

اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به صرع مقاوم به درمان: یک مطالعه با کاربندی کنترل شده تصادفی

لیدا وحیدی مطلق^۱ (Ph.D Student)، شاهرخ مکوندحسینی^{۲*} (Ph.D)، محمود نجفی^۱ (Ph.D)، غلامرضا زمانی قلعه تکی^۳ (Ph.D)

۱- دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

۲- گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

۳- گروه مغز و اعصاب، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۸/۱۴ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۱۱/۱

* نویسنده مسئول، تلفن: ۰۲۳-۳۳۳۴۰۸۵۶ shmakvand@semnan.ac.ir

چکیده

هدف: صرع یکی از شناخته‌شده‌ترین و شایع‌ترین اختلالات دستگاه عصبی است که به میزان زیادی زندگی بیماران را تحت تأثیر قرار می‌دهد. این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد گروهی بر کیفیت زندگی و مؤلفه‌های آن در گروهی از بیماران مبتلا به صرع مقاوم به درمان، صورت گرفته است.

مواد و روش‌ها: مطالعه حاضر یک طرح کاربندی کنترل شده تصادفی با سنجش پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری ۲ ماهه، همراه با گروه کنترل بود که از میان بیماران مبتلا به صرع مقاوم به درمان مراجعه‌کننده به انجمن صرع شهر تهران، با مصاحبه تشخیصی توسط متخصص اعصاب، تعداد ۲۰ بیمار با تشخیص قطعی صرع مقاوم به دارو با کنترل دقیق معیارهای ورود و خروج، انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۰ نفر) و کنترل (۱۰ نفر) قرار گرفتند. گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در جلسات گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد حضور پیدا کردند، در حالی که گروه کنترل ملاقات ساده با درمانگر داشتند. پرسش‌نامه کیفیت زندگی مخصوص بیماران مصروع (QOLIE-31-P) در هر سه مرحله ذکر شده تکمیل گردید و داده‌های استخراج شده با تحلیل مانکوا تحلیل شدند.

یافته‌ها: تفاوت‌های معناداری میان میانگین نمرات دو گروه در مراحل پس‌آزمون و پیگیری برای تمامی مؤلفه‌های کیفیت زندگی به دست آمد ($P < 0/001$).

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج به دست آمده، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب بهبود کلیه ابعاد کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به صرع مقاوم به درمان می‌شود، لذا به عنوان درمان تکمیلی در کنار درمان دارویی قابل توصیه است.

واژه‌های کلیدی: روان‌درمانی، درمان پذیرش و تعهد، صرع مقاوم به درمان، کیفیت زندگی، درمان گروهی

مقدمه

پیش‌بینی‌کننده مشکلات روانی - اجتماعی برای این بیماران باشد [۴،۳]. صرع مقاوم به درمان (Drug Refractory Epileptic Patients) می‌تواند منابع مقابله را به چالش درآورد و اضطراب ویژه‌ای درباره‌ی حملات ایجاد کند که ممکن است مانع چشمگیری برای عملکرد اجتماعی و استقلال بیمار باشد [۶،۵]. این مشکلات روانی - اجتماعی ممکن است ناتوانی و ضرر بیش‌تری برای کیفیت زندگی نسبت به خود حملات داشته باشند [۸،۷]. این بدین معنا است که جنبه‌هایی از زندگی افراد مبتلا به صرع می‌تواند به عنوان هدف درمان‌های روان‌شناختی در نظر گرفته شود. تعدادی از مطالعات بر درمان‌هایی تأکید داشته‌اند که طیفی از مشکلات مرتبط با اختلال را مد نظر داشته‌اند [۹]. هر چند دستیابی به درمان‌های روان‌شناختی که به

صرع (Epilepsy) یکی از شناخته شده‌ترین و شایع‌ترین اختلالات دستگاه عصبی است که بعد از انواع سکته مغزی و قلبی، بیش‌ترین فراوانی را در جوامع انسانی دارد. بیش از ۷۰ میلیون نفر در سراسر جهان مبتلا به صرع هستند [۱]. این بیماری صعب‌العلاج، به میزان زیادی زندگی بیماران را تحت تأثیر قرار می‌دهد. از هر ۲۱ نفر مرد یک نفر و از هر ۲۸ نفر زن یک نفر در طول زندگی خود به صرع مبتلا می‌شوند [۲]. صرع شامل حملات تکرارشونده‌ای است که افراد مصروع تجربه می‌کنند، این بیماران مشکلات روان‌پزشکی، شناختی و تطابق در عملکرد اجتماعی دارند و از سویی ننگ اجتماعی صرع در قسمت‌هایی از جهان قویاً باقی‌مانده است که می‌تواند

مورد استفاده قرار گرفته است. این رویکرد جهت کاهش حملات تشنج در صرع نیز استفاده شده و سودمندی خود را نشان داده است [۱۴]. هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد کاهش نشانه نیست بلکه افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی و رفتاری در زمینه‌هایی است که رفتار محدود شده است. این درمان دارای شش اصل اساسی است که شامل گسلش شناختی، پذیرش، ارتباط با زمان حال، مشاهده خود، ارزش‌ها و عمل متعهدانه می‌باشد [۲۰]. دلیل موفقیت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با انواع گوناگون اختلالات بالینی و نیز گروه‌های مختلف افراد، این است که این رویکرد به جای تمرکز بر شکل و فراوانی نشانه‌ها که ویژگی یک اختلال است بر فرآیندهای کارکردی متمرکز می‌باشد. در واقع هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد الگوهای رفتاری است که مانع زندگی موفق می‌شود [۲۱].

مطالعات انجام گرفته بر روی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نشان‌دهنده تأثیر آن بر مشکلات روان‌شناختی است. به عنوان مثال ابراهیم‌پور و همکاران [۲۲] نشان دادند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به صرع تأثیر معناداری داشته است. در مطالعه دوهرت و همکاران [۲۳] نشان داده شد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند در ارتقاء کیفیت زندگی افراد مبتلا به صرع مقاوم به درمان مؤثر باشد. یافته‌های میشل‌یس و همکاران [۱۱] نشان می‌دهد که درمان‌های روان‌شناختی از جمله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود کیفیت زندگی افراد مصروع نقش بارزی دارند.

با توجه به چالش‌های متعددی که بیماران مبتلا به صرع با آن رو به رو هستند و مزایای ذکر شده درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و نیز کمبود تحقیقات با تمرکز بر تأثیر این درمان بر مؤلفه‌های مرتبط با کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به صرع مقاوم به درمان، هدف پژوهش حاضر تعیین تأثیر درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و مؤلفه‌های آن در بیماران مبتلا به صرع مقاوم به درمان و نیز تعیین میزان ماندگاری این تأثیرات در خلال زمان بوده است.

مواد و روش‌ها

طرح پژوهشی حاضر از نوع آزمایشی است و بر اساس طرح کاربندی کنترل شده تصادفی با شیوه پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری (۲ ماهه) با گروه کنترل اجرا شد. پیشنهاد این پژوهش ابتدا در گروه روان‌شناسی و سپس در کمیته تحصیلات تکمیلی دانشکده روان‌شناسی و نهایتاً در کمیته پژوهشی دانشگاه سمنان مورد تأیید کامل قرار گرفت. از میان بیماران مبتلا به صرع مقاوم به درمان عضو انجمن صرع شهر تهران تعداد ۱۰۰ بیمار به‌طور تصادفی انتخاب شدند. معیارهای

طور ویژه برای بیماران دارای صرع طراحی شده باشد به صورت یک استثنا دیده می‌شوند [۱۰]. یک مرور بر روی مطالعات مرتبط با درمان روان‌شناختی صرع نشان داد که این مطالعات کیفیتی ضعیف و متضاد داشته‌اند. درمان شناختی-رفتاری و الکتروانسفالوگرافی، بایوفیدبک و یا پاسخ پوستی گالوانیک به تنهایی و یا در ترکیب با هم، روی کیفیت زندگی افراد مصروع در کل مؤثر بوده است. آن‌ها تصدیق کرده‌اند که مداخلات روان‌شناختی نویدهای بزرگ‌تری را در انواع اضطراب و بهبود پذیرش دارویی و شایستگی اجتماعی خواهند داشت. اما تقویت روش‌های آزمایشی مورد نیاز است [۱۱]. تعدادی از مطالعات، تأثیرات مفیدی از درمان‌های رفتاری-شناختی، رویکردهای مبتنی بر مراقبت، مداخلات آموزشی چند مؤلفه‌ای را بر روی بهبود سازگاری، عملکرد اجتماعی و کیفیت زندگی نشان می‌دهند [۱۲-۱۷].

کیفیت زندگی (Quality of Life) مفاهیم عمده‌ای را که موجب رضایت کلی از زندگی می‌شود، در بر می‌گیرد. در واقع کیفیت زندگی به عنوان قضاوت شناختی آگاهانه درباره‌ی رضایت فرد از زندگی تعریف می‌شود [۷]. توافق عمومی رو به رشدی وجود دارد مبنی بر این‌که کیفیت زندگی مرتبط با سلامت باید یکی از مؤلفه‌های اصلی کارهای درمانی و پژوهشی باشد. این شاخه از کیفیت زندگی به صورت اثرات جسمانی، هیجانی و اجتماعی که بیماری بر فرد وارد می‌کند، تعریف می‌شود [۹]. بنا بر آن‌چه بیان شد، تحقیقات در زمینه‌ی صرع بیش‌تر به جنبه‌های نورولوژیک این بیماری و شیوه‌های درمان آن پرداخته است و تحقیقات در مورد اختلالات روانی همراه با مداخلات روان‌شناختی و تأثیر آن در بهبود و ارتقاء وضعیت روانی و کیفیت زندگی این بیماران، محدود است [۱۸]. صرع با پیامدهای اجتماعی، روانی و جسمی که برای افراد مصروع و خانواده آنان در پی دارد، کیفیت زندگی آنان را به شدت کاهش می‌دهد. بیماری صرع کلیه جنبه‌های زندگی روزمره فرد مصروع را تحت تأثیر قرار داده و تشنجات کنترل نشده آن می‌تواند منجر به تغییرات برگشت‌ناپذیری شود. مطالعات نشان داده‌اند بیماران مصروع نسبت به سایر بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن نظیر آسم و دیابت، کیفیت زندگی پایین‌تری دارند. کیفیت زندگی افراد مصروع با وضعیت سلامت آنان ارتباط مستقیمی دارد. به طوری که بیمارانی که وضعیت سلامت بهتری دارند نمره کیفیت زندگی آن‌ها بالاتر بوده و تفاوت چندانی با افراد نرمال ندارند [۱۹].

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یا همان اکت (Acceptance and Commitment Therapy, ACT)، درمانی روان‌شناختی است که برای انواع مشکلات بالینی و انواع گروه‌ها

ابزار پایایی مناسبی را در آزمون-بازآزمون پرسش‌نامه نشان داده‌اند (۰/۹۳-۰/۹۸)، اما دو مقیاس اثرات دارویی و عملکرد اجتماعی مقادیر ضریب آلفای پایین تری از استاندارد را نشان داده‌اند (به ترتیب ۰/۵۱ و ۰/۶۵) که می‌تواند تا حدودی منعکس‌کننده تفاوت در نوع و مقدار داروهای تجویز شده در کنترل حملات تشنجی در بیماران در کشورهای مختلف باشد. در مورد عملکرد اجتماعی نیز بازتابی از تفاوت‌های عملکردی از نظر جوامع مختلف است. این آزمون دارای روایی مناسب در جهت افتراق زیر گروه‌های بیماران از نظر متغیرهای بالینی، از نظر نوع صرع و تعداد حملات صرعی طی یک ماه و یا یک سال می‌باشد [۲۴].

روش اجرا. پس از انتخاب نمونه، نخست در مورد روش مداخله توضیحات لازم به گروه آزمایش ارائه گردید و از آن‌ها خواسته شد تا در همه‌ی جلسات درمان حضوری فعال داشته باشند. سپس رضایت آگاهانه مکتوب از کلیه‌ی بیماران برای شرکت در پژوهش اخذ شد و به آنان از نظر محرمانه ماندن کلیه اطلاعات شخصیشان اطمینان داده شد. در مرحله پیش‌آزمون هر دو گروه آزمایش و کنترل پرسش‌نامه کیفیت زندگی مخصوص بیماران مبتلا به صرع (QOLIE-31-P) را تکمیل کردند. سپس گروه آزمایش ۸ جلسه آموزش گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را در طی جلسات ۲ ساعتی، ۲ بار در هفته در بازه زمانی مرداد تا مهر ۱۳۹۶ در ساختمان انجمن صرع شهر تهران دریافت کردند. درمانگر برای تهیه پروتکل آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد از محتوای کتاب «ACT در عمل» نوشته پاتریشیا باخ و دنیل موران [۲۵] و کتاب «درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای اختلالات اضطرابی» نوشته‌ی جورج ایفرت و جان فویات [۲۶] و کتاب «ACT به زبان ساده» نوشته‌ی راس هریس [۲۷] استفاده کرده است. این پروتکل با در نظر گرفتن ویژگی‌های بیماران مصروع بر اساس محتوای درمان پذیرش و تعهد توسط درمانگر طراحی شده است. خلاصه محتوای جلسات در جدول ۱ آمده است. بیماران گروه کنترل جز ملاقات ساده با درمانگر، برنامه درمانی خاصی دریافت نکردند. در تمامی جلسات نماینده‌ای از سوی انجمن صرع جهت نظارت بر روند برگزاری جلسات حضور داشت. پس از پایان جلسات درمانی و ۲ ماه بعد از اتمام آن، مجدداً گروه آزمایش و کنترل همان پرسش‌نامه را تکمیل کردند. برای تحلیل داده‌ها از روش‌های آماری تحلیل کوواریانس چندمتغیره (مانکوا) استفاده شد.

ورود عبارت بود از: ۱- ابتلا به صرع مقاوم به دارو بر اساس تشخیص متخصص داخلی مغز و اعصاب، ۲- سپری شدن یک سال از تشخیص بیماری، ۳- دامنه سنی ۱۸ تا ۴۰ سال، ۴- برخوردار بودن بیمار از حمایت خانوادگی کامل و ۵- حداقل تحصیلات سیکل. معیارهای خروج نیز عبارت بودند از: ۱- همبودی بیماری‌های دیگر نورولوژیک، ۲- همبودی بیماری‌های جسمی مزمن و ۳- سابقه مداخلات روان‌شناختی قبلی. در نهایت ۲۰ نفر با معیارهای کامل پس از مصاحبه انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۰ نفر) و کنترل (۱۰ نفر) قرار گرفتند.

به منظور هم‌تاسازی دو گروه متغیرهای سن، تحصیلات، جنسیت و وضعیت تأهل در دو گروه کنترل گردید. میانگین و انحراف معیار سنی بیماران گروه آزمایش به ترتیب ۳۰/۱۰ و ۴/۲۸ و در گروه کنترل ۲۷/۹۰ و ۵/۵۴ بود که تفاوتشان از لحاظ آماری معنادار نبود. همچنین افراد از نظر تحصیلات در گروه آزمایش ۵ نفر دارای دیپلم و ۴ نفر دارای لیسانس و ۱ نفر دارای فوق لیسانس و در گروه کنترل ۷ نفر دارای دیپلم و ۳ نفر دارای لیسانس بالاتر بود. در گروه آزمایش ۵ نفر زن و ۵ نفر مرد و در گروه کنترل ۴ نفر زن و ۶ نفر مرد بودند که در بین افراد در گروه آزمایش ۹ نفر مجرد و ۱ نفر متأهل و در گروه کنترل ۷ نفر مجرد و ۳ نفر متأهل بودند. همچنین بیش‌ترین داروی مصرفی بیماران با تجویز پزشکان معالج داروی کاربامازپین بود که جهت کاهش حملات استفاده می‌شود.

ابزار گردآوری داده‌ها. پرسش‌نامه کیفیت زندگی مخصوص بیماران مبتلا به صرع (Quality of Life in Epilepsy Questionnaire, QOLIE-31-P): پرسش‌نامه QOLIE-31-P، دارای ۳۱ سوال است که یک ابزار استاندارد برای اندازه‌گیری کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به صرع در سنین ۱۸ سال و بالاتر می‌باشد. دارای ۷ بعد در ۳۰ سوال می‌باشد و یک سوال کلی نیز اهمیت ابعاد مرتبط با بیماری را از نظر بیمار بررسی می‌نماید. ابعاد ابزار عبارتند از: نگرانی از تشنج (Seizure Worry)، سلامت هیجانی (Emotional Well-being)، انرژی/خستگی (Energy/Fatigue)، عملکرد شناختی (Cognitive Function)، اثرات دارویی (Medical Effect)، عملکرد اجتماعی (Social Function) و کیفیت زندگی به طور کلی (Overall Quality of Life) است. محاسبه امتیازها در هر مقیاس بر اساس راهنمای امتیازدهی پرسش‌نامه صورت می‌گیرد. محدوده امتیازها در هر مقیاس از ۰ تا ۱۰۰ بوده و امتیاز بالاتر در هر بعد نشانه وضعیت بهتر است. مقیاس‌های

جدول ۱. پروتکل درمان اکت

جلسات	هدف	محتوای جلسات	تغییر مورد انتظار	تکلیف
جلسه اول	برقراری رابطه درمانی	آشنایی اعضاء گروه، بیان قوانین گروه، اهداف پژوهشی و اخذ تعهدنامه	ایجاد رابطه درمانی مناسب بین اعضاء گروه و درمانگر	مشخص کردن جایگاه بیماری در زندگی و محدودیت‌های ناشی از آن
جلسه دوم	اصل پذیرش و شناخت	بررسی تکلیف، تمرین پذیرش و شناخت افکار و احساسات پیرامون مشکلات	پذیرش خود و احساسات ناشی از بیماری و تشنجات	ثبت تجارب روزانه
جلسه سوم	شناسایی ارزش‌ها	بررسی تکلیف، بحث پیرامون ارزش	درک ارزش‌ها و شناسایی آن‌ها	تعیین مهم‌ترین ارزش‌های زندگی و اولویت بندی‌شان
جلسه چهارم	حضور در لحظه و توقف فکر	بررسی تکلیف، تمرکز بر تنفس، تأکید بر محتوای جلسه قبل	توجه انتخابی برای آرامش در برابر افکار خودآیند منفی	بررسی رویدادهای آزار دهنده زندگی مثل تشنج و نگاه متفاوت به آن‌ها
جلسه پنجم	خود آگاهی	بررسی تکلیف، آموزش و ایجاد شناخت در خصوص تفاوت بین پذیرش و تسلیم	خود آگاهی به احساسات خویش به گونه نظاره‌گر نه قضاوت‌کننده	تمرین ذهن آگاهی همراه با پذیرش بدون قضاوت نشانه‌های بیماری
جلسه ششم	عمل متعهدانه	بررسی تکلیف، تمرین خود مشاهده‌گری	حرکت در جهت ارزش‌های شخصی	انجام فعالیت‌هایی در جهت ارزش‌های تعیین شده
جلسه هفتم	پذیرش واقعیت خود	بررسی تکلیف، تعیین آرزوها	کاهش شکاف واقعیت و آرزو	تعیین آرزوها و امکانات فردی
جلسه هشتم	اتمام جلسات و نتیجه‌گیری	بررسی تکلیف، جمع بندی آموزش‌ها و اخذ تعهد در اجرای آن‌ها، دریافت بازخورد گروه و اتمام جلسات	عملکرد متعهدانه نسبت به آموزش‌های دریافتی	

است. در حالی که میانگین نمرات ذکر شده در گروه کنترل در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون تفاوت محسوسی نداشته است. نتایج حاصل از آزمون شاپیرو-ویلک پیش‌فرض نرمال بودن داده‌ها را تأیید کرد ($P > 0.05$). بر اساس بررسی‌های آماری و تأیید برابری واریانس‌ها متغیرها در دو گروه آزمایش و کنترل (آزمون لوین)، هم‌چنین فرض همگنی شیب رگرسیون و یکسانی ماتریس کواریانس (آزمون ام‌باکس) همه پیش‌فرض‌های لازم و ضروری برای انجام تحلیل مانکوا رعایت شده است. مقدار F تعامل متغیر مستقل و هم‌پراش برای کلیه مؤلفه‌ها معنادار نبود ($P > 0.05$) که نشان‌دهنده همگنی شیب رگرسیون است. جدول ۳ نتیجه آزمون لوین و جدول ۴ نتیجه آزمون ام‌باکس را نشان می‌دهند.

جدول (۵) نتایج آزمونی تحلیل کواریانس چندمتغیری روی نمره‌های پس‌آزمون با کنترل پیش‌آزمون و نمره‌های پیگیری با کنترل پیش‌آزمون را نشان می‌دهد. مندرجات جدول (۵) نشان می‌دهد که بین نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش و گروه کنترل از لحاظ متغیرهای وابسته در سطح ($P < 0.01$) تفاوت معناداری وجود دارد. بر این اساس می‌توان بیان داشت که دست کم در یکی از متغیرهای وابسته (کیفیت زندگی و مؤلفه‌های آن) بین دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد. هم‌چنین بین نمرات پیگیری گروه آزمایش و کنترل از لحاظ

نتایج

به منظور بررسی تفاوت گروه‌ها از نظر تأهل، تحصیلات و جنسیت آزمون خی دو و برای بررسی تفاوت از نظر سن از آزمون تی مستقل استفاده شد. خی دو ($x^2 = 1/250$) و سطح معناداری ($P > 0.264$) برای متغیر وضعیت تأهل حاکی از همسانی گروه‌ها بود. بررسی تحصیلات (دیپلم، لیسانس و فوق لیسانس و بالاتر) با خی دو ($x^2 = 3/377$) نیز سطح معناداری ($P > 0.237$) نشان داد و همگنی دو گروه را اثبات کرد. جمعیت زن مرد با توجه به مقدار خی دو ($x^2 = 0/202$) و سطح معناداری ($P > 0.653$) نیز اثبات شد. نتایج آزمون تی مستقل برای متغیر سن ($t = 0/523$ و $P > 0.607$) نشان می‌دهد دو گروه آزمایش و کنترل از نظر سن نیز همگن می‌باشند.

جدول ۲ میانگین و انحراف معیار نمره‌های نگرانی از تشنج، اثرات دارویی، سلامتی هیجانی، عملکرد شناختی، انرژی/خستگی، عملکرد اجتماعی و نمره کلی کیفیت زندگی هر دو گروه آزمایش و کنترل را در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نشان می‌دهد. با توجه به نتایج جدول ۲، میانگین نمرات نگرانی از تشنج، سلامتی هیجانی، انرژی/خستگی، عملکرد اجتماعی و نمره کلی کیفیت زندگی گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون افزایش قابل توجهی یافته است و این افزایش در مرحله پیگیری تقریباً پایدار مانده

پس آزمون و پیگیری، تحلیل کواریانس‌های یک راهه در متن مانکوا روی متغیرهای وابسته انجام گرفت که نتایج حاصل از آن در جدول (۶) ارائه شده است.

متغیرهای وابسته در سطح ($P < 0.001$) تفاوت معناداری وجود دارد. بر این اساس می‌توان بیان داشت که دست کم در یکی از متغیرهای وابسته (کیفیت زندگی و مؤلفه‌های آن) اثر مداخله درمانی پایدار بوده است. برای بررسی نقطه تفاوت در نمرات

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار کیفیت زندگی و مؤلفه‌های آن در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری
		میانگین	انحراف از معیار	میانگین	انحراف از معیار	
نگرانی از تشنج	آزمایش	۴۳/۶۹	۳/۲۵	۵۸/۰۳	۴/۶۲	۴/۶۹
	کنترل	۴۳/۷۱	۳/۵۲	۴۳/۵۹	۳/۳۸	۳/۵۶
اثرات دارویی	آزمایش	۴۳/۳۴	۲/۴۸	۴۸/۰۸	۲/۶۲	۲/۹۲
	کنترل	۴۲/۵۰	۲/۳۶	۴۲/۷۹	۲/۰۲	۲/۵۶
سلامت هیجانی	آزمایش	۴۲/۸۰	۲/۸۰	۵۴/۸۵	۲/۷۷	۲/۲۱
	کنترل	۴۳/۳۸	۲/۱۴	۴۲/۵۹	۱/۷۵	۱/۵۶
عملکرد شناختی	آزمایش	۴۲/۷۵	۲/۲۹	۴۷/۸۳	۳/۹۲	۳/۰۳
	کنترل	۴۳/۷۳	۲/۴۴	۴۳/۹۷	۱/۷۵	۲/۶۳
انرژی/خستگی	آزمایش	۴۳/۵۶	۲/۳۲	۵۱/۲۵	۲/۲۲	۲/۷۴
	کنترل	۴۴/۷۲	۲/۶۶	۴۴/۱۷	۲/۳۶	۲/۳۰
عملکرد اجتماعی	آزمایش	۴۲/۲۴	۱/۸۵	۵۳/۵۹	۲/۹۱	۱/۸۵
	کنترل	۴۲/۲۵	۲/۳۷	۴۱/۵۴	۲/۵۱	۲/۹۱
کیفیت زندگی	آزمایش	۴۳/۷۰	۲/۷۲	۵۷/۷۲	۲/۸۰	۳/۳۷
	کنترل	۴۳/۸۶	۲/۸۵	۴۳/۲۸	۲/۱۲	۳/۳۵

جدول ۴. آزمون ام باکس

آماره	پس آزمون	پیگیری
ام باکس	۵۹/۴۸۳	۳۹/۸۸۷
F	۱/۲۰۱	۰/۸۰۶
درجه آزادی ۱	۲۸	۲۸
درجه آزادی ۲	۱۱۲۹/۰۰۲	۱۱۲۹/۰۰۲
معناداری	۰/۲۱۷	۰/۷۵۳

جدول ۳. آزمون لوین (n=۲۰)

متغیر	مرحله	F	df1	df2	معناداری
نگرانی از تشنج	پس آزمون پیگیری	۰/۰۰۱	۱	۱۸	۰/۹۷۱
	پس آزمون پیگیری	۱/۴۳۲	۱	۱۸	۰/۲۴۷
اثرات دارویی	پس آزمون پیگیری	۲/۱۰۵	۱	۱۸	۰/۱۶۴
	پس آزمون پیگیری	۰/۵۷۹	۱	۱۸	۰/۴۵۷
سلامتی هیجانی	پس آزمون پیگیری	۰/۱۰۴	۱	۱۸	۰/۷۵۱
	پس آزمون پیگیری	۰/۱۴۲	۱	۱۸	۰/۷۱۱
عملکرد شناختی	پس آزمون پیگیری	۳/۶۷۲	۱	۱۸	۰/۰۷۱
	پس آزمون پیگیری	۱/۸۷۹	۱	۱۸	۰/۱۸۷
انرژی/خستگی	پس آزمون پیگیری	۷/۰۴۳	۱	۱۸	۰/۰۱۶
	پس آزمون پیگیری	۰/۷۹۰	۱	۱۸	۰/۳۸۶
عملکرد اجتماعی	پس آزمون پیگیری	۰/۳۷۵	۱	۱۸	۰/۵۴۸
	پس آزمون پیگیری	۲/۷۰۰	۱	۱۸	۰/۱۱۸
کیفیت زندگی	پس آزمون پیگیری	۴/۰۶۵	۱	۱۸	۰/۰۵۹
	پس آزمون پیگیری	۰/۰۰۱	۱	۱۸	۰/۹۹۹

نتایج مندرج در جدول (۶) نشان می‌دهد که تحلیل کواریانس یک راهه برای متغیرهای کیفیت زندگی و مؤلفه‌های در مرحله پس‌آزمون آن معنادار می‌باشد ($P < 0.001$) برای مؤلفه عملکرد شناختی و ($P < 0.001$) برای بقیه مؤلفه‌ها) بنابراین فرضیه پژوهش مبتنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود کیفیت زندگی و مؤلفه‌های آن در بیماران صرع مقاوم به درمان تأیید می‌شوند به علاوه ضریب اندازه اثر نشان می‌دهد که بیش‌ترین تفاوت دو گروه در مرحله پس‌آزمون ۹۶ درصد تفاوت از نظر سلامتی هیجانی و ۹۵ درصد از نظر کیفیت زندگی مربوط به مداخله درمانی است و توان آماری برابر ۱ است. همچنین با توجه به ضریب اندازه اثر کم‌ترین تفاوت مربوط به مؤلفه عملکرد شناختی است که برابر با ۴۴ درصد و توان آماری ۰/۷۶۳ است.

جدول ۵. آزمون اثرات چند متغیری برای پس آزمون و پیگیری

نام آزمون	مرحله	مقدار	F	فرضیه df	خطا df	اندازه اثر	معناداری
اثر پیلاپی	پس آزمون	۰/۹۹۲	۹۲/۶۶۸	۷	۵	۰/۹۹۲	۰/۰۰۱
	پیگیری	۰/۰۱۶	۴۳/۶۶۷	۷	۵	۰/۹۸۴	۰/۰۰۱

جدول ۶. تحلیل آنکوا در متن مانکوا روی میانگین نمره‌های پس آزمون و پیگیری کیفیت زندگی و مؤلفه‌های آن

متغیر	مرحله	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	اندازه اثر	معناداری
کیفیت زندگی	پس آزمون	۱	۸۳۷/۸۷۰	۲۵۱/۵۶۱	۰/۹۵۸	۰/۰۰۱
	پیگیری	۱	۹۹۵/۸۹۶	۹۵/۵۴۹	۰/۸۹۷	۰/۰۰۱
نگرانی از تشنج	پس آزمون	۱	۸۴۶/۲۰۷	۱۶۲/۲۴۴	۰/۹۳۷	۰/۰۰۱
	پیگیری	۱	۱۲۹۸/۵۰۴	۱۹۹/۱۹۸	۰/۹۴۸	۰/۰۰۱
سلامتی هیجانی	پس آزمون	۱	۷۰۴/۴۹۱	۳۴۷/۳۲۰	۰/۹۶۹	۰/۰۰۱
	پیگیری	۱	۷۸۵/۴۳۶	۱۸۸/۳۸۰	۰/۹۴۵	۰/۰۰۱
انرژی/خستگی	پس آزمون	۱	۲۲۰/۵۱۴	۴۵/۷۷۳	۰/۸۰۶	۰/۰۰۱
	پیگیری	۱	۳۶۵/۶۴۳	۴۲/۳۳۳	۰/۷۹۴	۰/۰۰۱
عملکرد شناختی	پس آزمون	۱	۵۲/۷۵۴	۸/۶۳۱	۰/۴۴۰	۰/۰۱۴
	پیگیری	۱	۱۱۲/۳۴۸	۳۹/۷۰۷	۰/۷۸۳	۰/۰۰۱
اثرات دارویی	پس آزمون	۱	۱۰۵/۸۰۴	۵۷/۴۸۷	۰/۸۳۹	۰/۰۰۱
	پیگیری	۱	۱۲۲/۶۵۳	۱۷/۳۵۱	۰/۶۱۲	۰/۰۰۲
عملکرد اجتماعی	پس آزمون	۱	۷۳/۳۰۵	۸۶/۰۹۶	۰/۸۸۷	۰/۰۰۱
	پیگیری	۱	۷۰۹/۳۹۶	۱۲۴/۳۱۴	۰/۹۱۹	۰/۰۰۱

درمان می‌شود که موجب تغییراتی در کیفیت زندگی این بیماران می‌شود. برای مثال مدیریت استرس بر مبنای فن ذهن آگاهی در درمان رنج روان‌شناختی و ارتقای کیفیت زندگی نقش موثری دارد [۲۹]. ذهن آگاهی فنی است که بر بودن در زمان حال به شیوه‌ای خاص، هدفمند و خالی از قضاوت تأکید می‌کند. این درمان با ادغام روش‌های مراقبه و واریسی بدن در جهت افزایش فهم و آگاهی از افکار، احساسات و حس‌های بدنی خودکار غیرارادی برنامه‌ریزی شده است [۳۰].

در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به بیماران مبتلا به صرع مقاوم به درمان، مواجه شدن با موقعیت‌هایی که بیش‌تر از آن‌ها اجتناب می‌کنند، آموزش داده می‌شود که به جای تلاش در جهت توقف افکار و احساسات سعی کنند که افکار و احساساتشان را فقط به عنوان یک فکر تجربه کنند و به جای پاسخ دادن به آن به انجام آن‌چه در زندگی برایشان مهم است و در راستای ارزش‌های زندگی‌شان می‌باشد بپردازند [۲۸]. فنون روشن‌سازی نیز به بیماران کمک می‌کند تا ارزش‌های شخصی خود را مورد توجه قرار دهند و اهداف و ارزش‌های انعطاف‌پذیری داشته باشند. مشاهدات بالینی درمانگر حاکی از این بود که این درمان به بیماران صرع مقاوم به درمان کمک کرد که بدون شرمندگی و نگرانی به ارزش‌های خود توجه کنند و

هم‌چنین نتایج جدول (۶) نشان می‌دهد تحلیل کوواریانس یک راهه برای متغیرهای کیفیت زندگی و مؤلفه‌های آن در مرحله پیگیری نیز معنادار می‌باشد. $P < 0.002$ برای مؤلفه اثرات دارویی و $P < 0.001$ برای بقیه مؤلفه‌ها) بنابراین فرضیه پژوهش مبتنی بر پایداری اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و مؤلفه‌های آن در بیماران صرع مقاوم به درمان تأیید می‌شود. بیش‌ترین پایداری اثر درمان مربوط به نگرانی از تشنج و سلامتی هیجانی با اندازه اثر ۹۴ درصد است. کم‌ترین پایداری اثر درمان مربوط به مؤلفه اثر دارویی است که اندازه اثر آن ۶۱ درصد است.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نمره کل کیفیت زندگی را در بیماران مبتلا به صرع مقاوم به درمان، بهبود می‌بخشد. این نتیجه با مطالعه ابراهیم‌پور و همکاران [۲۲]، میشلیس و همکاران [۱۱] همسو بود. برخی از پژوهش‌ها کاربردهای فنون پذیرش و تعهد در روان‌درمانی بیماران مبتلا به صرع مقاوم به درمان را بررسی و تأیید می‌کنند [۲۸، ۱۴].

برخی محققان اعتقاد دارند این درمان منجر به ایجاد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در بیماران مبتلا به صرع مقاوم به

نشان می‌دهد که همسو با نتایج پژوهش‌های میشلیس و همکاران [۳۱] و دوهرت و همکاران [۲۳] است. در تبیین این یافته نیز می‌توان گفت که بیماران دارای صرع مقاوم به درمان هیجان‌ناشایی را نسبت به شرایط بیماری خود تجربه می‌کنند. این هیجان‌ناشایی تا حدی ناشی از محدودیت‌های ایجاد شده به دلیل بیماری است (جدای از هیجان‌ناشایی از اثرات جانبی داروها) و از طرفی انتظار فرد برای تکرار حمله دیگر باعث می‌شود بیمار اضطرابی را تجربه کند که شرایط زندگی او را تحت تأثیر قرار می‌دهد و همچنین ارزیابی منفی از شرایط زندگی همراه با بیماری فرد و ترس‌های ناشی از احتمال صدمه دیدن در صورت بروز حملات خصوصاً در شرایط کنترل نشده باعث تشدید این شرایط می‌شود. یکی از فنون درمان پذیرش و تعهد، حضور در لحظه و توقف فکر است. این آموزش باعث می‌شود فرد از هیجان‌ناشایی منفی خود فاصله بگیرد و در کنار پذیرش و شناختی که از بیماری خود دارد، سلامتی هیجانی بهتری را تجربه کند. بازتاب تأثیر این آموزش در نتایج مشهود است. میانگین سلامتی هیجانی از در پیش‌آزمون ۴۲/۸۰ به ۵۴/۷۸ در پس‌آزمون رسیده است. اندازه اثر درمان برای این مؤلفه ۹۶ درصد است. بیش‌ترین اثر درمانی بر این مؤلفه بوده است. به نظر می‌رسد فن حضور در لحظه و توقف فکر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، روش کارآمدی بر بهبود سلامت هیجانی بیماران دارای صرع است.

عملکرد شناختی نیز به عنوان یکی از مؤلفه‌های مهم کیفیت زندگی تغییرات مثبتی نشان داد که همسو با نتیجه پژوهش گاندی و همکاران [۳۲] است، اما نسبت به سایر مؤلفه‌ها تأثیرپذیری کم‌تری داشت. یکی از تأثیرات حملات صرع، تأثیر بر حافظه و عملکرد شناختی فرد بیمار است. عملکرد شناختی افراد دارای صرع تحت تأثیر بیماری و استفاده از دارو، دچار نقصان می‌شود. استفاده از روش‌های تقویت عملکرد شناختی می‌تواند در ایجاد انگیزه به بیماران در این زمینه کمک کند. فن عمل متعهدانه‌ی درمان پذیرش و تعهد در کنار فن پذیرش و شناخت شرایط بیماری، به بیماران کمک می‌کند تا تلاش کنند روش‌های مناسبی برای تقویت عملکرد شناختی به کار گیرند. بازتاب تأثیر درمان پذیرش و تعهد بر مؤلفه عملکرد شناختی در نتایج مشهود است. میانگین این مؤلفه در پیش‌آزمون ۴۲/۷۵ بوده است که در پس‌آزمون به ۴۷/۸۳ رسیده است. اندازه اثر درمان ۴۴ درصد است. کم‌ترین تأثیر درمان بر این مؤلفه بوده است زیرا این مؤلفه همان‌طور که گفته شد تحت تأثیر عملکرد شناختی بیماری و استفاده از دارو، دچار نقصان می‌شود. این درمان به تنهایی تأثیر زیادی بر بهبود عملکرد شناختی بیماران نداشت.

اهداف خود را در مسیر زندگی انتخاب کنند و نسبت به آن اهداف متعهد باشند.

بررسی مؤلفه‌های کیفیت مخصوص بیماران صرع نیز حاکی از تاثیرگذاری مثبت بر کلیه مؤلفه‌ها بود. یافته‌های ما نشانگر این بود که مؤلفه‌ی نگرانی از تشنج به میزان بالایی از مداخلات پذیرش و تعهد تاثیرپذیری دارد که می‌توان آن را همسو با نتیجه پژوهش میشلیس همکاران [۳۱] است. نگرانی عمده بیماران در مورد تکرار حملات، تأثیر هر حمله بر شرایط فیزیکی و جسمانی‌شان و همچنین نگرانی از قضاوت اجتماعی در مورد این حملات و انگی است که نسبت به بیماری آن‌ها زده می‌شود. این نگرانی‌ها گاهی به صورت انکار حملات خودنمایی می‌کند و گاهی نیز موجب انزوای اجتماعی بیماران می‌شود. آموزش‌های مرتبط با اصل پذیرش و شناخت، شناسایی ارزش‌ها و پذیرش واقعیت خود در طی جلسات مختلف درمان به بیماران مصروع مورد مطالعه در این پژوهش کمک کرد تا با پذیرش شرایط بیماری خود و به دست آوردن شناخت نسبت به بیماری و در کنار آن پذیرش واقعیت خود، جدای از محدودیت‌های ناشی از بیماری و شناسایی ارزش‌هایی شخصی خود، تمرکز فکر خود را از حملات کم کنند. بازتاب تأثیر این مؤلفه‌های درمان در کاهش نگرانی از تشنج بیماران در نتایج مشهود است. میانگین نگرانی از تشنج در پیش‌آزمون ۴۳/۶۹ بود که در پس‌آزمون به ۵۸/۰۳ رسید. اندازه اثر درمان برای این مؤلفه ۹۳ درصد بوده است.

مؤلفه اثرات دارویی که تابع استفاده به موقع داروهای تجویز شده و توجه فرد به شرایط بیماری خود است نیز به دنبال درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تا حدی بهبود می‌یابد که در این زمینه پژوهش‌ها زیاد نیست و می‌توان گفت تا حدودی نتیجه مشابه پژوهش میشلیس همکاران [۳۱] که در این پژوهش مؤلفه اثرات دارویی بر اثر مداخله روان‌شناختی به اندازه ۳/۸۴ نمره بهبود یافت. عمل متعهدانه در کنار پذیرش و شناخت شرایط بیماری، به فرد بیمار کمک می‌کند نسبت به بیماری خود به طور خاص و نسبت به شرایط کلی زندگی خود، احساس تعهد نماید. استفاده به موقع داروها و همچنین به کارگیری دستورهای تغذیه‌ای که مناسب با شرایط بیماری خود است کمک می‌کند تا تأثیرات دارویی مثبتی بر روی بیماری آن‌ها داشته باشد. بازتاب تأثیر عمل متعهدانه بر اثرات دارویی در نتایج مشهود است. میانگین اثرات دارویی از ۴۳/۳۴ در پیش‌آزمون به ۴۸/۰۸ در پس‌آزمون رسیده است. اندازه اثر درمان برای این مؤلفه ۸۳ درصد است.

یافته‌های تحقیق حاضر همچنین نشان می‌دهد که مؤلفه سلامت هیجانی تا حد بسیار بالایی تاثیرپذیری از درمان را

همچنین توجه انتخابی برای آرامش در برابر افکار خودآیند منفی می‌تواند نگرانی از تشنج را در این بیماران کاهش داده و سبب بهبود سایر مؤلفه‌های دیگر کیفیت زندگی شود.

از جمله محدودیت‌های پژوهش می‌توان به مشکل عدم مشارکت منظم بیماران در جلسات درمانی به علت مشکلات ناشی از بیماری اشاره نمود. همچنین در این مطالعه نیز مانند سایر پژوهش‌های انسانی شرایط اقتصادی، اجتماعی و خانوادگی از جمله موارد مؤثر بر نتایج این پژوهش است؛ لذا نتایج از جهت تعمیم‌پذیری نیاز به احتیاط و توجه دارند و دیگر این‌که پژوهش کاملاً مشابه در ایران دیده نشده تا نتایج حاصل را با آن مقایسه نمود. همچنین انجام پژوهش در این زمینه با حجم نمونه بالاتر و دوره پیگیری طولانی‌تر برای بررسی ماندگاری و تحکیم اثرات درمانی به محققان آینده توصیه می‌گردد.

در مجموع این پژوهش نشان داد که مداخله گروهی درمان پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی بیماران مصروع مقاوم به درمان دارویی تأثیرات بسیار مثبتی دارد و موجب بهبودی قابل ملاحظه به ترتیب در مؤلفه‌های سلامتی هیجانی، نگرانی از تشنج، عملکرد اجتماعی، اثرات دارویی و انرژی/خستگی می‌شود. بررسی‌های پیگیری نیز نشانگر استحکام درمانی است و افت زیادی در منافع درمانی مشاهده نشد. بنابراین درمان پذیرش و تعهد به عنوان یک روش درمانی مؤثر بر کیفیت زندگی بیماران دارای صرع مقاوم به درمان و مؤلفه‌های آن، در کنار درمان‌های دارویی به متخصصان توصیه می‌شود.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از همه شرکت‌کنندگان در این پژوهش، متخصصان، مسئولان و کارکنان انجمن صرع شهر تهران و کلیه کسانی که ما را در اجرای این پژوهش یاری کردند، تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

- [1] Thijs RD, Surges R, O'Brien TJ, Sander JW. Epilepsy in adults. *Lancet* 2019; 393: 689-701.
- [2] Hesdorffer DC, Logroscino G, Benn EK, Katri N, Cascino G, Hauser WA. Estimating risk for developing epilepsy A population-based study in Rochester, Minnesota. *Neurology* 2011; 76: 23-27.
- [3] Jacoby A, Austin JK. Social stigma for adults and children with epilepsy. *Epilepsia* 2007; 48: 6-9.
- [4] Szemere E, Jokeit H. Quality of life is social-Towards an improvement of social abilities in patients with epilepsy. *Seizure* 2015; 26: 12-21.
- [5] Fisher RS, Vickrey BG, Gibson P, Hermann B, Penovich P, Scherer A, Walker S. The impact of epilepsy from the patient's perspective I. Descriptions and subjective perceptions. *Epilepsy Res* 2000; 41: 39-51.

مؤلفه انرژی/خستگی نیز تأثیرپذیری قابل ملاحظه‌ای داشت که با نتایج پژوهش میشلیس و همکاران [۳۱] همسو است. افراد دارای صرع مقاوم به درمان، تحت تأثیر شرایط بیماری و عوارض جانبی داروهایی که استفاده می‌کنند، انرژی کم‌تری برای انجام فعالیت‌های خود دارند و همچنین زودتر احساس خستگی می‌کنند ولی نگرانی‌هایی که نسبت به بیماری خود دارند و هیجانات منفی نیز در کم شدن انرژی آن‌ها مؤثر است. به بیان دیگر انگیزه بیمار را در انجام فعالیت‌های کم می‌کند و خستگی روانی برای فرد ایجاد می‌نماید. فن حضور در لحظه و توقف فکر، پذیرش واقعیت خود و عمل متعهدانه درمان پذیرش و تعهد به فرد کمک می‌کند تا شرایط بیماری خود را بپذیرد و با هدف‌گذاری‌های واقعی بتواند به زندگی خود معنا ببخشد. میانگین انرژی/خستگی در پیش‌آزمون ۴۳/۵۶ بوده است که در پس‌آزمون به ۵۱/۲۵ رسید و میزان اثربخشی درمان برای این مؤلفه ۸۰ درصد است.

بالاخره نتایج پژوهش حاضر حاکی است که عملکرد اجتماعی که از مؤلفه‌های مهم کیفیت زندگی است به دنبال مداخلات مبتنی بر پذیرش و تعهد بهبود می‌یابد که این نتیجه همسو با پژوهش کربنه و همکاران [۳۳] است. افراد دارای صرع مقاوم به درمان به علت نگرانی از بیماری، نگرانی از ننگ اجتماعی، کندی در عملکرد شناختی و کمبود انرژی، کم‌تر در فعالیت‌های اجتماعی شرکت می‌کنند و این امر چرخه منفی در افکار و عملکردهای فرد ایجاد می‌کند و موجب پایداری نگرانی‌های فرد می‌شود. با فنون پذیرش واقعیت خود، حضور در لحظه، توقف فکر و شناسایی ارزش‌ها فرد می‌تواند ضمن پذیرش بیماری خود، با تعیین اهداف مناسب با موقعیت زندگی و بیماری‌اش بتواند عملکرد اجتماعی خود را بالا ببرد. میانگین عملکرد اجتماعی در پیش‌آزمون ۴۲/۲۴ بود که در پس‌آزمون به ۵۵/۲۸ رسید. اندازه اثر درمان برای این مؤلفه ۸۸ درصد است.

مطالعه حاضر نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند بر بهبود کیفیت زندگی و مؤلفه‌های آن در بیماران مبتلا به صرع مقاوم به درمان مؤثر باشد. بنابراین به نظر می‌رسد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با کمک به بیماران برای پذیرش بیماری خود و عمل متعهدانه، موجب تأثیر بر مؤلفه‌های کیفیت زندگی مانند کاهش نگرانی از تشنج و بهبود سلامتی هیجانی و در نتیجه بهبود کیفیت زندگی آنان شده است. با توجه به این‌که صرع مقاوم به درمان از جمله بیماری‌های مزمن می‌باشد و زندگی فرد را به شدت تحت تأثیر قرار می‌دهد، به نظر می‌رسد این مداخله روان‌شناختی با تغییر نوع نگرش به بیماری و تشنجات و پذیرش آن و عمل متعهدانه به ارزش‌های خود و

- [20] Hayes SC, Pistorello J, Levin ME. Acceptance and commitment therapy as a unified model of behavior change. *Counsel Psychol* 2012; 40: 976-1002.
- [21] Hayes SC, Masuda A, De Mey H. Acceptance and commitment therapy: Een derde-generatie gedragstherapie. *Gedragstherapie* 2003.
- [22] Ebrahimpour G, Mirzaian B, Hasanzadeh R. Effectiveness of acceptance and commitment therapy on psychological well-being, quality of life and depression in patients with epilepsy. *J Shahid Sadoughi Univ Med Sci* 2019; 27: 1262-1279. (Persian).
- [23] Dewhurst E, Novakova B, Reuber M. A prospective service evaluation of acceptance and commitment therapy for patients with refractory epilepsy. *Epilepsy Behav* 2015; 46: 234-241.
- [24] Montazeri A, Togha M, Vahdaninia MS, Ebrahimi F. Psychometric properties of the Iranian version of quality of life in epilepsy inventory 31-Item. *Payesh* 2010; 9. (Persian).
- [25] Bach PA, Moran DJ. ACT in practice: Case conceptualization in acceptance and commitment therapy. New Harbinger Publications 2008.
- [26] Eifert GH, Forsyth JP. Acceptance and commitment therapy for anxiety disorders: A practitioner's treatment guide to using mindfulness, acceptance, and values-based behavior change. New Harbinger Publications 2005.
- [27] Harris R. ACT made simple: An easy-to-read primer on acceptance and commitment therapy. New Harbinger Publications 2009.
- [28] Lundgren T, Dahl J, Yardi N, Melin L. Acceptance and commitment therapy and yoga for drug-refractory epilepsy: a randomized controlled trial. *Epilepsy Behav* 2008; 13: 102-108.
- [29] Tang V, Poon WS, Kwan P. Mindfulness-based therapy for drug-resistant epilepsy: an assessor-blinded randomized trial. *Neurology* 2015; 85: 1100-1107.
- [30] Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change. Guilford Press 2011.
- [31] Michaelis R, Tang V, Wagner JL, Modi AC, LaFrance Jr WC, Goldstein LH, et al. Psychological treatments for people with epilepsy. *Cochrane Data Syst Rev* 2017.
- [32] Gandy M, Karin E, Fogliati VJ, McDonald S, Titov N, Dear BF. A feasibility trial of an Internet-delivered and transdiagnostic cognitive behavioral therapy treatment program for anxiety, depression, and disability among adults with epilepsy. *Epilepsia* 2016; 57: 1887-1896.
- [33] Carbone L, Plegue M, Barnes A, Shellhaas R. Improving the mental health of adolescents with epilepsy through a group cognitive behavioral therapy program. *Epilepsy Behav* 2014; 39: 130-134.
- [6] Lu B, Elliott JO. Beyond seizures and medications: normal activity limitations, social support, and mental health in epilepsy. *Epilepsia* 2012; 53: e25-e28.
- [7] Rejeski WJ, Mihalko SL. Physical activity and quality of life in older adults. *J Gerontol Series A Biol Sci Med Sci* 2001; 56: 23-35.
- [8] Steiger BK, Jokeit H. Why epilepsy challenges social life. *Seizure* 2017; 44: 194-198.
- [9] James BO, Morakinyo O, Eze GO, Lawani AO, Omoaregba JO. Depression and subjective quality of life among outpatients with diabetes mellitus at a teaching hospital in Nigeria. *Ment Health Fam Med* 2010; 7: 179.
- [10] Mittan RJ. Psychosocial treatment programs in epilepsy: a review. *Epilepsy Behav* 2009; 16: 371-380.
- [11] Michaelis R, Tang V, Goldstein LH, Reuber M, LaFrance WC Jr, Lundgren T, et al. Psychological treatments for adults and children with epilepsy: evidence-based recommendations by the international league against epilepsy psychology task force. *Epilepsia* 2018; 59: 1282-1302.
- [12] Chaytor N, Ciechanowski P, Miller JW, Fraser R, Russo J, Unutzer J, Gilliam F. Long-term outcomes from the PEARLS randomized trial for the treatment of depression in patients with epilepsy. *Epilepsy Behav* 2011; 20: 545-549.
- [13] DiIorio C, Bamps Y, Walker ER, Escoffery C. Results of a research study evaluating WebEase, an online epilepsy self-management program. *Epilepsy Behav* 2011; 22: 469-474.
- [14] Lundgren T, Dahl J, Melin L, Kies B. Evaluation of acceptance and commitment therapy for drug refractory epilepsy: a randomized controlled trial in South Africa—a pilot study. *Epilepsia* 2006; 47: 2173-2179.
- [15] Martinović Z, Simonović P, Djokić R. Preventing depression in adolescents with epilepsy. *Epilepsy Behav* 2006; 9: 619-624.
- [16] McLaughlin DP, McFarland K. A randomized trial of a group based cognitive behavior therapy program for older adults with epilepsy: the impact on seizure frequency, depression and psychosocial well-being. *J Behav Med* 2011; 34: 201-207.
- [17] Thompson NJ, Walker ER, Obolensky N, Winning A, Barmon C, DiIorio C, Compton MT. Distance delivery of mindfulness-based cognitive therapy for depression: project UPLIFT. *Epilepsy Behav* 2010; 19: 247-254.
- [18] Johnson EK, Jones JE, Seidenberg M, Hermann BP. The relative impact of anxiety, depression, and clinical seizure features on health-related quality of life in epilepsy. *Epilepsia* 2004; 45: 544-550.
- [19] Afzalaghaee M, Dehghani M, Salimi R, Mehdinejad M. Predictors of Quality of Life in Patients with Epilepsy. *J Knowledge Health* 2015; 10: 11-18.

Effectiveness of acceptance and commitment group therapy on improving the quality of life and its components of drug refractory epileptic patients

Lida Vahidi Motlagh (Ph.D Student)¹, Shahrokh Makvand Hosseini (Ph.D)^{*2}, Mahmood Najafi (Ph.D)², Gholamreza Zamani Ghaletaki (Ph.D)³

1 - Semnan University, Semnan, Iran

2 - Faculty of Psychology and Educational Sciences, Semnan University, Semnan, Iran

3- Faculty of Medical Science, Tehran University, Tehran, Iran.

* Corresponding author. +98 23 33340856 shmakvand@semnan.ac.ir

Received: 5 Nov 2019; Accepted: 21 Jan 2020

Introduction: Epilepsy is one of the most known and prevalent functional disorders of the nervous system that greatly affects patients' lives. In this account, this experimental research aimed to examine the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on improvement of the quality of life and its components in a group of drug refractory epileptic patients.

Materials and Methods: A randomized controlled trial design by pre-test, post-test and 2-month follow-up with control group was applied. Population of the study consisted of all drug-refractory epileptic patients of the Tehran Epilepsy Association. After the clinical interview by a neurologist, 20 patients with drug-refractory diagnosis were selected and randomly divided to two experimental (n=10) and control (n=10) groups and inclusion/exclusion criteria were controlled for. Two groups were matching by age, education and gender. The research informed consent provided from all subjects. Experimental group participated in 8 sessions of 90 minutes of group Acceptance and Commitment Therapy, while the control group had only simple meetings with the therapist. The quality of life in epilepsy questionnaire (QOLIE-31-P) were administered for both groups in 3 stages.

Results: Significant differences were found in the posttest and follow-up stages between the means of two groups for Quality of Life and its components ($P < 0.001$).

Conclusion: It could be concluded that, the acceptance and commitment therapy was an effective intervention on improving the quality of life and its components in drug refractory epileptic patients could be recommended as adjunct therapy along with their medication.

Keywords: Psychotherapy, Acceptance and Commitment Therapy, Drug Resistant Epilepsy, Quality of life, Group Therapy.