم به دارو و گذشت حداقل یک سال از تشخیص آن بر اساس شرح حال، معاینات و نوار مغز^۱ (الکترو آنسفالوگرافی) طبق نظر متخصص نورولوژی؛

¹ Electroencephalography

² seizure index

گواه هیچ مداخله‌ای اعمال نگردید. پس از پایان جلسات درمانی مجدداً پرسشنامه رفتارهای خودمدیریتی صرع و شاخص تشنج در هردو گروه آزمایش و گواه به‌عنوان پس آزمون اجرا شدند. طرح درمانی جلسات گروه آزمایش به اختصار در جدول ۱ آمده است.

آزمودنی‌ها به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه، گمارش شدند و پرسشنامه رفتارهای خودمدیریتی صرع دیلوریو و همکاران [۲۷] و شاخص تشنج به‌عنوان پیش‌آزمون در هردو گروه اجرا شد. سپس برای گروه مداخلات مبتنی بر تعهد و پذیرش (ای. سی. تی.) در ۱۰ جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای، هفته‌ای یک جلسه و به‌صورت گروهی اجرا شد. در مورد گروه

جدول ۱. پروتکل اجرایی جلسات ACT (هایز، ۲۰۰۲)

جلسه	محتوا
اول	آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و برقراری رابطه درمانی؛ آشنا نمودن افراد گروه با موضوع پژوهش؛ بررسی بیماری صرع در هر یک از افراد گروه اعم از مدت بیماری و اقدامات انجام شده؛ بیان اصل رازداری و احترام متقابل اعضای گروه به یکدیگر؛ بیان موضوع پژوهش و اهداف آن و بیان این موضوع که روی اهداف فکر شود؛ روشن‌سازی ارزش‌های بیماران، ایجاد درماندگی خلاق، تکلیف خانگی.
دوم	شرح جلسه قبل، ایجاد تمایل به ترک شیوه‌های کنترل ناکارآمد برای تغییر و تفهیم این موضوع که کنترل مسئله است نه راه‌حل و معرفی جایگزینی برای کنترل، یعنی تمایل. بیان اصل پذیرش و شناخت احساسات و افکار پیرامون مشکلات مربوط به بیماری؛ آگاهی بخشی در این زمینه که افکار را به عنوان افکار و احساسات را به‌عنوان احساسات و خاطرات را فقط به‌عنوان خاطرات بپذیریم؛ ارائه تکلیف خانگی در زمینه پذیرش خود و احساسات ناشی از بیماری و ثبت مواردی که بیماران موفق به کنار گذاشتن شیوه‌های ناکارآمد کنترل حملات صرعی شده‌اند.
سوم	بررسی تکالیف جلسه قبل، ارائه توضیحاتی در زمینه اهمیت به‌کارگیری رفتارهای خودمدیریتی صرع شامل (مدیریت اطلاعات، مدیریت تشنج، مدیریت دارویی، مدیریت امنیت و مدیریت زندگی) در راستای کاهش عوارض بیماری صرع، بررسی و تمرکز بر ارزش‌ها و توجه به قدرت انتخاب آن‌ها، صحبت درباره‌ی احساسات و افکار اعضای گروه؛ آموزش این مطلب که اعضا بدون قضاوت در مورد خوب یا بد بودن افکار و احساسات خود آن‌ها را بپذیرند؛ آموزش شناخت هیجانات و تفاوت آن‌ها با افکار و احساسات؛ استفاده از تکنیک‌های ذهن آگاهی مربوط به درمان پذیرش و تعهد، تعیین تکلیف خانگی.
چهارم	بررسی تکالیف؛ ارائه‌ی تکنیک‌های ذهن آگاهی و تمرکز بر تنفس؛ توجه به اهمیت خواب، غذا و ورزش و ... در مدیریت صرع، ارائه‌ی تکنیک‌های حضور در لحظه و توقف فکر؛ تأکید دوباره بر اصل پذیرش در شناخت احساسات و افکار؛ تأکید بر شناخت احساسات و افکار با نگاهی دیگر؛ تکالیف؛ رویدادهای زندگی (آزار دهنده) را به نوعی دیگر نگاه کنیم.
پنجم	بررسی تکالیف؛ معرفی مفهوم گسلش از افکار و احساسات ناکارآمد، آموزش و ایجاد شناخت در خصوص تفاوت بین پذیرش و تسلیم و آگاهی به این موضوع که آنچه نمی‌توانیم تغییر دهیم را بپذیریم؛ شناخت موضوع قضاوت و تشویق اعضا به این‌که احساسات خود را قضاوت نکنند؛ ارائه‌ی این تکنیک که با ذهن آگاه بودن در هر لحظه از وجود احساسات خود آگاهی یابند، فقط شاهد آن باشند ولی قضاوت نکنند؛ ارائه‌ی تکلیف خانگی ذهن آگاهی همراه با پذیرش بدون قضاوت.
ششم	ارائه‌ی بازخورد؛ نظرسنجی کوتاه از فرآیند آموزش؛ درخواست از اعضای گروه جهت برون‌ریزی احساسات و هیجانات خود در خصوص تکالیف جلسه قبل؛ معرفی تمایز خود مفهوم‌سازی شده در مقابل خود مشاهده‌گر، تمرین تخته شطرنج، تمرین خود مشاهده‌گر، تمرین شناسایی هدف‌های رفتاری ساده که نیازمند گسلش و تمایل هستند. ارائه تکلیف خانگی.
هفتم	چگونگی مدیریت استرس و مقابله؛ چگونگی رفتار با افکار و احساسات در رابطه با صرع، نشان دادن اهمیت ارزش‌ها و تفهیم به مراجع که چگونه ارزش‌ها "تمایل/ پذیرش" را ارزشمند جلوه می‌دهند، تمرین ارزش به‌عنوان رفتار در مقابل ارزش به‌عنوان احساسات: تمرین جوراب، تمرین انتخاب ارزش‌ها؛ انتخاب در برابر قضاوت‌ها و تصمیم‌ها، تمرین مراسم دفن و تمرین سنگ قبر، تمرین شناسایی رفتار مبتنی بر ارزش‌ها، ارائه تکلیف خانگی.
هشتم	آموزش و ارائه اصل تعهد و لزوم آن در روند آموزش و درمان، (آموزش تعهد به عمل یعنی بعد از انتخاب مسیر ارزشمند و درست در خصوص رسیدن به آرامش یا قبول هر رویدادی در زندگی، به آن عمل کنیم و خود را نسبت به انجام آن متعهد سازیم)؛ ارائه‌ی تکنیک توجه انتخابی برای آرامش بیشتر در خصوص هجوم افکار خودآیند منفی، تمرین مجدد ذهن آگاهی
نهم	ارائه‌ی بازخورد و جستجوی مسائل حل نشده در اعضای گروه؛ شناسایی طرح‌های رفتاری در خصوص امور پذیرفته شده و ایجاد تعهد برای عمل به آن‌ها؛ ایجاد توانایی انتخاب عمل در بین گزینه‌های مختلف، به‌گونه‌ای که مناسب‌تر باشد نه عملی‌تر.
دهم	بررسی داستان زندگی و عمل متعهدانه. آموزش به درمانجو که خود یک درمانگر باشد، برای به حداکثر رساندن این احتمال که درمانجو مهارت‌های آموخته در درمان را پس از اتمام درمان به‌کار ببرد.

شیوه تحلیل داده‌ها

داده‌های پژوهش با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار) و آمار استنباطی (آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره و تک‌متغیره) در نرم‌افزار اس پی اس اس، نسخه ۲۳ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج

میانگین سنی افراد گروه آزمایش، $26/91 \pm 8/15$ و گروه کنترل $26/83 \pm 8/96$ بوده است. از نظر وضعیت تحصیلی ۴۱/۶ درصد زیر دیپلم، ۳۳/۳ درصد دیپلم و ۲۵/۱ درصد هم تحصیلات دانشگاهی داشتند. ۶۶/۷ درصد افراد گروه آزمایش متأهل و ۳۳/۳ درصد مجرد و در گروه کنترل ۷۵ درصد

متأهل و ۲۵ درصد مجرد بودند.

از بین ۱۲ نفر گروه آزمایش ۸ زن و ۴ مرد و از بین ۱۲ نفر گروه کنترل ۷ زن و ۵ مرد بودند. میانگین سن شروع ابتلا به صرع در گروه آزمایش ۱۱/۰۴ و در گروه کنترل ۱۲/۵۸ سالگی بود. از بین متغیرهای جمعیت شناختی فقط متغیر تحصیلات با پیش‌آزمون همبستگی داشت که اثر آن بر پس آزمون کنترل شد. به‌منظور بررسی اثربخشی آموزش مبتنی بر تعهد و پذیرش بر فراوانی تشنج و رفتارهای خودمدیریتی، یافته‌های توصیفی پژوهش شامل میانگین و انحراف معیار فراوانی تشنج، رفتارهای خودمدیریتی و خرده مؤلفه‌های آن برای دو گروه آزمایش و کنترل، بر اساس نمره‌های پیش

آزمون و پس‌آزمون در جدول ۲ نشان داده شده است. جدول ۲. مقایسه شاخص‌های توصیفی گروه‌های آزمایش و کنترل در نمرات تشنج، رفتارهای خود مدیریتی و خرده مقیاس‌های آن در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

عضویت گروهی متغیرهای پژوهش	گروه آزمایش		گروه کنترل	
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
فراوانی تشنج	۲/۴۶±۶/۰۸	۴/۴۱±۲/۰۶	۷/۴۱±۲/۲۳	۶/۵۷±۱/۹۷
رفتارهای خود مدیریتی	۱۰۶/۱۶±۶/۱۹	۱۸۸/۶۶±۷/۱۱	۱۰۷/۱۶±۶/۲۱	۱۰۷/۸۳±۶/۳۹
مدیریت تشنج	۱۸/۷۵±۲/۳۷	۲۰/۵۸±۱/۹۷	۱۷/۸۵±۱/۱۳	۱۷/۹۱±۱/۷۲
مدیریت زندگی	۱۰/۸۳±۲/۹۱	۱۵/۵±۲/۱۵	۱۳/۱۶±۱/۹۴	۱۲/۶۶±۲/۸۰
مدیریت امنیت	۲۷/۱۶±۲/۶۲	۲۸/۱۶±۲/۷۲	۲۶/۳۳±۱/۹۳	۲۸±۳/۱۹
مدیریت دارو	۳۱/۱۶±۳/۰۱	۳۲/۲۵±۳/۷۲	۳۲/۱۸±۱/۶۷	۳۲/۲۵±۲/۳۷
مدیریت اطلاعات	۱۶/۰۸±۲/۸۴	۲۳/۱۶±۲/۴۸	۱۷/۹۱±۱/۵۰	۱۷±۲/۴۴

$(P = ۰/۵۲۶, F = ۸/۹, BOX = ۶/۳۳۹)$

همچنین، باید تساوی واریانس‌های دو گروه آزمایش و شاهد قبل از تحلیل کواریانس بررسی گردد. اساس این پیش فرض بر آن است که واریانس‌های نمرات دو گروه با هم برابر هستند و تفاوت معنی‌داری بین آن‌ها وجود ندارد. برای آزمودن این فرض از آزمون لوین استفاده شد، با توجه به نتایج به دست آمده فرض صفر در مورد تساوی واریانس‌های دو گروه در متغیرهای وابسته تأیید شد؛ یعنی واریانس‌های دو گروه در جامعه با یکدیگر مساوی می‌باشند و تفاوت معنی‌داری بین آن‌ها وجود نداشت ($P > ۰/۰۵$). مفروضه دیگری که در تحلیل کواریانس باید رعایت شود همگنی ضرایب رگرسیون می‌باشد که با توجه به نتایج به دست آمده تفاوت شیب رگرسیون معنی‌دار نیست و در نتیجه فرض همگنی شیب رگرسیون برای اجرای آزمون تحلیل کواریانس چند متغیری رعایت شده است ($P = ۰/۰۵۷, F = ۳۳/۰۷۱$). با توجه به رعایت پیش‌فرض‌های مورد نیاز، امکان اجرای تحلیل کواریانس نتایج جهت بررسی فرضیه پژوهش بلامانع است.

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، میانگین نمره‌های پیش‌آزمون نمره‌های فراوانی تشنج، رفتارهای خود مدیریتی و خرده‌مؤلفه‌های آن در هر دو گروه، قبل از مداخله تفاوت چندانی باهم ندارند؛ اما پس از مداخله، میانگین فراوانی تشنج در گروه مداخله کاهش یافته، همچنین میانگین رفتارهای خود مدیریتی و خرده‌مؤلفه‌های آن (مدیریت زندگی، مدیریت اطلاعات و مدیریت تشنج) بعد از مداخله افزایش یافته است ولی در خرده‌مؤلفه‌های مدیریت دارو و مدیریت امنیت، بعد از مداخله تفاوت چندانی مشاهده نمی‌شود. برای مشخص کردن معناداری تفاوت بین متغیرهای فوق، از تحلیل کواریانس استفاده شد. در این روش آماری، اولین فرضی که باید بررسی شود، آزمون عدم یکسانی ماتریس کواریانس دو گروه می‌باشد که این کار از طریق آزمون ام-باکس صورت می‌گیرد. بر اساس آزمون باکس که برای هیچ‌یک از متغیرها معنی‌دار نبوده است، شرط همگنی ماتریس‌های واریانس/کواریانس به‌درستی رعایت شده است.

جدول ۳. نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری نمرات پس‌آزمون رفتارهای خود مدیریتی و فراوانی تشنج گروه آزمایش و گواه

منبع تغییرات	ضریب پیلایی	ضریب لامبدای ویلکز	نسبت فیشر	درجه آزادی فرض شده	درجه آزادی خطا	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آماری
رفتارهای خود مدیریتی	۰/۴۱	۰/۵۸	۴/۰۹	۱	۱۷	۰/۰۰۱	۰/۴۱	۰/۷۴
فراوانی تشنج	۰/۸۳	۰/۱۷	۲۷/۶۱	۱	۱۷	۰/۰۰۱	۰/۸۳	۱
عضویت گروهی	۰/۸۳۳	۰/۱۶۷	۲۸/۳۳	۱	۱۷	۰/۰۰۱	۰/۸۳۳	۱

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود پس از خارج کردن اثر پیش‌آزمون، به روش تحلیل کواریانس چند متغیری، اثر معنی‌داری برای عامل عضویت گروهی وجود دارد. این اثر چند متغیری نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر رفتارهای خود مدیریتی و فراوانی تشنج بیماران صرع مقاوم به درمان تأثیر دارد ($P < ۰/۰۰۱$).

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود پس از خارج کردن اثر پیش‌آزمون، به روش تحلیل کواریانس چند متغیری، اثر معنی‌داری برای عامل عضویت گروهی وجود دارد. این اثر چند متغیری نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر رفتارهای خود مدیریتی و فراوانی تشنج بیماران صرع مقاوم به درمان تأثیر دارد ($P < ۰/۰۰۱$).

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس یک متغیری برای بررسی تفاوت نمرات پس‌آزمون فراوانی تشنج و رفتارهای خودمدیریتی بین گروه آزمایش و کنترل

متغیر	مراحل پژوهش	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	نسبت فیشر	سطح معنی‌داری	مقدار اتا	توان آزمون
رفتارهای خودمدیریتی	پیش‌آزمون	۳۱۰/۵۶۳	۱	۳۱۰/۵۶۳	۱۴/۵	۰/۰۱	۰/۴۰۸	۰/۹۵۲
	عضویت گروهی	۱۱۸۶/۱۴۳	۱	۱۱۸۶/۱۴۳	۵۵/۳۸	۰/۰۰۱	۰/۷۲۵	۱
فراوانی تشنج	پیش‌آزمون	۷۹/۸۸	۱	۷۹/۸۸	۷۶/۴۰	۰/۰۰۱	۰/۷۸۴	۱
	عضویت گروهی	۳۹/۲۰۵	۱	۳۹/۲۰۵	۳۷/۵۰۲	۰/۰۰۱	۰/۶۴۱	۱

همچنین با کنترل نمرات پیش‌آزمون بین گروه‌های آزمایش و گواه در فراوانی تشنج بیماران در مرحله پس‌آزمون تفاوت معنی‌دار وجود دارد ($F=۳۷/۵۰$ و $P=۰/۰۰۱$). با توجه به میانگین‌های مشاهده‌شده، می‌توان نتیجه گرفت که درمان شناختی مبتنی بر تعهد و پذیرش موجب کاهش ۶۴ درصدی علائم فراوانی تشنج در مرحله پس‌آزمون شده است.

با توجه به نتایج جدول ۴ با کنترل نمرات پیش‌آزمون بین گروه‌های آزمایش و گواه بین رفتارهای خودمدیریتی بیماران مبتلا به صرع مقاوم به درمان در مرحله پس‌آزمون تفاوت معنادار وجود دارد ($F=۵۵/۳۸$ و $P=۰/۰۰۱$). پس راهبرد مبتنی بر تعهد و پذیرش موجب بالا رفتن ۷۲ درصدی رفتارهای خودمدیریتی در مرحله پس‌آزمون شده است.

جدول ۵. تحلیل کوواریانس نمرات خرده‌مقیاس‌های رفتارهای خودمدیریتی در گروه‌های مورد مطالعه در مرحله پس‌آزمون

منبع	خرده مقیاس‌ها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	مجدور میانگین	نسبت فیشر	سطح معناداری	مقدار اتا	توان آماری
پیش‌آزمون	مدیریت دارو	۲۸/۱۶۷	۱	۲۸/۱۶۷	۳/۱۶۴	۰/۰۸	۰/۱۲	۰/۳۹
	مدیریت اطلاعات	۳۷/۱۲۱	۱	۳۷/۱۲۱	۱۴/۰۵	۰/۰۰۱	۰/۴۰۱	۰/۹۴
	مدیریت امنیت	۲۷/۱۷۲	۱	۲۷/۱۷۲	۶/۰۰۹	۰/۰۲	۰/۲۲	۰/۶۴
	مدیریت تشنج	۱۱/۵۴۸	۱	۱۱/۵۴۸	۷/۲۴	۰/۰۱۴	۰/۲۵	۰/۷۲
	مدیریت زندگی	۱۲/۰۷۶	۱	۱۲/۰۷۶	۳/۱۴۷	۰/۰۹	۰/۱۳	۰/۳۹
عضویت گروهی	مدیریت دارو	۳۰/۹۱۴	۱	۳۰/۹۱۴	۴/۲۶۴	۰/۰۵۶	۰/۱۶	۰/۵۰
	مدیریت اطلاعات	۱۶۵/۳۷۵	۱	۱۶۵/۳۷۵	۳۹/۲۹۷	۰/۰۰۰	۰/۶۴	۱
	مدیریت امنیت	۲۷/۳۶۸	۱	۲۷/۳۶۸	۶/۰۵۲	۰/۰۷	۰/۱۴	۰/۴۴
	مدیریت تشنج	۲۳/۷۰۸	۱	۲۳/۷۰۸	۱۴/۸۸	۰/۰۰۱	۰/۴۱	۰/۹۵
	مدیریت زندگی	۴۲/۵۴۴	۱	۴۲/۵۴۴	۱۱/۰۸	۰/۰۰۳	۰/۳۴	۰/۸۸

بیماران، فراوانی تشنج با میانگین ($۶/۰۸$) در پیش‌آزمون به دامنه متوسط با میانگین ($۴/۴۱$) رسیده است که نتایج این پژوهش با نتایج لانگرن و همکاران [$۲۹،۲۸$] و دیوهارست و همکاران [۱۹] همسو می‌باشد. در دو مطالعه‌ای که از تأثیر درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر روی بیماران صرع مقاوم به درمان توسط لانگرن و انجام همکاران [$۲۹،۲۸$] گزارش شده، در مطالعه اول، بیماران صرع مقاوم به دارو، درمان پذیرش و تعهد را دریافت نموده‌اند در حالی که گروه کنترل درمان حمایتی را دریافت می‌کردند. به‌طور شگفت‌انگیزی، ۵۷ درصد افرادی که درمان پذیرش و تعهد را دریافت کرده بودند در پیگیری ۱ ماهه هیچ حمله صرعی نداشتند. در صورتی که در گروهی که درمان حمایتی استفاده می‌کردند، همه افراد دچار حمله صرعی شدند. در پیگیری ۱۲ ماهه ۸۶ درصد افراد تحت درمان پذیرش و تعهد هیچ گونه حمله‌ای را تجربه نکردند در صورتی که گروه کنترل، فقط ۸ درصد حمله‌ای را تجربه کرده بودند [۲۸].

در مطالعه دوم، گروهی از بیماران صرعی، درمان پذیرش و تعهد دریافت می‌کردند و گروه دوم از یوگا استفاده می‌کردند که ۵ نفر از ۱۰ بیمار در گروه درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش هیچ تشنجی نداشتند؛ و در پیگیری پس از یک سال

همان‌طور که نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد بین گروه‌های آزمایش و کنترل در خرده مقیاس مدیریت اطلاعات در سطح ($۰/۰۰۱$) تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین بین خرده مقیاس‌های مدیریت تشنج ($۰/۰۰۱$) و مدیریت زندگی ($۰/۰۰۳$) نیز در گروه‌های آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. این بدان معنی است که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش توانسته میزان رفتارهای خودمدیریتی بیماران مصروع را در مرحله پس‌آزمون در خرده مقیاس مدیریت اطلاعات، مدیریت زندگی و مدیریت تشنج افزایش دهد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر رفتارهای خودمدیریتی و فراوانی تشنج در بیماران مبتلا به صرع مقاوم به درمان انجام گردید. یافته‌های حاصل از تحلیل واریانس در مرحله پس‌آزمون نشان داد که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش به‌طور متوسط و قابل توجهی بر کاهش فراوانی تشنج، بالا رفتن رفتارهای خودمدیریتی و زیر مقیاس‌های آن مؤثر بوده است.

در خصوص بررسی میزان کاهش فراوانی تشنج می‌توان گفت در اثر ارائه درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش به این

تعلق بین اعضا می‌شود. اعضای گروه به تعاملات مثبت حلاق و مولد در خارج از جلسات درمان ادامه می‌دهند [۲۸]. تأثیر مداخلات مبتنی بر تعهد و پذیرش بر کاهش تشنج‌ها از طریق افزایش مهارت‌های اجتماعی به این صورت است که با گسترش و تقویت این مهارت‌ها و استفاده از آن‌ها کیفیت زندگی در این افراد بالا می‌رود و افرادی که قبلاً گرفتار یک دور باطل ترس از تشنج در اجتماع و بعد اجتناب از جمع برای جلوگیری از تشنج بودند وارد یک دور مثبت از تعامل اجتماعی و تحریک مثبت و طبیعی می‌شوند (۳۰). تمرینات ذهن آگاهی نیز به افراد کمک می‌کنند تا به جای واکنش نشان دادن به احساسات بدنی یا جسمانی، هیجانات و افکار و این‌که جهان را از روزه دردهایشان نگاه کنند، در واقع "ارتباط با این رویدادها بدون قضاوت، در اینجا و اکنون" انتخاب آگاهانه فعالیت‌ها و پاسخ به آن‌ها به صورت باز غیر دفاعی و انعطاف‌پذیر به جای تحت کنترل درآوردن افکار، احساسات و خاطرات مربوط به صرع باعث افزایش خودکارآمدی و کاهش فعالیت‌های صرعی می‌شود [۳۲].

نتایج این پژوهش همچنین نشان داد که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر خودمدیریتی بیماران مبتلا به صرع مؤثر است. تاکنون پژوهشی که تأثیر این درمان را بر رفتارهای خودمدیریتی در بیماران صرعی بررسی کرده باشد انجام نشده ولی تأثیر آن بر رفتارهای خودمدیریتی مربوط به بیماران دیابتی در دو پژوهش به اثبات رسیده است [۳۹،۳۸]. در پژوهش گرگ^۱ و همکاران [۳۹] با بکار بردن درمان تعهد و پذیرش میانگین رفتارهای خودمدیریتی در گروه آزمایش (بیماران دیابتی) از ۷/۴۹ به ۱۳/۵۸ افزایش یافت. در پژوهش مکوند حسینی و همکاران [۳۸] نیز میانگین رفتارهای خودمدیریتی بعد درمان از ۱۰/۵۸ به ۲۷/۹۱ رسید که نشان از تأثیر درمان در بالا رفتن رفتارهای خودمدیریتی در این افراد می‌باشد. در واقع رفتارهای خودمدیریتی، فعالیت‌های فردی و روزانه‌ای است که فرد مبتلا به بیماری مزمن مانند صرع جهت مدیریت و کاهش اثرات بیماری بر وضعیت جسمی خود عهده‌دار می‌دهد [۳۹،۳۸]. این رفتارها شامل تطابق‌های رفتاری و روانی اجتماعی می‌شوند که در بالا بردن کیفیت زندگی افراد مصروع مؤثر می‌باشند [۳۹]. یکی از دلایلی که این درمان می‌تواند رفتارهای خودمدیریتی را در این بیماران بالا ببرد، این است که افراد یاد می‌گیرند احساساتشان را بپذیرند به جای اینکه از آن‌ها فاصله بگیرند و به افکار و فرآیند تفکرشان به وسیله ذهن آگاهی بیشتر پرداخته و آن‌ها را جهت فعالیت‌های هدف محور پیوند دهند. به طور خلاصه، درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش با ایجاد توانایی پذیرش و

نیز درمان پذیرش و تعهد، کاهش بیشتری ایجاد کرد. در مطالعه دیوهارست و همکاران [۱۹]، نیز درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش در ۵۰ درصد از بیماران تشنج‌ها به نصف کاهش یافتند؛ که تأییدکننده تأثیر این درمان بر این بیماری می‌باشد [۱۹]. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت بر اساس مدل ترس-اجتناب لثم و همکاران [۳۶]، ترس از درد، احتمال ایجاد خطاهای شناختی یا ارزیابی‌های منفی از درد را افزایش داده و باعث می‌شود فرد از فعالیت‌هایی که تصور می‌کند درد را گسترش می‌دهند، اجتناب کند. به باور نظریه پردازان درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش این اجتناب تجربی، عامل مهمی در ایجاد و حفظ آسیب‌های روانی از جمله اضطراب است. اجتناب تجربی به معنای ارزیابی منفی اغراق آمیز از تجارب درونی و عدم تمایل به تجربه آن‌هاست که به تلاش برای کنترل یا فرار از آن‌ها منجر می‌شود و می‌تواند در عملکرد شخص مداخله کند. بر همین اساس، هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، کاهش اجتناب تجربی و افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی از طریق پذیرش احساسات ناخوشایند غیر قابل اجتناب و پریشان‌کننده مانند اضطراب، پرورش ذهن آگاهی و مشخص کردن ارزش‌های شخصی مرتبط با هدف رفتاری است [۳۷]. مفهوم پذیرش، در درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش یک مؤلفه‌ی کلیدی در تأثیرگذاری بر بیماران است، به نظر می‌رسد هم پذیرش تشنج واقعی و هم ترس از تشنج اثر بازدارنده‌ای بر کاهش فراوانی تشنج‌ها و تسهیل در گام برداشتن در جهت ارزش‌های زندگی دارد. فرض بر این است که پذیرش و تمایل آگاهانه به داشتن صرع و کسب اطلاعات بیشتر در مورد زنجیره تشنج‌ها می‌تواند در مهار بروز حمله مؤثر باشد [۳۱]. پذیرش در این درمان به معنای آگاهی از تجارب درونی (افکار، احساسات، خاطرات و علائم بدنی) و پذیرفتن فعال آن‌ها، بدون اقدامی برای کاهش آن‌ها و بدون اقدام بر اساس جنبه لفظی آن‌ها می‌باشد. در واقع بیماران می‌آموزند که می‌توان احساسات شدید را تجربه کرد و به احساسات بدنی شدید توجه کرد، بدون اینکه آسیبی به آن‌ها وارد شود و بتوانند تمرکزشان از تغییر و کاهش نشانه‌ها به داشتن یک زندگی ارزشمند تغییر دهند [۳۷]. علاوه بر این درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش باعث تسهیل مهارت‌ها و فعالیت‌های اجتماعی می‌شود که ممکن است مانع از بروز تشنج شوند. بین کنترل بهتر تشنج و مهارت‌های اجتماعی رابطه مثبتی وجود دارد. آموزش مهارت‌های اجتماعی به طور خاص بخشی از درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش نیست ولی شرکت‌کنندگان در گروه به بیان احساسات و ارزش‌هایشان تشویق می‌شوند که باعث افزایش اعتماد به نفس و احساس

^۱ Gregg

مطالعه موردی. فصل نامه آموزشی دانشکده پرستاری دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله، (۵۱)۴، صص. ۲۷-۳۴.

2- Saengsuwan J, Boonyaleepan S, Tiamkao S, Group IE. (2015). Diet, exercise, sleep, sexual activity, and perceived stress in people with epilepsy in NE Thailand. *Epilepsy & Behavior*. pp. 45:39-43.

۳- وجدانی، محمد علی؛ الحانی، فاطمه؛ کرمانشاهی، سیمیا (۱۳۹۰). تأثیر بسته آموزشی مبتنی بر رایانه بر کیفیت زندگی نوجوانان مبتلا به صرع. *مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی*، (۳)۴، صص. ۸۹-۹۹.

۴- نایب‌نیا، محمدرضا. (۱۳۸۳). مقایسه برخی فرایندهای شناختی در بیماران صرعی قبل و پس از درمان. *دو فصلنامه علمی- پژوهشی روانشناسی بالینی و شخصیت*، (۷) ۱، صص. ۱۷-۲۲.

5- French, J. A. (2007). Refractory epilepsy: clinical overview. *Epilepsia*, 48(1): pp. 3-7.

۶- ابراهیمی، حسینعلی. (۱۳۹۱). چالش‌های درمان صرع. *مجله علوم پزشکی دانشگاه کرمان*، (۲)۱۹، صص. ۲۲۴-۲۱۲.

7- Aliasgharpour M, Dehgahn Nayeri N, Yadegary MA, Haghani H. (2013). Effects of an educational program on self-management in patients with epilepsy. *Seizure*, 22(1):pp. 48-52.

8- George, J., Kulkarni, C., & Sarma, G. R. K. (2015). Antiepileptic Drugs and Quality of Life in Patients with Epilepsy: A Tertiary Care Hospital-Based Study. *Value in Health Regional Issues*, 6:pp. 1-6.

۹- ابراهیمی، حسینعلی. (۱۳۸۸). درمان‌های دارویی صرع. *فصلنامه علوم مغز و اعصاب ایران*، (۲۵)۸، صص. ۳۹۰-۳۸۰.

۱۰- اشک تراب، ط؛ یداللهی، س؛ صفوی بیات، ز؛ زایری، ف. (۱۳۹۲) بررسی همبستگی رفتارهای خودمدیریتی با پذیرش دارو در بیماران عضو انجمن صرع ایران. *مجله علمی دانشکده پرستاری و مامایی همدان*، (۲)۱۰، صص. ۵-۲۱.

11- Moursy AM, Mekky GF. Effect of Self Management Guidelines for Adult Patients with Epilepsy on their Health Practices. *Life Science Journal*. 2015;12(4).

12- DiIorio C, Faherty B & Manteuffel B. (1994). Epilepsy self- management: Partial replication and extension. *Research in Nursing & Health*: pp.167-174.

13-. McAuley J, Mcfadden L, Elliott J. (2008). An

ارتباط با مشکل بدون تلاش برای کنترل آن و بعد گسلس شناختی که به افراد کمک می‌کند به‌طور انعطاف‌ناپذیر تسلیم افکار و قوانین ذهنی‌شان نباشند و بجای آن شیوه‌های بیابند برای تعامل مؤثرتر با دنیایی که مستقیماً تجربه می‌شود با انجام تمریناتی که معنای لفظی رویدادهای درونی را می‌شکند. فرایندهای گسلس و ذهن آگاهی باعث ایجاد حسی متعالی از خود در انسان می‌شوند یعنی معنا و حسی از خود به‌عنوان زمینه‌ای است که در آن رویدادهای درونی مثل افکار، احساسات و خاطرات بدنی رخ می‌دهد [۳۲]. این حس فرد را به ارتباط مؤثر، باز و غیر دفاعی با تجارب مربوط به مشکل در زمان حال تشویق می‌کند و بعد با به چالش کشیدن فرد برای توجه به ارزش‌ها یعنی آنچه در حوزه‌های مختلف زندگی برایش مهم است و تعیین اهداف و رفتارهای خاصی که در راستای آن ارزش‌هاست و در آخر عمل متعهدانه و عمل کردن بر طبق اهداف که یک الگوی سازنده رفتار است، باعث می‌شود تا فرد مسئولیت برای تغییرات رفتاری را بپذیرد هر زمان لازم بود تغییر یا پافشاری کند [۳۲].

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به کوچک بودن حجم نمونه مورد مطالعه، انتخاب نمونه پژوهش به‌صورت در دسترس و همچنین زمان کم برای انجام مداخله اشاره کرد که در نتیجه تعمیم نتایج باید با احتیاط صورت گیرد. لذا لازم است که در پژوهش‌های آتی تأثیر این درمان بر گروه بزرگ تری از این بیماران انجام شود و تحقیقات بیشتری در زمینه تأثیر این درمان بر روی مبتلایان به صرع و استخراج و درک بهتر مکانیسم‌های روانی درگیر در توسعه صرع و عوامل روانی مرتبط با آن انجام گیرد.

با وجود گزارش‌های مبتنی بر وجود اختلالات رفتاری، شناختی و اجتماعی که در میان مبتلایان به صرع وجود دارد می‌بایست زمینه‌ها و درمان‌های روان‌شناختی را بیش از پیش مورد توجه قرار داد حال با توجه به اینکه درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش به‌عنوان یک درمان غیر تهاجمی، کم‌هزینه و آسان بدون اینکه زبان و تفاوت‌های فرهنگی مانعی ایجاد کند، شناخته شده است، می‌توان از آن به‌عنوان یک روش درمانی مکمل در کنار دارودرمانی و سایر اقدامات معمول جهت بالا بردن کیفیت زندگی، تأثیر بر کاهش تشنج و بالا بردن رفتارهای خودمدیریتی استفاده کرد. با توجه به اثربخش بودن این درمان بر بیماری‌های مزمن مانند صرع پیشنهاد می‌شود از روانشناسان سلامت و همچنین روان‌شناسان بالینی مسلط به درمان، از همکاری تیمی برای درمان این بیماری‌ها در سیستم بهداشت و درمان کشور استفاده شود.

منابع

۱- صالحی، زهرا؛ خادم‌الحسینی، محمد (۱۳۹۲). صرع و استرس-

- 20(3): pp.545-549.
- 26- DiIorio, C., Bamps, Y., Walker, E. R., & Escoffery, C. (2011). Results of a research study evaluating WebEase, an online epilepsy self-management program. *Epilepsy & Behavior*, 22(3): pp. 469-474.
- 27- Thompson, N. J., Walker, ER., Obolensky, N., Winning, A., Barmon, C., Dilorio, C., et al. (2010). Distance delivery of mindfulness-based cognitive therapy for depression: project uplift. *Epilepsy Behavior*, 19: pp.247-54.
- 28-Lundgren, T., Dahl, J., Melin, L., & Kies, B. (2006). Evaluation of acceptance and commitment therapy for drug refractory epilepsy: a randomized controlled trial in South Africa—a pilot study. *Epilepsia*, 47(12): pp. 2173-2179.
- 29 -Lundgren, T., Dahl, J., Yardi, N., & Melin, L. (2008). Acceptance and commitment therapy and yoga for drug-refractory epilepsy: a randomized controlled trial. *Epilepsy & Behavior*, 13(1): pp. 102-108.
- ۳۰- محمدپور، سمانه؛ شاهی، مرجان؛ تاجیک زاده، فخری. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهزیستی روان‌شناختی، امیدواری و خود ارزشیابی مرکزی بیماران مبتلا به صرع. دو فصلنامه علمی پژوهشی روانشناسی بالینی و شخصیت-دانشور سابق، زیر چاپ.
- 31- Prevedini, AB., Presti, G., Rabitti, E., Miselli, G., Moderato, P. (2011). Acceptance and commitment therapy (ACT): the foundation of the therapeutic model and an overview of its contribution to the treatment of patients with chronic physical diseases. *G Ital Med Lav Ergon*, 33(12): pp.53-63.
- 32- Hayes, S.C., & Strosahl, K.D. (2010). *A Practical Guide to Acceptance and Commitment Therapy*. New York: Springer Science and Business, Media In.
- 33- Hayes SC, Luoma J, Bond F, masudaa, Lillis J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes, and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, (44): pp.1-25.
- 34- Fletcher, L., & Hayes, S. C. (2005). Relational frame theory, acceptance and commitment therapy, and a functional analytic definition of mindfulness. *Journal of rational-emotive and cognitive-behavior therapy*, 23(4): pp.315-336.
- ۳۵- یداللهی، صفورا؛ اشک تراب، طاهره؛ زایری، فریده؛ صفوی بیات، زهرا. (۱۳۹۴). همبستگی رفتارهای خودمدیریتی صرع با حملات تشنج در بیماران عضو انجمن صرع ایران، مجله‌ی مراقبت‌های پیگیرانه در پرستاری و مامایی، ۵(۱)، صص. ۷۰-
- evaluation of self-management behaviors and medication adherence in patients with epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 13(4): pp. 637-641.
- 14- Kobau, R., & DiIorio, C. (2003). Epilepsy self-management: a comparison of self-efficacy and outcome expectancy for medication adherence and lifestyle behaviors among people with epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 4(3): pp. 217-225.
- 15- Austin, J. K., Carr, D. A., & Hermann, B. P. (2006). Living Well II, a review of progress since 2003. *Epilepsy & Behavior*, 9(3): pp. 386-393.
- 16- Gustavsson C, Denison E, von Koch L. (2010). Self-management of persistent neck pain: a randomized controlled trial of a multi-component group intervention in primary health care. *European Journal of Pain*, 14(6): pp. 630-e1.
- 17- Baulac, M., Boer, H., Elger, C., Glynn, M., Kälviäinen, R., Little, A., & Ryvlin, P. (2015). Epilepsy priorities in Europe: A report of the ILAE- IBE Epilepsy Advocacy Europe Task Force. *Epilepsia*, 56(11): pp.1687-1695.
- 18- Polak, E. L., Privitera, M. D., Lipton, R. B., & Haut, S. R. (2012). Behavioral intervention as an add-on therapy in epilepsy: designing a clinical trial. *Epilepsy & Behavior*, 25(4): pp. 505-510.
- 19- Dewhurst E, Novakova B, Reuber M. (2015). A prospective service evaluation of acceptance and commitment therapy for patients with refractory epilepsy. *Epilepsy & Behavior*: pp. 46:234-41.
- 20 -Mittan, R. J. (2009). Psychosocial treatment programs in epilepsy: A review. *Epilepsy & Behavior*, 16(3): pp. 371-380.
- 21- Tang, V., Michaelis, R., Kwan, P. (2014). Psychobehavioral therapy for epilepsy. *Epilepsy Behavior*, 32: pp.147-55.
- 22- Gandy, M., Sharpe, L., & Perry, K. N. (2013). Cognitive behavior therapy for depression in people with epilepsy: a systematic review. *Epilepsia*, 54(10): pp. 1725-1734.
- 23- Martinovic, Z., Simonovic, P., Djokic, R. (2006). Preventing depression in adolescents with epilepsy. *Epilepsy Behav*, 9: pp.619-24.
- 24- Au, A., Chan, F., Li, K., Leung, P., Li, P., & Chan, J. (2003). Cognitive-behavioral group treatment program for adults with epilepsy in Hong Kong. *Epilepsy & Behavior*, 4(4): pp.441-446.
- 25- Chaytor, N., Ciechanowski, P., Miller, J. W., Fraser, R., Russo, J., Unutzer, J., & Gilliam, F. (2011). Long-term outcomes from the PEARLS randomized trial for the treatment of depression in patients with epilepsy. *Epilepsy & Behavior*,

- 36-. Lethem J, Slade PD, Troup JD, Bentley G. (1983). Outline of a Fear-Avoidance Model of exaggerated pain Perception-I. Behav Res Ther, 21(4): pp. 401-8.
- 37- Hayes SC, Masuda A, Bissett RT, Luoma J, Guerrero LF. (2004). DBT, FAP and ACT: how empirically oriented are the new behavior therapy technologies? Behav Ther. 35(1):35-54.
- ۳۸- مکوند حسینی، شاهرخ؛ رضایی، علی محمد؛ آزادی، محمد مهدی. (۱۳۹۳). تأثیر درمان گروهی پذیرش و تعهد بر خودمدیریتی دیابت نوع ۲، مجله روانشناسی بالینی، ۴(۲۰)، صص. ۵۵-۶۲.
- 39- Gregg JA, Callaghan GM, Hayes SC, Glenn-Lawson JL. (2007). improving diabetes self-management through acceptance, mindfulness, and values: a randomized controlled trial. Journal of consulting and clinical psychology, 75(2): pp. 336.

