اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روان‌شناختی افراد مبتلا به صرع بیمارستان امام حسین (ع) در پاییز و زمستان سال ۱۳۹۴

ابوالفضل برزگری دهج*[۱]، علیرضا جرجندی[۲]، فریده حسین ثابت[۱]

۱) گروه روان شناسی بالینی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

۲) گروه روان شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه شهید باهنر، کرمان، ایران

تاریخ دریافت: ۹۵/۲/۱۵ تاریخ پذیرش:۹۵/٤/۱۹

چکیده

مقدمه: صرع یک بیماری نورولوژیکی است که می‌تواند مشکلات روان‌شناختی زیادی برای افراد مبتلابه وجود آورد. هدف این پژوهش بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روان‌شناختی افراد مبتلا به صرع بود.

مواد و روش ها: در پژوهش حاضر از طرح نیمه آزمایشی با روش پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری ۲ ماهه با گروه کنترل و روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. جامعه پژوهش، بیماران مبتلا به صرع بودند که در نیمه دوم سال ۱۳۹۴ به بیمارستان امام حسین (ع) مراجعه نمودند.۳۲ نفر از این افراد که ملاک‌های ورود به پژوهش را داشتند انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی در دو گروه کنترل و آزمایش قرار گرفتند. افراد گروه آزمایش به مدت ۱۰ جلسه ۷۵ دقیقه ای تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفتند. ابزار مورد استفاده در این پژوهش فرم ۸۴ سؤالی پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی ریف (۱۹۸۹) بود که داده های حاصل از آن توسط نسخه۲۱ نرم افزار SPSS مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها پژوهش: تحلیل کواریانس چند متغیری نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تأثیر معناداری بر بهزیستی روان‌شناختی افراد مبتلا به صرع داشته است. همچنین، تاثیرات این درمان ۲ ماه ماندگار بود (۰/۰۱).

بحث و نتیجه گیری: نتایج این پژوهش حاکی از کارآمدی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد **بر** بهبود بهزیستی روان شناختی افراد مبتلا به صرع بود؛ بنابراین پیشنهاد می شود این درمان جهت ارتقاء بهزیستی روان شناختی افراد مبتلا به صرع بکار گرفته شود.

واژگان کلیدی: بهزیستی روان‌شناختی، بیماری صرع، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد.

* **نویسنده مسئول:** گروه روان شناسی بالینی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران

Email:barzegar1991@yahoo.com

Copyright © 2017 Journal of Ilam University of Medical Science. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution international 4.0 International License (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material, in any medium or format, provided the original work is properly cited.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-09]

[DOI: 10.29252/sjimu.25.1.138]

مقدمه

صرع جدی‌ترین اختلال عصبی در دنیاست و فراوانی آن ۳ تا ۵ درصد است (۱). این اختلال نورولوژیکی به حملات عودکننده‌ای اشاره دارد که درنتیجه‌ی تخلیه‌ی الکتریکی ناگهانی، متناوب و بیش از حد نورون‌های مغزی به وجود می‌آید (۲). هر فردی ممکن است در هر سنی، نژادی و هر طبقه‌ی اجتماعی به صرع مبتلا شود. این بیماری مزمن، علاوه بر مشکلات جسمی می‌تواند پیامدهای اجتماعی، روانی نیز داشته باشد (۳). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که افراد مصروع در مقایسه با افراد غیر مصروع اعتماد به نفس پایین‌تر، رضایت از زندگی کمتر و نگرانی بیشتری دارند و در روابط خصوصی با افراد نیز دچار مشکل هستند (۴). همچنین، این بیماری می‌تواند همراه با مشکلات روان‌شناختی باشد و فرد مبتلا گرفتار احساساتی نظیر، شرم و ترس و نگرانی کند (۵). در واقع می‌توان گفت بیماری صرع با توجه به ویژگی‌هایی که دارد می‌تواند سلامت روان فرد را در شرایط بحرانی قرار دهد.

امروزه روان شناسان مثبت نگر، رویکرد نظری و پژوهشی متفاوتی برای تبیین و سلامت روان برگزیده اند. آنان سلامت روانی را معادل کارکرد مثبت روان‌شناختی، تلقی و آن را در قالب اصطلاح بهزیستی روان‌شناختی مفهوم‌سازی کرده‌اند. این گروه نداشتن بیماری را برای احساس سلامت کافی نمی‌دانند، بلکه معتقدند که داشتن احساس رضایت از زندگی، پیشرفت بسنده، تعامل کارآمد و مؤثر با جهان، انرژی و خلق مثبت، رابطه مطلوب با دیگران و پیشرفت مثبت، از مشخصه‌های فرد سالم است (۶).

ریف (۱۹۸۹) بهزیستی روان شناختی را بر مبنای زندگی آرمانی و به معنای شکوفاسازی توانمندی های انسانی مفهوم سازی کرده و خاطر نشان کرد که این دیدگاه دربردارنده ملاک‌های مشابه و مکمل سلامت روان شناختی مثبت هستند. بر اساس الگوی ریف بهزیستی روان‌شناختی از ۶ عامل تشکیل می شودکه عبارت است از پذیرش خود (داشتن نگرش مثبت به خود) رابطه مثبت با دیگران (برقراری روابط گرم و صمیمی با دیگران و توانایی همدلی)، خودمختاری (احساس استقلال و توانایی ایستادگی در مقابل فشارهای اجتماعی)، زندگی هدفمند (داشتن هدف در زندگی و معنا دادن به آن) رشد شخصی (احساس رشد مستمر) و تسلط بر محیط (توانایی فرد در مدیریت محیط) (۷). الگوی ریف به‌طور گسترده در جهان مورد توجه قرار گرفته است (۸). ریف این الگو را بر اساس مطالعه متون بهداشت روانی ارائه کرد و اظهار داشت مؤلفه‌های الگو، معیارهای بهداشت روانی مثبت است و این ابعاد کمک می‌کند تا سطح بهزیستی و کارکرد مثبت شخص را اندازه‌گیری کرد. درواقع می‌توان گفت بهزیستی روان‌شناختی مستلزم درک چالش‌های وجودی زندگی است. رویکرد بهزیستی روان‌شناختی رشد و تحول مشاهده شده در برابر چالش‌های وجودی زندگی را بررسی می‌کند و به شدت بر توسعه انسانی، دنبال نمودن اهداف معنادار، تحول و پیشرفت به عنوان یک فرد و برقراری روابط کیفی با دیگران تأکید دارد (۹).

یکی از درمان‌های متمرکز بر بافتار که به‌جای کاهش و حذف نشانه‌هایی همچون افکار و هیجان‌های آزاردهنده بر ساختن یک زندگی با ارزش و معنادار تأکید می‌کند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد Acceptance and commitment therapyاست (۱۰). فرض زیربنایی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد این است که فرایندهای کلامی، مجموعه محدودی از پاسخ‌ها را در برخورد با موقعیت‌ها ایجاد می‌کند (۱۰ ، ۱۱) این محدودیت‌های شدید خزانه رفتاری، اصل آسیب‌شناسی روانی از دیدگاه ACT است (۱۲). در مداخلاتACT ، از شش فرایند محوری جهت دستیابی به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی استفاده می‌شود که اهداف آنها عبارت‌اند از: مواجه ساختن مستقیم و تجربتی بیماران با تجربیات لحظه‌ی کنونی خود؛ مختل ساختن هم‌جوشی شناختی؛ ترغیب به پذیرش تجربی؛ کمک به بیماران در جهت رهاسازی آنان از ساختار داستانی خویشتن؛ یاری دادن آنان از ساختار داستانی خویشتن، یاری دادن آنان برای دستیابی به اهدافی که بیشترین ارزش را برایشان دارد؛ و تسهیل کردن پایبندی آنان به مسیرهای ارزشمند زندگی خود (۱۳).

درمان مبتنی بر پذیرش وتعهد در سال ۱۹۸۶ توسط هیز ایجاد شد. این روش قسمتی از موج سوم

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-09]

[DOI: 10.29252/sjimu.25.1.138]

درمان‌های رفتاری است و به دنبال موج دوم این درمان‌ها از قبیل درمان شناختی- رفتاری پدید آمده است. اثربخشی این درمان در بهبود اختلالات خلقی (۱۴) اختلال استرس پس از سانحه (۱۵) اختلالات اضطرابی (۱۶) هراس، اختلالات اعتیادی (۱۷) سایکوز (۱۸) مورد تأیید قرار گرفته است. این درمان در کاهش استرس شغلی، افزایش کیفیت زندگی افراد مؤثر بوده است (۱۹). همچنین، مطالعات اثربخشی این درمان را در بهبود کیفیت زندگی افراد مبتلا به بیماری‌های جسمی مزمن مثل دیابت، درد مزمن موفقیت‌آمیز گزارش کرده‌اند (۲۰ ، ۲۱). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر روی افراد مبتلا به صرع نیز انجام شد که نتایج نشان داد که این درمان باعث افزایش کیفیت زندگی این افراد می‌شود (۲۲ ، ۲۳).

هسته مرکزی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد که اکثر مداخلات بر مبنای آن شکل گرفته‌اند اجتناب تجربی است. اجتناب تجربه‌ای زمانی رخ می‌دهد که فرد نمی‌خواهد در تماس با تجارب شخصی و درون روانی، اعم از حس‌های بدنی، هیجان‌ها، افکار، خاطرات و گرایش‌های رفتاری قرار بگیرد و برای تغییر شکل و فراوانی این رویدادها و موقعیت‌های برانگیزاننده آن‌ها اقداماتی انجام می‌دهد؛ اگرچه این اقدامات اثرات مخربی را برای فرد به همراه دارند (۲۴). کال و گلدستاین نشان داده‌اند که افراد مبتلا به صرع از بسیاری از فعالیت‌های معمول اجتناب می‌کنند که این منجر به افزایش افکار و ترس‌های مرتبط با وقوع حملات صرع می‌شود (۲۵). هدف ACT کاهش دادن اجتناب تجربی و سوق دادن این افراد به سمت ارزش‌های زندگی می‌باشد.

شیوع بالای صرع در ایران و همایندی بالا این بیماری با مشکلات روان‌شناختی پژوهشگران را ترغیب کرده است که به بررسی اثربخشی درمان‌های روان‌شناختی مختلف بر این بیماری بپردازند. با توجه به این که درمان مبتنی پذیرش و تعهد یکی از درمان‌های نوظهور در ایران محسوب می‌شود تاکنون اثر بخشی آن در مبتلایان به صرع مورد بررسی قرار نگرفته است بنابراین هدف این پژوهش بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روان‌شناختی افراد مبتلا به صرع بود.

مواد و روش ها

در پژوهش حاضر از طرح نیمه آزمایشی با روش پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل و تخصیص تصادفی و روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. جامعه پژوهش، بیماران مبتلا به صرع بودند که در پاییز و زمستان ۱۳۹۴ به بیمارستان امام حسین (ع) شهر تهران مراجعه می‌کردند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: دامنه سنی ۱۸ تا ۴۵ سال، سطح تحصیلات سیکل به بالا، داشتن سابقه یک سال حملات صرع که این ملاک توسط متخصص مغز و اعصاب، اطلاعات کلینیکی موجود مثل پرونده، شرح‌حال، معاینات و الکتروانسفالوگرافی مورد تأیید قرار گرفت، کسب نمرات بهزیستی روان‌شناختی متوسط و پائین بر اساس پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی ریف. بر اساس این ملاک‌ها نمونه ۳۲ نفری از این جامعه آماری انتخاب شد و سپس به‌صورت تصادفی در دو گروه کنترل (۱۶ نفر) و آزمایش (۱۶ نفر) قرار گرفتند. گروه آزمایش به مدت ۱۰ جلسه ۷۵ دقیقه ای و هر هفته ۲ بار تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفت و گرو ه کنترل هیچ مداخله روان‌درمانی دریافت نکرد. شرح جلسات روان‌درمانی به شرح ذیل بود.

جلسه اول: مرور و بررسی مشکلات افراد، توضیح فلسفه مداخله بر اساس درمان ACT و قرارداد مشاوره‌ای شامل حضور به‌موقع و انجام تکالیف.

جلسه دوم: شناخت ماهیت هیجان و افکار و عمل، بررسی کارایی راهبردهای اجتنابی و در نهایت ایجاد درماندگی خلاقانه.

جلسه سوم: در نظر گرفتن عملکرد هیجانات، بررسی عادت کردن به اجتناب از هیجانات، جایگزین کردن تمایل (پذیرش) تجارب به‌جای اجتناب کردن و آماده کردن مراجع برای ذهن آگاه.

جلسه چهارم: تغییر دادن ارتباط مراجع با تجارب درونی. در این جلسه اجرای تمرینات ذهن آگاهی و گسلش شناختی، توصیف کردن در مقابل ارزشیابی کردن و برچسب زدن به افکار، هیجانات، احساسات انجام شد.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-09]

[DOI: 10.29252/sjimu.25.1.138]

جلسه پنجم: گسترش دادن مهارت ذهن آگاهی و گسلش شناختی، تمرین آگاهی از احساسات همراه با بحث پیرامون آن‌ها، تفاوت بین رنج تمیز و کثیف.
جلسه ششم: مطرح کردن و شناسایی ارزش‌های بیماران. تفاوت بین ارزش و هدف. یافتن راهکارهای ساده برای رسیدن به این ارزش‌ها.
جلسه هفتم و هشتم: ادامه دادن تمرینات ذهن آگاهی و تمرین گسلش شناختی. مطرح کردن خود مفهوم‌سازی شده و خود به‌عنوان زمینه و ارتباط بین خود مفهوم‌سازی شده و مشکلات روان‌شناختی، شناسایی مراحل عمل.
جلسه نهم: معرفی الگوریتم Fear برای شناسایی موانع رسیدن به ارزش‌ها؛ و مرور تکالیف جلسات قبل.
جلسه دهم: آموزش دادن مراجع برای اینکه درمانگر خودش باشد، تفاوت بین لغزش و بازگشت. عادی‌سازی سطحی از هیجانات منفی، تدریجی بودن پیشرفت و تأکید بر اهداف رفتاری.
برای سنجش متغیر وابسته در این پژوهش از پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی استفاده شد این پرسشنامه توسط ریف (۱۹۸۹) ساخته شد و فرم اصلی آن ۱۲۰ پرسش دارد. فرم‌های کوتاهتر ۸۴، ۵۴، ۱۸ سؤالی نیز برای این پرسشنامه موجود است. در این پژوهش از فرم ۸۴ سؤالی استفاده شد که دارای ۶ خرده مقیاس پذیرش خود، رابطه مثبت با دیگران، خودمختاری، زندگی هدفمند، رشد شخصی و تسلط بر محیط است. هریک از این خرده مقیاس‌ها ۱۴ سؤال دارند و پاسخ به هر سؤال بروی یک طیف ۶ درجه‌ای (از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق) مشخص می‌شود. نمرات بالاتر در این مقیاس بیانگر بهزیستی روان‌شناختی بالاتر است (۲۶). همسانی درونی این مقیاس برحسب روش تصنیف، برابر با ۰/۸۹ و پایایی آزمون به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۲ گزارش شده است (۲۷). همچنین پایایی این مقیاس در این پژوهش با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۸ به دست آمد.

یافته‌های پژوهش

تمام شرکت کنندگان در این پژوهش را مردان تشکیل داده بودند. میانگین سنی افراد گروه آزمایش ۳۴/۲۲ و گروه کنترل ۳۲/۵۱ بود.

جدول ۱ آمار توصیفی مربوط به میانگین و انحراف معیار نمرات مؤلفه‌های متغیر بهزیستی روان‌شناختی به تفکیک برای گروه آزمایش و کنترل در سه مرحله سنجش (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) نشان می‌دهد.

نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد که میانگین نمره آزمودنی‌های گروه آزمایش در پس‌آزمون و پیگیری در مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی بیشتر شده است این در حالی است که تغییرات چندانی در گروه کنترل مشاهده نمی‌شود بنابراین می‌توان گفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر این مؤلفه‌ها تأثیرگذار بوده است. برای اینکه مشخص شود این تأثیرگذاری از لحاظ آماری معنادار بوده، از تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد. برای استفاده از این روش ابتدا پیش فرض های آن مورد بررسی قرار گرفت.

آزمون لوین که برای بررسی پیش فرض تساوی واریانس ها استفاده شد، نشان داد واریانس ها همگن هستند ($p>۰/۰۵$). نتایج بدست آمده از آزمون باکس نیز حاکی از برقرار بودن مفروضه همسانی ماتریس کواریانس بود ($F=۱۲۱,p>۰/۰۵$). برای بررسی نرمال بودن داده ها از آزمون کولموگورف – اسمیرنف استفاده شد؛ که نتایج نشان داد این پیش فرض نیز برای تمام مؤلفه های بهزیستی روان شناختی برقرار است ($p>۰/۰۵$).

نتایج حاصل از تحلیل کواریانس چند متغیری که در جدول ۲ ارائه شده نشان می دهد که آماره های پیلای، ویلکز، هتلینگ و بزرگترین ریشه روی معنادار است (۰/۰۱)؛ بنابراین می توان گفت، بین نمرات دو گروه آزمایش و کنترل در نمرات مربوط به بهزیستی روانشناختی در پس آزمون تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول ۳ نشان می‌دهد که مقدار F به دست آمده برای تمام مؤلفه‌ها بهزیستی روان‌شناختی در سطح ۰/۰۱ معنادار است. این یافته حاکی از تأثیر معنادار درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی می‌باشد.

جدول ۴ نتایج آزمون اثرات بین آزمودنی برای مقایسه مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی افراد مبتلا به صرع در گروه‌های آزمایش و کنترل در مرحله پیگیری نشان

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-09]

[DOI: 10.29252/sjimu.25.1.138]

می‌دهد. با توجه به نتایج ارائه شده در جدول ۳، مقدار F به دست آمده، برای تمامی مؤلفه‌ها در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار می‌باشد؛ بنابراین فرض صفر رد و فرض پژوهش مورد تأیید قرار می‌گیرد. این یافته نشان می‌دهد که اثرات حاصل از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ارتقا بهزیستی روان‌شناختی افراد مبتلا به صرع به مدت ۲ ماه ماندگار بوده است.

جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد نمرات مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی در سه مرحله اندازه‌گیری به تفکیک گروه آزمایش و کنترل

متغیر	گروه		تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
خودمختاری	کنترل	پیش‌آزمون	۱۶	۴۱/۱۱	۸/۳۱
		پس‌آزمون	۱۶	۴۰/۲۳	۶/۱۵
		پیگیری	۱۶	۴۰/۱۴	۷/۴۱
	آزمایش	پیش‌آزمون	۱۶	۴۲/۷۷	۷/۶۰
		پس‌آزمون	۱۶	۴۷/۲۸	۵/۱۰
		پیگیری	۱۶	۴۶/۲۵	۶/۱۴
تسلط بر محیط	کنترل	پیش‌آزمون	۱۶	۴۱/۱۰	۹/۰۱
		پس‌آزمون	۱۶	۴۰/۲۱	۶/۴۱
		پیگیری	۱۶	۴۰/۲۸	۷/۱۵
	آزمایش	پیش‌آزمون	۱۶	۴۱/۷۱	۷/۴۴
		پس‌آزمون	۱۶	۴۷/۱۹	۶/۶۵
		پیگیری	۱۶	۴۵/۲۵	۵/۴۸
رشد شخصی	کنترل	پیش‌آزمون	۱۶	۳۹/۸۱	۶/۳۳
		پس‌آزمون	۱۶	۴۰/۱۳	۵/۵۵
		پیگیری	۱۶	۴۰/۶۴	۵/۴۰
	آزمایش	پیش‌آزمون	۱۶	۴۰/۶۷	۵/۲۴
		پس‌آزمون	۱۶	۴۶/۲۰	۵/۲۲
		پیگیری	۱۶	۴۵/۵۵	۶/۷۱
ارتباط مثبت با دیگران	کنترل	پیش‌آزمون	۱۶	۳۸/۸۱	۶/۵۵
		پس‌آزمون	۱۶	۳۷/۱۶	۷/۲۵
		پیگیری	۱۶	۳۸/۱۵	۷/۰۱
	آزمایش	پیش‌آزمون	۱۶	۳۳/۷۱	۷/۴۵
		پس‌آزمون	۱۶	۳۶/۲۵	۸/۶۵
		پیگیری	۱۶	۳۴/۱۹	۷/۳۷
زندگی هدفمند	کنترل	پیش‌آزمون	۱۶	۴۴/۰۲	۱۰/۲۱
		پس‌آزمون	۱۶	۴۳/۴۴	۹/۵۵
		پیگیری	۱۶	۴۰/۸۸	۷/۴۱
	آزمایش	پیش‌آزمون	۱۶	۳۹/۲۴	۱۰/۷۰
		پس‌آزمون	۱۶	۴۴/۳۶	۹/۳۳
		پیگیری	۱۶	۴۱/۱۲	۹/۰۲
پذیرش خود	کنترل	پیش‌آزمون	۱۶	۳۹/۰۲	۹/۲۷
		پس‌آزمون	۱۶	۴۰/۴۲	۵/۲۹
		پیگیری	۱۶	۳۹/۷۱	۷/۳۰
	آزمایش	پیش‌آزمون	۱۶	۳۴/۲۷	۸/۲۱
		پس‌آزمون	۱۶	۴۰/۴۵	۷/۶۳
		پیگیری	۱۶	۳۹/۱۱	۷/۰۲

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-09]

[DOI: 10.29252/sjimu.25.1.138]

جدول ۲. آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری برای بهزیستی روان شناختی

اثر	آزمونها	مقادیر	F	درجه آزادی اثر	درجه آزادی خطا	سطح معناداری
گروه	اثر پیلایی	۰/۵۰۱	۴/۱۲۲	۵	۲۴	۰/۰۱
	لامبدای ویلکز	۰/۶۱۰	۴/۱۲۲	۵	۲۴	۰/۰۱
	اثر هتلینگ	۰/۷۳۷	۴/۱۲۲	۵	۲۴	۰/۰۱
	بزرگترین ریشه روی	۰/۷۳۷	۴/۱۲۲	۵	۲۴	۰/۰۱

جدول ۳. آزمون اثرات بین آزمودنی برای مقایسه بهزیستی روان‌شناختی گروه آزمایش و کنترل در پس‌آزمون

متغیر	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
خودمختاری	بین گروهی	۱۶۱/۲۱۵	۱	۱۶۱/۲۱۵	۹/۸۸	۰/۰۱	۰/۲۷
	درون گروهی	۵۰۱/۲۱۱	۳۰	۴/۸۸			
تسلط بر محیط	بین گروهی	۱۴۳/۲۱۱	۱	۱۴۳/۲۱۱	۱۴/۳۲	۰/۰۱	۰/۳۰
	درون گروهی	۲۹۰/۵۶۱	۳۰	۱۰/۲۵			
رشد شخصی	بین گروهی	۵۲۰/۲۳۸	۱	۵۲۰/۲۳۸	۱۶/۹۹	۰/۰۱	۰/۴۱
	درون گروهی	۷۵۱/۱۱۹	۳۰	۳۰/۲۹			
ارتباط مثبت با دیگران	بین گروهی	۳۴۱/۹۵۴	۱	۳۴۱/۲۵	۱۲/۲۱	۰/۰۱	۰/۳۲
	درون گروهی	۸۹/۲۱۱	۳۰	۴/۰۲			
هدفمندی در زندگی	بین گروهی	۱۱۳/۲۴۱	۱	۱۱۳/۲۴۱	۱۴/۴۴	۰/۰۱	۰/۵۱
	درون گروهی	۱۹۱/۲۳۱	۳۰	۸/۰۱			
پذیرش خود	بین گروهی	۱۸۱/۱۱۱	۱	۱۸۱/۱۲۳	۱۲/۲۷	۰/۰۱	۰/۴۷
	درون گروهی	۴۵۱/۰۴۶	۳۰	۱۷/۴۳			

جدول ۴. آزمون اثرات بین آزمودنی برای مقایسه بهزیستی روان‌شناختی گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیگیری

متغیر	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
خودمختاری	بین گروهی	۱۸۲/۲۶۵	۱	۱۸۲/۲۶۵	۹/۲۱	۰/۰۱	۰/۲۵
	درون گروهی	۶۷۶/۱۰۹	۳۰	۲۰/۵۷			
تسلط بر محیط	بین گروهی	۴۰۱/۲۵۱	۱	۴۰۱/۲۱۳	۹/۹۰	۰/۰۱	۰/۲۹
	درون گروهی	۸۵۹/۲۳	۳۰	۴۶/۲۱			
رشد شخصی	بین گروهی	۳۰۵/۲۵۷	۱	۳۰۵/۲۵۷	۷/۳۳	۰/۰۱	۰/۴۰
	درون گروهی	۹۹۱/۲۹	۳۰	۵۱/۲۱			
ارتباط مثبت با دیگران	بین گروهی	۸۷۵/۲۳	۱	۸۷۵/۲۳	۱۱/۱۶	۰/۰۱	۰/۳۵
	درون گروهی	۱۱۲۳/۳۶	۳۰	۷۱/۸۸			
هدفمندی در زندگی	بین گروهی	۵۱۱/۲۱۴	۱	۵۱۱/۲۱۴	۱۰/۳۳	۰/۰۱	۰/۵۵
	درون گروهی	۹۸۷/۶۵۲	۳۰	۵۱/۲۱			
پذیرش خود	بین گروهی	۶۹۸/۲۵	۱	۶۹۸/۲۵	۱۸/۹۷	۰/۰۱	۰/۴۸
	درون گروهی	۹۲۵/۱۱	۳۰	۵۴/۲۱			

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روان‌شناختی افراد مبتلا به صرع بود. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان ACT بر ارتقا بهزیستی روان‌شناختی افراد مبتلا به صرع مؤثر بوده است. همچنین اثربخشی این درمان به

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-09]

[DOI: 10.29252/sjimu.25.1.138]

مدت ۲ ماه ماندگار بود. یافته‌های این پژوهش با نتایج پژوهش‌های (۲۹،۲۸،۲۳،۲۲) همسو می‌باشد. در این پژوهش ها نشان داده شد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث بهبود بهزیستی روان شناختی و کیفیت زندگی در افراد مبتلا به صرع می شود. می‌توان گفت، یکی از مواردی که باعث کاهش بهزیستی روان‌شناختی در افراد مصروع می‌شود مشغولیت‌های فکری بی‌ثمری است که این افراد در ارتباط با بیماری و عوارض آن دارند از این رو تکنیک‌های ناامیدی خلاقانه که در درمان ACT از آنها استفاده می‌شود باعث شد افراد مصروع از درگیر شدن با شرایط غیر قابل کنترل مثل حملات صرع و افکار و هیجاناتی که مرتبط با این بیماری است بپرهزند و با پذیرش این تجارب درونی برای رسیدن به یک زندگی ارزشمند برنامه‌ریزی کنند.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و فنون آن، مشاهده و توصیف بدون قضاوت تجارب در زمان حال را تشویق می‌کنند؛ چیزی که به‌عنوان یک فرایند دانستن از آن یاد می‌شود. این تجربه در زمان حال، به مراجعان کمک می‌کند تا تغییرات دنیا را آن‌گونه که هست، تجربه کنند نه آن‌گونه که ذهن می‌سازد (۱۷). این ارتباط و تماس با زمان حال، باعث شد که افراد مصروع تحت تأثیر برنامه‌ریزی‌ها و عکس‌العمل‌ها و افکار گذشته خود قرار نگیرند و رفتارها جدید و متفاوت از گذشته را انجام دهند شواهد پژوهشی قبلی نیز حاکی از آن است که آموزش ذهن آگاهی به تنهایی می‌تواند باعث افزایش کیفیت زندگی افراد مصروع شود (۳۰).

این درمان در حوزه ارتباطات مثبت با دیگران نیز مؤثر بود این در حالی است که این درمان به‌صورت مستقیم شیوه‌های ارتباط مؤثر را آموزش نمی‌دهد اما با تأکید بر بروز و پذیرش عواطف باعث تسهیل در روابط مثبت با دیگران شد.

افراد مصروع به دلیل حملات ناگهانی صرع و ترس از بروز این حملات و برچسب زدن دیگران سعی می‌کنند از بسیاری از موقعیت‌هایی که باعث رشد شخصی و ارتباطات بین فردی مؤثر است اجتناب کنند. تبعات اجتناب کردن از افکار و هیجانات آزار دهنده می‌تواند محدود شدن رفتار و درنتیجه کاهش خودمختاری و احساس تسلط بر محیط را نیز در پی داشته باشد. هدف نهایی درمان ACT افزایش دادن خزانه رفتاری این افراد در برابر این افکار و هیجانات بود؛ بنابراین افراد گروه آزمایش با استفاده از تکنیک‌های پذیرش و گسلش و خود به‌عنوان زمینه و ذهن آگاهی توانستند به ماهیت ذهنی بودن تجارب درونی خود پی بردند و افکار و هیجانات منفی را تعیین‌کننده رفتار خود ندانند و در نهایت به جای کنترل کردن این تجارب درونی سعی کردند این تجارب را همانگونه که هستند، بپذیرند.

تکنیک‌های روشن‌سازی ارزش‌ها نیز که در این درمان استفاده شد به افراد گروه آزمایش کمک کرد به ارزش‌های شخصی خود که زندگی آنها را غنی می‌کنم پی ببرند.

انتخاب ارزش‌ها راهی را جهت ایجاد اهداف انعطاف‌پذیر و عملی فراهم آورد و منجر به عملکرد موفق‌تر و کارایی بهتر افراد مصروع در طول زمان شد. درواقع، درمان ACT به افراد مصروع کمک کرد که مسیر زندگی خود را بررسی کرده و انتخاب‌های خود را نه بر اساس نگرانی، شرمندگی و احساس خجالت و یا سایر افکار منفی بلکه آگاهانه و آزادانه برگزینند. علاوه بر این درمان ACT افراد گروه آزمایش را ترغیب کرد در جهت رسیدن به ارزش‌های خود اهداف رفتاری مشخصی تعیین کنند و نسبت به این رفتار متعهد باشند.

در نهایت، می‌توان گفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تکنیک‌های که در جهت رسیدن به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی از آنها استفاده می‌کند باعث بهبود مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی در افراد مبتلا به صرع گردید. بهره‌گیری از روش‌های نمونه‌گیری دقیقتر و بررسی این درمان در زنان مبتلا به صرع می‌تواند به روشن‌تر شدن اثربخشی این درمان کمک کند. همچنین، با توجه به اثربخش بودن درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روان‌شناختی افراد مبتلا به صرع پیشنهاد از این درمان برای ارتقاء سلامت روان این بیماران بکار گرفته شود. ازجمله محدودیت‌های پژوهش می‌توان به استفاده از نمونه‌گیری در دسترس و تک جنسیتی بودن که باعث محدود شدن تعمیم دهی نتایج می‌شود اشاره کرد.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-09]

[DOI: 10.29252/sjimu.25.1.138]

سپاسگزاری

بدین وسیله از عوامل بیمارستان امام حسین (ع) و کلینیک نصوح که ما را در انجام این پژوهش یاری کردند سپاسگزاری می‌شود.

Reference

1. Salehzadeh M, Najafi M, Ebrahimi A. [Effectiveness of cognitive behavioral therapy on dysfunctional attitudes in epileptic patients]. J Shahid Sadoughi Uni Med Sci 2011;19:377- 87. (Persian)

2. Saee V. [Living with epilepsy natural methods to treat epilepsy]. J Epilepsy Health 2011;11: 6-7. (Persian)

3.Reynold CR, Fletcher E. Handbook of clinical child neuropsychology. New York Springer Sci Media Publication. 2009; P.228- 567.

4.Hartshorn JC, Byers VL. Impact of epilepsy on quality of life. J Neurosci Nurs 1992; 24: 24-9.

5.Ebrahimi HA. [Challenges in the treatment of epilepsy]. J Kerman Uni Med Sci 2012;19: 212-24. (Persian)

6. Karademas E. Positive and negative aspects of well-being common and specific predictors. Personal Indiv Diff 2007;43:277-87.

7.Ryff CD. Happiness is everything, or it is explorations on the meaning of psychological wellbeing. J Personal Soc Psychol 1989; 57: 1069-81.

8. Cheng S T, Chan AC. Measuring psychological well-being in the Chinese. Personal Indiv Diff 2005; 38:1307-16.

9.Keyes CL, Shmotikin D, Ryf CD. Optimizing well–being: the empirical encounter of two traditions. J Personal Soc Psychol 2002; 82: 1007- 22.

10. Hayes SC. Acceptance and commitment therapy, relational frame theory and the third wave of behavioral and cognitive therapies. Behavior Therap2004;3:639-65.

11.Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. Acceptance and commitment therapy. New York: Guilford Publhcation. 1999;P.133.

12. Wolitzkytaylor KB1, Arch JJ, Rosenfield D, Craske MG. Moderators and non-specific predictors of treatment outcome for anxiety disorders: a comparison of cognitive behavioral therapy to acceptance and commitment therapy. J Consult Clin Psychol2012;80:786-99.

13. Talaeikhoei M, Nematirezvani H, Fischerauer SF, Ring D, Chen N, Vranceanu AM. Emotion regulation strategies mediate the associations of positive and negative affect to upper extremity physical function. Compr Psychiatry2017;75:85-93.

14.Zettle RD, Rains JC, Hayes SC. Processes of change in acceptance and commitment therapy and cognitive therapy for depression a mediation reanalysis of Zettle and Rains. Behavior Mod2011;3:265-83.

15.Orsillo, SM, Batten SV. Acceptance and commitment therapy in the treatment of posttraumatic stress disorder. Behavior Modi2005; 29: 95-129.

16.Arch J, Craske MG. Acceptance and commitment therapy and cognitive behavioral therapy for anxiety disorders different treatments similar mechanisms? Clin Psychol Sci Pract2008;15: 263-79.

17.Hayes SC, Wilson KG, Gifford EV, Bissett R, Piasecki M, Batten SV, Byrd M, Gregg J. A preliminary trial of twelve step facilitation and acceptance and commitment therapy with polysubstance abusing methadone maintained opiate addicts. Behavior Therapy2004; 35:667-88.

18.Gaudiano BA, Herbert JD. Acute treatment of inpatients with psychotic symptoms using acceptance and commitment therapy pilot results. Behaviour Res Therapy 2006 44:415-37.

19. Lappalainen P, Kaipainen K, Lappalainen R, Hoffren H, Myllymaki T, Kinnunen ML. Feasibility of a personal health technology-based psychological intervention for men with stress and mood problems: randomized controlled pilot trial. JMIR Res Protoc 2013;2:1.

20.Gregg JA, Callaghan GM, Hayes SC, Glennlawson JL. Improving diabetes self-

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-09]

[DOI: 10.29252/sjimu.25.1.138]

management through acceptance, mindfulness, and values: a randomized controlled trial. J Consel Clin Psychol2007;75:336.

21.Vowles KE, Thompson M. Acceptance and commitment therapy for chronic pain. Behavior Med Current Theory Pract2011;3:31-60.

22.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. Epilepsia2006;47:2173-9.

23.Cull C, Goldstein LH. The clinical psychologists handbook of epilepsy assessment and management. Psychology Publication 1997;P.144-6.

24.Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and commitment therapy model processes and outcomes. Behavior Res Therapy2006;44:1-25.

25.Goldstein LH. Behavioural and cognitive behavioural treatments for epilepsy a progress review. British J Clin Psychol1990;29:257-69.

26.Ryff, CD, Keyes, CL. The structure of psychological well-being revisited. J of personality and social psychology 1995; 69, 719.

27. Bayani A, Koocheky AM, Bayani A. [Reliability and validity of ryff's psychology well-being scales]. J Psychiatry Clin Psychol 2008;14:146-51. (Persian)

28.Moghanloo VA, Moghanloo RA, Moazezi M. [Effectiveness of acceptance and commitment therapy for depression, psychological well-being and feeling of guilt in 7-15 years old diabetic children]. Iranian J Pediatr 2015; 25:32-8. (Persian)

29.Narimani M, Bakhshyesh R. [The effectiveness of acceptance commitment training on the psychological well-being, emotional and marital satisfaction in divorce]. Counsel J 2015;13 :108-23. (Persian)

30.Tang V, Poon WS, Kwan P. Mindfulness based therapy for drug resistant epilepsy an assessor blinded randomized trial. Neurology 2015; 85: 1100-7.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-09]

[DOI: 10.29252/sjimu.25.1.138]

Efficiency of the Acceptance and Commitment Therapy on Individual`s Psychological Well-being in People with Epilepsy in Imam Hossein Hospital in the Autumn and Winter of 2015

Barzegaridehaj A[1], Jorjandi A[2], Hosseinsabet F[1]*

(Received: May 4, 2016 Accepted: July 9, 2016)

Abstract

Introduction: Epilepsy is a neurological disease which can cause psychological problems for people suffering from it. The aim of this research was to investigate the effectiveness of acceptance and commitment therapy on psychological well-being in people with epilepsy.

*Materials & method*s: In the current research, semi-experimental design with the method of pre-test and post-test and a 2 month follow up with control group and convenience sampling method were used. Research population was the people suffering from epilepsy referring to Imam Hossein hospital in the autumn and winter of 1394. Among these people, 32 individuals fitting the research criteria were chosen and put randomly in the control and experiment group. The individuals of experiment group were under acceptance and commitment treatment in 10 sessions each of which last 75 minutes. The tool for doing this research was Ryff (1989) questionnaire consisting of 84 questions, and its data were analyzed by Spss-21 software.

Findings: The analysis of multi-variant co-variance showed that the acceptance and commitment therapy had a significant effect on the on psychological well- being in people with epilepsy. Also, the effects of this therapy lasted for 2 months (0/01).

Discussion & conclusions: The results of the study indicated that the acceptance and commitment therapy was efficient in the improvement of the psychological wellbeing of patients with epilepsy. Thus, the use of this therapy is recommended in order to improve the psychological wellbeing of the patients suffering from epilepsy.

Keywords: Psychological well- being, Acceptance and commitment therapy, Epilepsy

1. Dept of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Education, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran
2. Dep of Psychology, Faculty of Humanities, Shahid Bahonar University, Kerman, Iran
** Correspondin author Email: Barzegar1991@yahoo.com.*

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-09]

[DOI: 10.29252/sjimu.25.1.138]