مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد
دوره بیست و هفتم، شماره دو، اردیبهشت ۱۳۹۸
تاریخ دریافت:۱۳۹۷/۱۱/۴
تاریخ پذیرش:۱۳۹۷/۱۲/۱۸

اثر بخشی درمان پذیرش و تعهد بر بهزیستی روان‌شناختی، کیفیت زندگی و افسردگی بیماران مبتلا به صرع

قدسیه ابراهیم پور[۱]، بهرام میرزائیان*[۲]، رمضان حسن‌زاده[۳]

مقاله پژوهشی

مقدمه: صرع به‌عنوان یک اختلال مغزی با آمادگی مداوم برای به‌روز حملات صرعی و پیامدهای عصب روان‌شناختی شناخته می‌شود. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر بهزیستی روان‌شناختی، کیفیت زندگی و افسردگی بیماران مبتلا به صرع انجام شد.

روش بررسی: این مطالعه به‌صورت شبه تجربی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل انجام شد. جامعه آماری پژوهش حاضر ۷۶ بیمار بود که ۲۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. گروه آزمایش تحت درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد در طی ۸ جلسه ۲ ساعته قرار گرفت، و گروه گواه، هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد. قبل و بعد از مداخله، پرسش‌نامه بهزیستی روان‌شناختی ریف، کیفیت زندگیSf-12، افسردگی بک در هر دو گروه اجرا شد. داده‌ها از طریق آزمون کوواریانس و با استفاده از نرم‌افزار SPSS Inc., Chicago, IL; version 19 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج: یافته‌های حاصل نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌طور معنی‌داری در سطح خطای کمتر از$p<۰/۰۰۰۱$ بر بهزیستی روانشناختی، کیفیت زندگی و افسردگی موثر بوده است. و مقدار f حاصل به ترتیب ۴۲/۶۰۲، ۱۷/۹۲۷، ۵۲۸/ ۵۳ گزارش شد.

نتیجه‌گیری: نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با استفاده از تکنیک‌هایی چون توجه به زمان حال، پذیرش و ناهم‌جوشی شناختی در افزایش بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی و کاهش افسردگی در بیماران مبتلا به صرع به‌طور معنی‌داری موثر است. با توجه به تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به کارگیری این روش در همه سطوح پیشگیری و درمان مبتلایان به بیماری‌های جسمی و روحی ضروری به نظر می‌رسد.

واژه‌های کلیدی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بهزیستی روان‌شناختی، کیفیت زندگی، افسردگی، صرع
IRCTID: IRCT20171118037533N1

ارجاع: ابراهیم پور قدسیه، میرزائیان بهرام، حسن زاده رمضان. **اثر بخشی درمان پذیرش و تعهد بر بهزیستی روان‌شناختی، کیفیت زندگی و افسردگی بیماران مبتلا به صرع**. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد ۱۳۹۸؛ ۲۷ (۲): ۷۹-۱۲۶۲.

۱-دانشجوی دوره دکتری تخصصی،گروه روان‌شناسی،دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد واحد ساری، ساری، ایران
۲-استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد واحد ساری ،ساری، ایران.
۳-استاد تمام، گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد واحد ساری، ساری، ایران.
*(نویسنده مسئول)؛ تلفن: ۰۹۱۱۱۵۴۱۸۰۸، پست الکترونیکی: Bahrammirzaian@gmail.com، کد پستی :۴۸۵۱۹۴۷۴۷۹

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.18502/ssu.v27i2.1046]

مقدمه

امروزه کنترل و پیشگیری از بیماری‌های مزمن یکی از مشکلات عمدهٔ بهداشتی در اکثر کشورهای جهان می‌باشد و افراد مبتلا به این بیماری‌ها علاوه بر توجهات پزشکی به منابع مختلف دیگری جهت کمک و مداوا نیازمندند (۱). تحقیقات در زمینه‌های عصب‌شناختی در حال پرده‌گشایی از اسرار مختلف اختلالات روان‌شناختی در زمینه‌های بیولوژیکی، تشریح اصول آسیب‌شناسی روانی و مسائل مربوط به استراتژی‌های درمان و نتایج آن می‌باشند (۲). اختلالات عصب‌شناختی اختلالاتی است که ناشی از آسیب‌های نورولوژیک و بیولوژیک هستند مثل بیماری، جراحت، صدمهٔ فیزیکی و یا آمادگی ژنتیکی (۳). طبقه‌بندی اختلالات عصب‌شناختی، شامل گروهی از اختلالات است که در آن‌ها نقصان اصلی بالینی در عملکرد شناختی رخ داده و اکتسابی هستند نه تکوینی و رشدی. طبقهٔ اختلالات عصبی‌شناختی در راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی منحصر به فرد است چرا که می‌توان آسیب‌شناسی زمینه‌ای، و نیز در اکثر موارد، سبب‌شناسی سندرم موجود در این طبقه را به‌طور بالقوه مشخص نمود (۴). از جمله اختلالات عصب‌شناختی عمده یا خفیف ناشی از یک عارضهٔ پزشکی دیگر می‌توان به اختلالاتی چون سکتهٔ مغزی، مننژیت، مولتیپل اسکلروز، تومورهای مغزی و صرع اشاره کرد (۳). در این میان صرع به‌عنوان یکی از اختلالات عصب‌شناختی شایع با ماهیتی غیرقابل پیش‌بینی و سیر مزمن، عملکرد شناختی و رفتاری انسان مبتلا را به‌شدت تحت تأثیر قرار می‌دهد (۵). تشنج‌های مکرر با ایجاد احساس انگ یا داغ در بیمار حتی منجربه افزایش خطر افسردگی، خودکشی، تصادف و مرگ خواهد شد (۶). این اختلال ۱٪ از جمعیت را با تأثیرات کلی بر کارکردهای اجتماعی، شغلی و روان‌شناختی دربر می‌گیرد و منحصراً با دارو نیز قابل درمان نیست (۷). بیش از یک چهارم افراد مبتلا به صرع مشکلات روان‌شناختی را تجربه می‌کنند که ممکن است نیاز به درمان داشته باشند و بیش از ۱۰ درصد بیماران در بیمارستان‌های روان‌پزشکی مبتلا به این بیماری هستند (۸). بهزیستی روان‌شناختی ارزیابی یک فرد از کیفیت تجربیات، آگاهی‌ها، ارتباط‌ها و سایر مسایل فرهنگی و مرتبط با ارزشمندی‌های فرد در حیات اوست (۹). بهزیستی ذهنی را ارزیابی فرد از ابعاد به هم وابسته اما از نظر تجربی مستقل، عاطفه مثبت، عاطفه منفی و رضایت از زندگی فرد نیز تعریف کرده‌اند (۱۰). به نظر می‌رسد بهزیستی در پیشگیری و بهبود شرایط جسمانی و بیماری‌ها نقش داشته و احتمالاً منجر به افزایش امید به زندگی می‌شود. بهزیستی نه‌تنها با رضایت روانی بیشتر همراه است بلکه پیامدهای مهمی برای سلامت جسمانی دارد. بهزیستی از طریق دیدگاه‌های مختلف و مسیرهای گوناگون منجر به افزایش سلامتی می‌شود. واضح به نظر می‌رسد که مسیرهای عملی زیادی از بهزیستی به سمت سلامت جسمانی وجود دارد. به‌نظر می‌رسد بهزیستی با برخی از پارامترهای حفاظت جسمانی رابطه مستقیم دارد که یکی از آن‌ها ظرفیت ایمنی است؛ اما از دیگر مسیرها نیز تأثیرگذار است، مانند افزایش رفتار سالم، بهبود راهبردهای مقابله‌ای سالم با مسئله و جلوگیری از استرس (۱۱). مبتلایان به اختلالات پزشکی مزمن، به‌طور چشم‌گیری بیش از سایر افراد در معرض خطر ابتلا به افسردگی هستند، به‌طوری که برخی مطالعات، میزان شیوع ۱۵ - ۲۳ درصد را برای آن گزارش کرده‌اند (۱۲). افراد مبتلا به صرع در معرض خطر ابتلا به اضطراب و افسردگی، تجربهٔ عزت نفس کم، و درد و رنج ناشی از داشتن صرع هستند و نرخ بالاتری از افسردگی و اختلالات اضطرابی را نسبت به جمعیت عمومی دارند، افراد مصروع در مقایسه با افراد غیرمصروع از اعتماد به نفس پایین‌تر، رضایت از زندگی کمتر، مشکلات اجتماعی بیشتر، سلامت جسمانی کمتر، نگرانی بیشتر و تعادل عاطفی کمتر برخوردار هستند. آن‌ها هم‌چنین در روابط خصوصی خود با افراد نیز دچار مشکل هستند (۱۳). صرع در سال ۲۰۰۵ توسط انجمن بین المللی مقابله با صرع به‌عنوان یک اختلال مغزی که با آمادگی مداوم برای به‌روز حملات صرعی و پیامدهای عصب روان‌شناختی، شناختی، روان‌شناختی و اجتماعی ناشی از این شرایط مشخص می‌شود، توصیف شد. این تعبیر و تفسیر جدید از بیماری بر اهمیت جنبه‌های عصب روان‌شناختی و رفتاری صرع تاکید دارد (۱۴)

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.18502/ssu.v27i2.1046]

افسردگی به‌عنوان یکی از شایع‌ترین بیماری‌های قرن بیست‌ویکم نسبت قابل توجهی از انسان‌ها را به خود دچار کرده است. این بیماری می‌تواند بر چگونگی تفکر و رفتار انسان‌ها تأثیر مخربی داشته باشد. افراد دارای بیماری افسردگی همگی یک نوع علائم را تجربه نمی‌کنند. شدت، کم یا زیاد بودن و مدت زمان این علائم با توجه به نوع بیماری یا خود شخص تغییر می‌کند. این علائم می‌تواند شامل ناراحتی مزمن، اضطراب یا احساس پوچی کردن، احساس ناامیدی یا احساس بدبینی، احساس گناه کردن، بی‌ارزشی و درماندگی، فقدان علاقه در فعالیت‌ها، کاهش انرژی و غیره باشد (۱۵). تجربیات بالینی نشان می‌دهد که مجموع این ابعاد افسردگی در بیماران مبتلا به صرع در مقابل بیماران بدون صرع متفاوت است (۱۶). افسردگی باعث افت کیفیت زندگی مبتلایان به صرع شده و اضطراب نیز می‌تواند اثرات نامطلوب زیادی بر کیفیت زندگی مبتلایان به صرع وارد نماید. وجود افسردگی در کنار صرع به بهره‌گیری بیشتر از خدمات درمان سرپایی، بستری و هزینهٔ بیشتر درمان منجر شده است و این درحالی است که این اختلال در مبتلایان به صرع کمتر مورد تشخیص و درمان قرار می‌گیرد (۱۷). در بیماران مبتلا به صرع افسرده تغییرات جسمانی و رفتاری برجسته‌تر از تغییرات شناختی ظاهر می‌شوند. علائم عاطفی ممکن است درنتیجه مصرف داروهای صرع ایجاد شود. و علائم رفتاری نیز احتمالاً در تلاش برای مقابله با تهدید تشنجات تغییر پیدا کنند (به‌طور مثال: مراقبت از خود یا اجتناب از شرایط شرم‌آور). این عوامل ضرورت برشمردن عوامل مرتبط با صرع را در حین انجام ارزیابی عصب‌روان‌شناختی خلق و خوی نشان می‌دهند (۱۸).

مفهوم کیفیت‌زندگی به‌عنوان بازده قابل اندازه‌گیری در درمان بسیاری از بیماری‌های مزمن کاربرد دارد و صرع نیز جزء بیماری‌های مزمن محسوب‌گردد. کیفیت زندگی بخش مهمی از احساس سلامت عمومی و مفهومی پویا و چندبعدی است که جنبه‌های فیزیکی، روان‌شناختی و اجتماعی زندگی را در بردارد (۱۹). کیفیت زندگی، درکی است که افراد در زمینهٔ فرهنگی و نظام ارزشی از موقعیت خود دارند و با اهداف، آرزوها و معیارهای آن‌ها در ارتباط است. بنابراین می‌توان مجموعه‌ای از رفاه جسمی، روانی، اجتماعی که شخص یا گروهی از افراد درک می‌کنند (شادی، رضایت، موقعیت اقتصادی، فرصت‌های آموزشی و...) را تعریف مناسبی از کیفیت زندگی دانست کیفیت زندگی درجه‌ای است که یک فرد از امکانات موجود در زندگی لذت می‌برد و احساس رضایت می‌کند پژوهش‌ها نشان می‌دهد از جمله عواملی که بر کیفیت زندگی تأثیر منفی دارد افسردگی است (۲۰). روان‌درمانی به‌عنوان یکی از درمان‌های تأثیرگذار بر اختلالات روان‌شناختی هم‌چون افسردگی و استرس معرفی شده است (۲۱). استفاده از روان‌درمانی در صرع موضوع پیچیده‌ای است. چرا که همواره باید حواسمان به طیف اختلالات عصبی در پس زمینهٔ اختلال صرع و هم‌چنین آسیب‌پذیری روانی که ممکن است در افراد مبتلا به صرع به وجود بیاید باشد (۲۲).

شواهد وجود ارتباط دوسویه‌ای را بین تشنجات صرع و حالات روانی نشان می‌دهد، که این مسأله گرایش به استفاده ازدرمان‌های رفتاری-روانی را برای افراد مبتلا به صرع افزایش می‌دهد. اغلب درمان‌های رفتاری-روانی هدف‌شان بهبود سلامت روان و کنترل تشنج در افراد است.کراس در مقاله‌ای تحت عنوان درمان‌های رفتاری، روان‌شناختی، و رژیم کتوژنیک در صرع ۷ مدل مداخله را بر اساس اطلاعاتی که مربوط به اثربخشی و ایمنی است شامل درمان‌های بیوفیدبک، درمان‌های شناختی-رفتاری، برنامه‌های‌آموزشی، مشاورهٔ خانواده، رژیم کتوژنیک، ریلکس‌درمانی، و یوگا را طبقه‌بندی کرده است (۲۳). درمان‌های غیردارویی دیگر شامل جراحی برداشتن یک قسمت از مغز، تحریک عصب واگ و تکنیک‌های تجربی تحریک مغز امیدهای پیش رو در موارد صرع مداوم، عوارض جانبی داروهای ضدصرعی و یا هر دو است برای بیمارانی که صرع آن‌ها با دارو کنترل نمی‌شود استفاده از جراحی و تحریک عصب واگ اهمیت دارد (۲۴). به‌طور فزاینده‌ای، از درمان‌های جایگزین به‌عنوان مکمل دارو در درمان صرع حمایت می‌شود (۲۳). در پژوهش دیگری که با عنوان بررسی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر روی صرع مقاوم به درمان با دارو در یک مطالعهٔ کنترل

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.18502/ssu.v27i2.1046]

شدهٔ تصادفی در آفریقای جنوبی انجام دادند مشخص شد که یک دوره برنامهٔ روان‌درمانی کوتاه مدت همراه با مصرف داروهای ضد تشنج در جلوگیری از ناتوانی طولانی‌مدتی که در اثر تشنج مقاوم به درمان رخ می‌دهند می‌تواند کمک‌کننده باشد (۲۵). در پژوهش دیگری که با عنوان بررسی واسطه‌های تغییر در درمان صرع توسط درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد انجام شده است، نتایج حاصل درک مکانیزم‌های شرطی‌سازی زمینه‌ای را در کار با افرادی که از بیماری صرع رنج می‌برند مؤثر یافته و هم‌چنین احتمال دادند که این کار می‌تواند در کمک به زندگی حیاتی افراد و در کمک به کاهش تشنج مؤثر باشد (۲۶). در مطالعه‌ای نشان داده شده است که مداخلهٔ گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث ایجاد تفاوت معنی‌داری بین گروه‌های مداخله و شاهد در نمرات کلی علائم شدت درد، افسردگی و استرس شده و هم‌چنین در نمرات پذیرش درد نیز این تفاوت معنی‌دار بود. در نتیجه استفادهٔ از این شیوهٔ درمانی در مراکز درمانی کشور جهت کنترل و پذیرش دردهای مزمن توصیه شد.

رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد یک رویکرد درمانی در پیشرفت و ارزیابی بیماری صرع است (۲۷). اهداف مهم روش درمانی مبتنی‌بر پذیرش و تعهد در صرع ایجاد انعطاف‌پذیری روانی، گسترش مجموعهٔ رفتارها و اعمال محرک مفید در بخش‌های مهم از زندگی فرد است. کاهش نشانه‌ها هدف اصلی ما نیست همان‌طور که هدف اصلی در درمان رفتاری کلاسیک در صرع نیز کاهش نشانه‌ها نمی‌باشد (۲۵). مراجعینی که از بیماری صرع رنج می‌برند اغلب نه تنها از مسائل به‌دلیل وجود صرع‌شان اجتناب می‌کنند بلکه این خودداری را به خاطر مشکلات مرتبط با بیماری‌شان نیز انجام می‌دهند. هدف درمان اکت کاهش اثرات منفی این شرایط به‌طور کلی و افزایش اثر مثبت توانایی تفکر به مدل انتزاعی است (۲۸). درمان پذیرش و تعهد یک کلمه واحد است نه مخفف چند کلمه. این مدل روان‌درمانی جدید، بخشی از آن چه امروز موج سوم درمان شناختی- رفتاری نامیده می‌شود، به حساب می‌آید (۲۹). درمان پذیرش و تعهد را می‌توان برای درمان فردی، زوج‌درمانی، گروه‌درمانی، درمان کوتاه‌مدت و بلندمدت و برای دامنهٔ گسترده‌ای از وضعیت‌های بالینی به کار برد (۳۰). این رویکرد درمانی ارتباط بین افکار و احساسات مشکل‌زا را تغییر می‌دهد تا افراد آنان را به‌عنوان علائم مرضی درک نکرده و حتی یاد بگیرند که آن‌ها را بی‌ضرر درک کنند، حتی اگر ناراحت‌کننده و ناخوشایند باشند (۳۱). این برنامه درمانی شش فرایند مرکزی دارد که منجر به انعطاف پذیری روان‌شناختی افراد می‌شود. این شش فرآیند عبارتند از: پذیرش در مقابل اجتناب، نا هم‌جوشی شناختی در مقابل آمیختگی شناختی، خود به‌عنوان زمینه در مقابل خود مفهوم‌سازی شده، ارتباط با زمان حال در مقابل غلبه گذشته و آینده مفهوم‌سازی شده، تصریح ارزش‌ها در مقابل عدم صراحت ارزش‌ها و ارتباط با آن‌ها و تعهد در مقابل منفعل بودن (۳۲). اگرچه تحقیقات زیادی چه در داخل و چه در خارج در مورد اثربخشی درمان اکت بر بیماران صورت نگرفته است اما پژوهش‌هایی که با محوریت (Acceptance and commitment therapy) صورت گرفته است نتایج رضایت بخش و دلایل منطقی برای استفاده از ACT در کار بالینی و مخصوصاً کار با بیماران مبتلا به اختلالات خلقی و اضطرابی را فراهم کرده است (۳۳،۳۴).

اثربخشی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر افسردگی، اضطراب، احساس ناتوانی، بدعملکردی شغلی و تعداد مراجعه به پزشک، گزارش شده است. هم‌چنین مقایسهٔ کیفیت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با سایر درمان‌های بین رشته‌ای دیگر نیز حکایت از برتری این روش در افزایش توانایی کارکرد مرتبط با کیفیت زندگی در دوره‌های پیگیری شش‌ماهه داشته است (۱۹). رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد یک رویکرد درمانی در پیشرفت و ارزیابی بیماری صرع است. اهداف مهم روش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در صرع ایجاد انعطاف‌پذیری روانی، گسترش مجموعهٔ رفتارها و اعمال محرک مفید در بخش‌های مهم از زندگی فرد است. کاهش نشانه‌ها هدف اصلی ما نیست همان‌طور که هدف اصلی در درمان رفتاری کلاسیک در صرع نیز کاهش نشانه‌ها نمی‌باشد (۲۵).

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.18502/ssu.v27i2.1046]

درمان ناقص در این بیماران به‌طور بارز می‌تواند عواقب مهمی را به‌دنبال داشته باشد (۳۵). از آن‌جا که تأثیرات غیرپزشکی این بیماری برای افراد مصروع هم‌چون انزواطلبی، وابستگی، اختلالات روانی، افت کیفیت زندگی مسائل بسیاری را بر افراد مبتلا به صرع و خانواده‌هایشان و جامعه تحمیل می‌کند (۲۴)، محقق با توجه به موارد ذکر شده، هم‌چنین دست و پنجه نرم کردن افراد مبتلا به صرع با افسردگی (۳۶) و نیز طیف وسیع اثربخشی رویکرد درمانی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر اختلالات دیگر قصد دارد تأثیر این رویکرد درمانی را بر افزایش بهزیستی روان‌شناختی، کیفیت زندگی و کاهش افسردگی در جامعه صرع بسنجد. شیوع بالای صرع در ایران و همایندی بالا این بیماری با مشکلات روان‌شناختی پژوهش‌گران را ترغیب کرده است که به بررسی اثربخشی درمان ACT بر این بیماری بپردازند. با توجه به این که درمان مبتنی پذیرش و تعهد یکی از درمان های نوظهور در ایران محسوب می‌شود تاکنون اثر بخشی آن در مبتلایان به صرع مورد بررسی قرار نگرفته است. به این ترتیب پژ وهش حاضر با هدف بررسی اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش بهزیستی روان‌شناختی،کیفیت زندگی و کاهش افسردگی بیماران مبتلا به صرع انجام شد.

روش بررسی

با توجه به‌ماهیت موضوع و اهداف مورد نظر روش تحقیق شبه آزمایشی و طرح پژوهش از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون باگروه کنترل است. پس از هماهنگی اولیه، از بین ۷۶ نفر بیمار مبتلا به صرع مراجع کننده به بیمارستان صیاد شیرازی گرگان در سال ۱۳۹۶ به شیوه در دسترس ۲۰ نفر انتخاب و سپس به صورت تصادفی به دو گروه کنترل (۱۰نفر) و آزمایش +(۱۰نفر) تقسیم شدند.و در بازه زمانی اردیبهشت تا تیر ۱۳۹۶ اجرا گردید. معیارهای ورود به تحقیق گروه سنی بین ۲۰ تا ۳۵ سال، تکمیل فرم رضایت آگاهانه شر کت در برنامه درمانی، دارا بودن پرونده پزشکی در بیمارستان صیاد شیرازی بود. هر زمانی که بیمار از ادامه درمان منصرف گردید، می‌توانست از طرح خارج گردد. ملاحظات اخلاقی این پژوهش به این شرح بود که شرکت در برنامه درمانی آگاهانه و با دریافت رضایت کتبی از افراد آغاز شد. پرسش‌نامه‌های دریافتی با ذکر نام و به صورت کاملاً محرمانه برای ثبت اطلاعات آماری مورد استفاده قرار گرفت. زمان بندی شرکت در برنامه درمانی با رضایت طرفین تنظیم گردید. برای رعایت شئونات اخلاقی، پس ازپایان طرح پکیج درمانی در اختیار بیماران گروه کنترل قرار گرفته تا آن‌ها نیز از این طرح بهره مند شوند. در گروه آزمایش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در طی ۸ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای صورت گرفت و گروه کنترل هیچ گونه درمانی دریافت ننمودند، ابزار پژوهش شامل پرسش‌نامه بهزیستی روان‌شناختی ریف بود. نسخه کوتاه (۱۸ سوالی) مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف، توسط ریف در سال (۱۹۸۹) طراحی و در سال ۲۰۰۲ مورد تجدید نظر قرار گرفته است. این نسخه، مشتمل بر ۶ عامل است. سوال‌های ۹، ۱۲ و ۱۸، عامل استقلال؛ سوال‌های ۴ ،۱ و ۶، عامل تسلط بر محیط؛ سوال‌های ۱۵ ،۷ و ۱۷، عامل رشدشخصی؛ سوال‌های ۱۱ ،۳ و ۱۳، عامل ارتباط مثبت با دیگران؛ سوال‌های ۱۴ ،۵ و ۱۶، عامل هدفمندی در زندگی و سوال‌های ۸ ،۲ و۱۰، عامل پذیرش خود را می‌سنجد. مجموع نمرات این ۶ عامل به‌عنوان نمره کلی بهزیستی روان‌شناختی محاسبه می‌شود. این آزمون نوعی ابزار خودسنجی است که در یک پیوستار ۶ درجه‌ای از "کاملا موافقم" تا "کاملا مخالفم" (یک تا شش) پاسخ داده می‌شود که نمره بالاتر، نشان‌دهنده بهزیستی روان‌شناختی بهتراست. از بین کل سوالات، ۱۰ سوال به صورت مستقیم و ۸ سوال به شکل معکوس نمره‌گذاری می‌شود (۳۷). پرسش‌نامه کیفیت زندگی (SF-12)، کیفیت زندگی را از نظر درک کلی از سلامتی خود، عملکرد فیزیکی، سلامت جسمانی، مشکلات هیجانی، درد جسمانی، عملکرد اجتماعی، نشاط و انرژی حیاتی و سلامت روان مورد بررسی قرار می‌دهد. وارنک و همکاران (۱۹۹۶) برای اولین بار به بررسی روایی و پایایی پرسش‌نامه کیفیت زندگی پرداختند. پایایی پرسش‌نامه کیفیت زندگی به روش بازآزمایی محاسبه شد.

آلفای کرونباخ محاسبه شده برای ۱۲ سوال بعد جسمانی ۸۹/۰ و برای ۱۲ سوال بعد روانی نیز ۷۶/۰ گزارش شد که

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.18502/ssu.v27i2.1046]

نشان دهنده میزان پایایی مطلوب سوالات این پرسش‌نامه بود (۳۸). روایی پرسش‌نامه کیفیت زندگی را وار و همکاران از روش‌روایی تجربی و کنتودیموپولوس و همکاران (۲۰۰۵) از طریق روایی سازه مورد بررسی قرار دادند که در هریک از پژوهش‌ها شواهد روایی مطلوب گزارش شده‌اند (۳۹). منتظری و همکاران (۱۳۸۴) نیز روایی و پایایی پرسش‌نامه کیفیت زندگی را در ایران مورد بررسی قرار دادند. برای بررسی پایایی از روش بازآزمایی استفاده نمودند (۴۰). پرسش‌نامه افسردگی بک که شامل ۱۳ سوال است، به‌منظور سنجش بازخوردها و نشانه‌های بیماران افسرده ساخته شده است و ماده‌های آن اساسا بر مبنای مشاهده و تلخیص نگرش‌ها و نشانه‌های متداول در میان بیماران روانی افسرده تهیه شده‌اند.

به عبارت دیگر، این مواد و وزن‌های آن‌ها به‌طور منطقی انتخاب شده‌اند. محتوای این پرسش‌نامه، به‌طور جامع نشانه‌شناسی افسردگی است، اما بیشتر بر محتوای شناختی تاکید دارد. پرسش‌نامه افسردگی بک از نوع آزمون‌های خودسنجی است و در پنج تا ده دقیقه تکمیل می‌شود. ماده‌های آزمون در مجموع از ۱۳ ماده مرتبط با نشانه‌های مختلف تشکیل می‌شود که آزمودنی‌ها باید روی یک مقیاس چهار درجه‌ای از صفر تا سه به آن پاسخ دهند. این ماده‌ها در زمینه‌هایی مثل غمگینی، بدبینی، احساس ناتوانی و شکست، احساس گناه، آشفتگی خواب، از دست دادن اشتها، از خود بیزاری و ... هستند (۴۱). به علت اهمیت این ابزار در تشخیص مداخله بالینی، پژوهش‌های روان‌سنجی فراوانی درباره ویژگی‌های روان‌سنجی آن انجام شده است. از مهم‌ترین این پژوهش‌ها می‌توان به فراتحلیلی اشاره کرد که در سال ۱۹۸۸ توسط ای. تی. بک، استیر و گاربین انجام شد. بک و همکارانش با بررسی پژوهش‌هایی که از این ابزار استفاده کرده بودند دریافتند که ضریب اعتبار آن با استفاده از شیوه بازآزمایی، برحسب فاصله بین دفعات اجرا و نیز نوع جمعیت مورد آزمون از ۰/۴۸ تا ۰/۸۶ متغیر بوده است. بک و همکاران بار دیگر در سال ۱۹۹۶ ضریب اعتبار بازآزمایی آزمون در فاصله یک هفته‌ای را ۰/۹۳ به‌دست آوردند. در مورد روایی پرسش‌نامه افسردگی بک نیز پژوهش‌های مختلفی انجام شده است. میانگین هم‌بستگی پرسش‌نامه افسرگی بک با مقیاس درجه‌بندی روان‌پزشکی همیلتون (HRSD)، مقیاس خودسنجی زونگ، مقیاس افسردگی MMPI، مقیاس صفات عاطفی چندگانه افسردگی و SCL-90، بیش از ۰/۶۰ است. در داخل کشور نیز پژوهش‌های مختلفی انجام گرفته است که به اندازه‌گیری ویژگی‌های روان‌سنجی این ابزار پرداخته‌اند. از بین این پژوهش‌ها می‌توان به پژوهش تشکری و مهریار در سال ۱۳۷۳ اشاره کرد که ضریب پایایی آن در ایران را ۰/۷۸ به دست آوردند. در مداخلات رویکرد مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، از شش فرآیند محوری استفاده می‌شود که اهداف آن‌ها عبارتند از، مواجه ساختن مستقیم و تجربه‌ای بیماران با تجربیات لحظهٔ کنونی خود، مختل ساختن آمیختگی شناختی، ترغیب به پذیرش تجربی، کمک به بیماران در جهت رهاسازی 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.تکنیک‌ها توسط روان‌شناس که دوره درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را گذرانده بود اجرا گردید. قبل از اجرای طرح درمانی پیش جلسه تشکیل شد در این مرحله آشنایی اولیه با مراجع و برقراری رابطه مناسب با هدف پر کردن صحیح پرسش‌نامه‌ها و ایجاد اعتماد؛ اجرای پرسش‌نامه جمعیت شناختی و اجرای پیش آزمون صورت گرفت.

در جلسه اول معرفی درمانACT ، اهداف و محورهای اصلی آن؛ تعیین قوانین حاکم بر جلسات درمان، ارائه اطلاعات درباره درد مزمن و انواع آن، مرور درمان‌های مربوطه، هزینه‌ها و فواید آن‌ها صورت گرفت. در جلسه دوم مروری بر تجارب جلسهٔ قبل و دریافت بازخورد از بیماران؛ بحث در مورد تجربیات و ارزیابی آن‌ها؛ ارزیابی میزان تمایل فرد برای تغییر؛ بررسی انتظارات بیماران از درمانACT؛ ایجاد درماندگی خالق؛ جمع‌بندی بحث‌های مطرح شده در جلسه و ارائه تکلیف خانگی صحبت شد. در جلسه سوم به مروری بر تجارب جلسهٔ قبل و دریافت بازخورد از بیماران؛ تشخیص راهبردهای ناکارآمد کنترل‌گری و

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.18502/ssu.v27i2.1046]

پی‌بردن به بیهودگی آن‌ها؛ توضیح دادن مفهوم پذیرش و تفاوت آن با مفاهیم شکست، یأس، انکار، مقاومت و سپس، مشکلات و چالش‌های پذیرش بیماری مورد بحث قرار گرفت؛ جمع‌بندی بحث‌های مطرح شده در جلسه و بررسی تمرین جلسهٔ بعد؛ ارائه تکلیف خانگی پرداخته شد. در جلسه چهارم مروری بر تجارب جلسهٔ قبل و دریافت بازخورد از بیماران؛ تکلیف و تعهد رفتاری؛ معرفی و تفهیم آمیختگی به خود مفهوم سازی شده و گسلش؛ کاربرد تکنیک های گسلش شناختی؛ مداخله در عملکرد زنجیره‌های مشکل ساز زبان و استعاره‌ها؛ تضعیف اتالف خود با افکار و عواطف؛ جمع بندی بحث‌های مطرح شده در جلسه و بررسی تمرین جلسهٔ بعد؛ ارائه تکلیف خانگی صورت گرفت. در جلسه پنجم در مورد تجارب جلسهٔ قبل و دریافت بازخورد از بیماران؛ نشان دادن جدایی بین خود، تجربیات درونی و رفتار؛ مشاهده خود به عنوان زمینه؛ تضعیف خود مفهومی و بیان خود؛ در این تمرینات، شرکت کنندگان می‌آموزند بر فعالیت‌های خود) نظیر تنفس، پیاده‌روی و (تمرکزکنند و در هر لحظه از احوال خود آگاه باشند و زمانی که هیجانات، حس‌ها و شناخت‌ها پردازش می‌شوند، بدون قضاوت مورد مشاهده قرار گیرند؛ جمع بندی بحث‌های مطرح شده در جلسه و بررسی تمرین جلسهٔ بعد؛ ارائه تکلیف خانگی پرداخته شد. در جلسه ششم مرور تجارب جلسهٔ قبلی و دریافت بازخورد از بیماران؛ شناسایی ارزش‌های زندگی بیماران و تصریح و تمرکز بر این ارزش‌ها و توجه به قدرت انتخاب آن‌ها؛ استفاده از تکنیک‌های ذهن آگاهی با تأکید بر زمان حال؛ جمع‌بندی بحث‌های مطرح شده در جلسه؛ بررسی تمرین جلسهٔ بعد و ارائه تکلیف خانگی صورت گرفت.

در جلسه هفتم به مرور تجارب جلسهٔ قبلی و دریافت بازخورد از بیماران؛ بررسی ارزش‌های هر یک از افراد و تعمیق مفاهیم قبلی؛ تفاوت بین ارزش‌ها، اهداف و اشتباهات معمول در انتخاب ارزش‌ها توضیح داده شد؛ موانع درونی و بیرونی احتمالی در دنبال کردن ارزش‌ها بحث شد؛ اعضا مهم‌ترین ارزش‌هایشان و موانع احتمالی در پیگیری آن‌ها را فهرست نموده و با سایر اعضا در میان گذاشتند. اهداف مرتبط با ارزش‌ها و ویژگی‌های اهداف) اختصاصی، قابل ارزیابی، واقع گرایانه و هم‌سو با ارزش‌های شخصی (برای گروه بحث شد. سپس اعضا سه مورد از مهم‌ترین ارزش‌هایشان را مشخص و اهدافی که مایل بودند در راستای هر یک از آن ارزش‌ها دنبال کنند را تعیین کردند و در آخر کارها / رفتارهایی که قصد داشتند تا برای تحقق آن اهداف انجام دهند را مشخص کردند؛ نشان دادن خطرات تمرکز بر نتایج پرداخته شد. در جلسه هشتم درک ماهیت تمایل و تعهد، آموزش تعهد به عمل، شناسایی طرح های رفتاری مطابق با ارزش‌ها و ایجاد تعهد برای عمل به آن‌ها؛ درباره مفهوم عود و آمادگی برای مقابله با آن نکاتی بیان شد؛ مرور تکالیف و جمع بندی جلسات به همراه مراجع؛ در میان گذاشتن تجارب اعضای گروه با یکدیگر و دستاوردها و انتظاراتی که برآورده نشده بود؛ و در نهایت از بیماران برای شرکت در گروه تشکر و پس آزمون اجرا شد. گروه شاهد بدون هیچ‌گونه جلسات درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در ابتدا و انتهای پژوهش پرسش‌نامه‌های بهزیستی روان‌شناختی ریف، کیفیت زندگی Sf-12 و افسردگی بک را پر نمودند.

تجزیه و تحلیل آماری

جهت بررسی استنباطی داده‌ها از تحلیل کوواریانس استفاده شد. بدین منظور ابتدا پیش شرط‌های لازم جهت تحلیل کوواریانس که شامل ۱- نرمال بودن توزیع نمرات با استفاده از آزمون کلموگروف اسمیرنوف،۲-همگنی میانگین گروه‌ها در پیش آزمون با استفاده از آزمون t مستقل،۳- ارتباط خطی بین پیش آزمون و پس آزمون از طریق آزمون خطی بودن رابطه و محاسبه هم‌بستگی بین پیش و پس آزمون،۴- برابری واریانس‌ها با استفاده از آزمون لوین بررسی گردید. جهت آنالیز از نرم افزار SPSS Inc., Chicago, IL; version 19 با ضریب اطمینان ۹۵ درصد استفاده شد.

ملاحظات اخلاقی

پروپوزال این تحقیق توسط دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری تایید شده است (کد اخلاق IR.IAU.SARI.REC.1397.015).

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.18502/ssu.v27i2.1046]

نتایج

نتایج جدول ۱ نشان داد دو گروه در ابتدای مطالعه از نظر جنسیت، رده سنی، تاهل، شغل و سطح تحصیلات همگن بودند. جدول ۲ نشان می‌دهد میانگین نمرات بهزیستی روان‌شناختی در گروه آزمایش در مرحله پیش‌آزمون (۴۴/۳۰)، در پس‌آزمون (۵۶) می‌باشد، این در حالی است که میانگین نمرات بهزیستی روان‌شناختی در گروه کنترل در مرحلهٔ پیش‌آزمون (۴۲/۶۰)، در پس‌آزمون (۴۳/۲۸) به‌دست آمد. میانگین نمرات کیفیت زندگی در گروه آزمایش در مرحله پیش‌آزمون (۹/۷۵)، در پس‌آزمون (۱۷) می‌باشد، این در حالی است که میانگین نمرات کیفیت زندگی در گروه کنترل در مرحلهٔ پیش‌آزمون (۸/۵۳)، در پس‌آزمون (۷/۵) به‌دست آمد. میانگین نمرات افسردگی در گروه آزمایش در مرحلهٔ پیش‌آزمون (۱۸/۷۵)، در پس‌آزمون (۹/۸۳) می‌باشد، این در حالی است که میانگین نمرات افسردگی در گروه کنترل در مرحلهٔ پیش‌آزمون (۲۰/۳۳)، در پس‌آزمون (۲۲/۰۸) به‌دست آمد.

جدول ۱: ویژگی‌های فردی و اجتماعی افراد تحت مطالعه

متغیره	تعداد (۰/۰)
جنسیت	
مرد	۷(۸)
زن	۳ (۲)
گروه های سنی	
زیر سی سال	۸ (۸)
بالای سی سال	۲ (۲)
وضعیت تاهل	
مجرد	۸ (۱۰)
متاهل	۲ (۰)
وضعیت اشتغال	
بیکار	۶(۵)
شاغل	۴(۵)
سطح سواد	
دیپلم	۴(۵)
فوق دیپلم	۱(۱)
لیسانس	۱(۳)

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در گروه آزمون و کنترل، قبل و بعد

گروه	زمان	قبل از مداخله میانگین± انحراف معیار	بعد از مداخله میانگین± انحراف معیار	p-Value
بهزیستی روان‌شناختی	آزمون	۱۲/۵۴ ± ۴۴/۳۰	۱۵/۶۰ ±۵۶/۰۰	p<0/0001
	کنترل	۱۲/۱۴±۴۲/۶۰	۱۵/۶۰ ±۵۶/۰۰	p<0/0001
کیفیت زندگی	آزمون	۴/۰۲ ±۹/۷۵	۴/۳۳ ±۱۷	p<0/0001
	کنترل	۳/۰۱ ±۸/۵۳	۵/۵ ±۷/۵	p<0/0001
افسردگی	آزمون	۵/۹۳±۱۸/۷۵	۴/۱۳ ±۹/۸۳	p<0/0001
	کنترل	۶/۸۳±۲۰/۳۳	۷/۸۱±۲۲/۰۸	p<0/0001

* p<0/0001 به‌عنوان سطح معنی‌داری در نظر گرفته شده است

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.18502/ssu.v27i2.1046]

با توجه به طرح پژوهش حاضر که از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون است. برای تحلیل داده‌ها و به‌منظور کنترل اثر پیش‌آزمون و پس‌آزمون از روش تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده شد. نتایج تحلیل خروجی فوق نشان می‌دهد که مقدار P در آزمون از ۰/۰۵ بزرگ‌تر است. فرضیه صفر در آزمون کلموگروف – اسمیرنف، پیروی داده‌ها از توزیع مورد نظر (توزیع نرمال) می‌باشد. فرضیه‌های مقابل آن عبارت است از عدم پیروی داده‌ها از توزیع مورد نظر، با توجه به مقدار p و عدم رد فرضیه صفر، توزیع داده‌ها منطبق بر توزیع نرمال قلم‌داد می‌گردد. برای بررسی هم‌گونی واریانش دو گروه در مرحله پس آزمون از هم‌گونی واریانس‌های لوین استفاده شد. آزمون لوین محاسبه در مورد هیچ یک از متغیرها مورد بررسی از لحاظ آماری معنی دار نبود: بهزیستی روان‌شناختی۰/۰۵<۰/۱۵۸=p, ۰/۰۴۳ = (۱،۱۸) f کیفیت زندگی۰/۰۵ > ۰/ ۰۶۳ =p, ۸/۹۵= (۱،۱۸) افسردگی ۰/۰۵>۰/۴۰ ,p= ۳/۸۶ = (۱،۱۸) f بنابراین مفروضه هم‌گونی واریانس‌ها نیز تایید شد. به‌عبارتی می‌توان گفت سطح معناداری در آزمون لوین در جدول بیشتر از ۰/۰۵ می‌باشد می‌توان گفت واریانس گروه‌ها از تجانس برخوردار است. مفروضه مهم دیگر تحلیل کوواریانس چند متغیری، هم‌گونی ضرایب رگرسیون از طریق تعامل پیش‌آزمون متغیرهای وابسته مانند (بهزیستی روان‌شناختی،کیفیت زندگی، افسردگی) و متغیر مستقل (روش درمان) در مرحله پس آزمون مورد بررسی قرار گرفت. مقدار F تعامل متغیر مستقل و هم‌پراش می‌باشد که معنادار نیست (p> ۰/۰۵) بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که فرضیه صفر مورد قبول و فرضیه مقابل رد شده و پیش فرض هم‌گون شیب رگرسیون رعایت شده است. تعامل این پیش‌آزمون‌ها با متغیر مستقل معنادار نبوده و حاکی از هم‌گونی ضرایب رگرسیون می‌باشد.

بنابراین مفروضه همگنی ضرایب رگرسیون نیز برقرار می‌باشد. با توجه به برقراری مفروضه‌های تحلیل کوواریانس چند متغیری، مجاز به استفاده از این آزمون آمار هستیم. به منظور مقایسه میانگین نمرات پس‌آزمون متغیرها بعد از کنترل اثر پیش‌آزمون در دو گروه از آزمون تجزیه و تحلیل کواریانس استفاده شد است. چنان‌چه در جدول ۳ مشاهده می‌شود. بین میانگین نمرات پس‌آزمون متغیر بهزیستی روان‌شناختی بعد از حذف اثر پیش آزمون تفاوت معنی‌داری وجود دارد (f(۱،۱۷) =۴۲/۶۰۲ p=<۰/۰۰۰۱) مقدار F تاثیر متغیر مستقل (Group) ۴۲/۶۰۲ معنادار است. یعنی پس از خارج کردن تاثیر پیش آزمون، اختلاف معناداری بین میانگین نمرات وجود دارد.

بنابراین فرضیه صفر معنادار نبودن اختلاف میانگین نمرات در پس‌آزمون پس از حذف اثر احتمالی پیش‌آزمون رد می‌شود. بنابراین میانگین نمرات پس آزمون گروه آزمایش به طور معنی‌داری بیش از گروه گواه است. به عبارتی می‌توان گفت که آموزش مداخله‌ای به‌طور معنی‌داری موجب افزایش بهزیستی روان‌شناختی در مرحله پس‌آزمون شده است. بین میانگین نمرات پس‌آزمون متغیر کیفیت زندگی بعد از حذف اثر پیش‌آزمون تفاوت معنی‌داری وجود دارد (p= <۰/۰۰۰۱ ,۱۷/۹۲۷ =f(۱،۱۷) مقدار F تاثیر متغیر مستقل (Group) ۱۷/۹۲۷ معنادار است. یعنی پس از خارج کردن تاثیر پیش‌آزمون، اختلاف معناداری بین میانگین نمرات وجود دارد. بنابراین فرضیه صفر معنی‌دار نبودن اختلاف میانگین نمرات در پس‌آزمون پس از حذف اثر احتمالی پیش‌آزمون رد می‌شود. بنابراین میانگین نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش به‌طور معنی‌داری در بیش از گروه گواه است .به عبارتی می‌توان گفت که آموزش مداخله‌ای به طور معنی‌داری موجب افزایش کیفیت زندگی در مرحله پس‌آزمون شده است. هم‌چنین بین میانگین نمرات پس‌آزمون متغیر افسردگی بعد از حذف اثر پیش‌آزمون تفاوت معنی‌داری وجود دارد (f(۱،۱۷) =۵۳/۵۲۸p<, ۰/۰۰۰۱) مقدارF تاثیر متغیر مستقل (Group) ۵۲۸/ ۵۳ معنی‌دار است. یعنی پس از خارج‌کردن تاثیر پیش‌آزمون، اختلاف معنی‌داری بین میانگین نمرات وجود دارد. بنابراین فرضیه صفر معنی‌دار نبودن اختلاف میانگین نمرات در پس‌آزمون پس از حذف اثر احتمالی پیش‌آزمون رد می‌شود. بنابراین میانگین نمرات پس آزمون گروه آزمایش به طور معنی‌داری در بیش از گروه گواه است. به عبارتی می‌توان گفت که آموزش مداخله‌ای به‌طور معنی‌داری موجب کاهش افسردگی در مرحله پس‌آزمون شده است.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.18502/ssu.v27i2.1046]

جدول ۳: نتایج آنالیز کواریانس مبنی بر تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بیماران مبتلا به صرع

متغیرها		مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
بهزیستی روان‌شناختی	پیش آزمون	۶۰/۰۵۶	۱	۶۰/۰۵۶	۰/۷۹۳	۰/۳۸۶
	گروه	۳۲۲۵/۵۹۱	۱	۳۲۲۵/۵۹۱	۴۲/۶۰۲	۰/۰۰۱
	خطا	۱۲۸۷/۱۴۴	۱۷	۷۵/۷۱۴	-	-
کیفیت زندگی	پیش آزمون	۰/۰۸۰	۱	۰/۰۸۰	۰/۰۰۲	۰/۹۶۶
	گروه	۷۷۰/۲۶۳	۱	۷۷۰/۲۶۳	۱۷/۹۲۷	۰/۰۰۱
	خطا	۷۳۰/۴۲۰	۱۷	-	-	-
افسردگی	پیش آزمون	۱۰۷/۰۷۲	۱	۱۰۷/۰۷۲	/۴۲/۲۰۶	۰/۰۰۰
	گروه	۱۳۵/۷۹۷	۱	۱۳۵/۷۹۷	۵۳/۵۲۸	۰/۰۰۱
	خطا	۴۳/۱۲۸	۱۷	۲/۵۳۷	_	_

*آزمون آماری مورد استفاده تحلیل کوواریانس می باشد

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روان‌شناختی،کیفیت زندگی و افسردگی بیماران مبتلا به صرع انجام شد. یافته‌ها نشان داد که، به‌کارگیری این مداخله درمانی موجب افزایش بهزیستی روان‌شناختی،کیفیت زندگی و کاهش افسردگی در این بیماران شده است. در تفسیر یافته‌ها می‌توان چنین تحلیل کرد که عوامل روان‌شناختی بر بیماری‌های جسمی تاثیر به‌سزایی دارند (۴۲). به‌نظر می‌رسد که فرایندهای روانی و اجتماعی بر سلسله اعصاب مرکزی تاثیر گذاشته و سبب ایجاد تغییر در فعالیت سیستم ایمنی می‌گردند (۴۳). یافته‌های حاصل از این پژوهش با نتایج برخی از پژوهش‌های گذشته که تأثیر درمان‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روان‌شناختی، کیفیت زندگی و افسردگی را مورد بررسی قرار داده‌اند، هم‌سو بوده و یافته‌های آن‌ها را مورد تأیید قرار می‌دهد (۴۴،۴۵). ویتکیوز در پژوهش خود دریافت که به‌کارگیری این روش به‌علت ساز و کار نهفته در آن مانند پذیرش، افزایش آگاهی، حساسیت‌زدایی، حضور در لحظه، مشاهده‌گری بدون قضاوت، رویارویی و رهاسازی در تلفیق با فنون رفتاردرمانی شناختی سنتی می‌تواند ضمن کاهش علایم بیماری، اثربخشی را افزایش دهد (۴۶). آرینـدل (۲۰۰۹) در بررسی رابطه بین بهزیستی روان‌شناختی، سلامت عمومی به این نتیجه رسید که با افزایش بهزیستی روان‌شناختی و سلامت عمومی نیز تحت تاثیر قرار گرفته و افزایش می‌یابد (۴۷). مک‌گراس (۲۰۰۹) در پژوهشی باعنوان بیوفیدبک و اختلالات روان‌شناختی به این نتیجه رسید که افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن و بیماری سرطان، افراد در حال گذار از مراحل زندگی، موضوعات شغلی و انسجام خانوادگی از بهزیستی پایین و سلامت روان کمتری برخوردارند (۴۸). لی و همکاران (۲۰۰۶)، پژوهشی با عنوان تاثیر مداخلات روان‌شناختی بر بهزیستی روان‌شناختی، عزت نفس و خودکارآمدی در افراد مبتلا به سرطان سینه انجام دادند. نتایج به‌دست آمده حاکی از آن است که آموزش پذیرش و تعهد باعث اثر مثبت بر هیجانات و افزایش بهزیستی روان‌شناختی و عزت نفس در این افراد می‌شود (۴۹). هایسر و همکاران (۲۰۰۴)، در پژوهشی که باعنوان پذیرش و تعهد و نقش آن در سازگاری و بهزیستی روان‌شناختی و اجتماعی

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.18502/ssu.v27i2.1046]

کودکان مبتلا به مشکلات رفتاری انجام دادند به این نتیجه رسیدند که پذیرش و تعهد بر بهزیستی روان‌شناختی و بهبود روابط اجتماعی و سازگاری کودکان تاثیرگذار است. هم‌چنین در این پژوهش نشان داده شد مهارت ذهن آگاهی که یکی از مولفه‌های آموزش پذیرش و تعهد می‌باشد پیش بینی کننده رفتار خود تنظیمی و حالات هیجانی مثبت است (۵۰). براون و همکاران (۲۰۰۳)، در مطالعه‌ای به‌بررسی نقش ذهن آگاهی در بهزیستی روان‌شناختی پرداختند نتایج مطالعه آن‌ها نشان داد که افزایش ذهن آگاهی با افزایش بهزیستی روان‌شناختی همراه است هم‌چنین مداخله بالینی بر روی بیماران سرطانی نشان داد که افزایش ذهن‌آگاهی با کاهش آشفتگی خلقی و تنیدگی در آن‌ها همراه است (۵۱). شکری در پژوهشی باعنوان اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روان‌شناختی افراد مبتلا به صرع انجام دادند به این نتیجه دست یافتند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود بهزیستی روان‌شناختی افراد مبتلا به صرع تاثیر دارد (۵۲). عطایی مغانلو (۱۳۹۴)، در پژوهشی که باعنوان اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روان‌شناختی و افسردگی بیماران مبتلا به دیابت انجام داد به این نتیجه رسید که این روش درمانی در افزایش بهزیستی روان‌شناختی و کاهش افسردگی بیماران تاثیر دارد (۵۳). آموزش پذیرش و تعهد به جای نادیده گرفتن هیجانات و تجارب درونی بالعکس با گرایش دادن فرد به سوی آگاه شدن از احساسات، تجارب درونی و هیجانی و پذیرش آن‌ها با نگاهی تازه هیجان‌ها و تعاملاتش را تجربه می‌کند و با موقعیت‌ها ارتباط برقرار می‌کند 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 این‌رو تکنیک‌های ناامیدی خالقانه که در درمان ACT از آن‌ها استفاده می‌شود باعث شد افراد مصروع از درگیر شدن با شرایط غیر قابل کنترل مثل حمالت صرع و افکار و هیجاناتی که مرتبط با این بیماری است بپرهیزند 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 (۵۴). انتخاب ارزش‌ها راهی را جهت ایجاد اهداف انعطاف پذیر و عملی فراهم آورد و منجر به عملکرد موفق‌تر و کارایی بهتر افراد مصروع در طول زمان شد. در واقع، 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 انعطاف پذیری روان‌شناختی از آن‌ها استفاده می‌کند باعث بهبود مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی در افراد مبتلا به صرع گردید. فورمن و همکاران (۲۰۱۲) در مطالعه‌ای با عنوان مقایسه درمان شناختی- رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش افسردگی و اضطراب انجام دادند، ۱۳۲ بیمار سرپایی با نشانه‌های افسردگی و اضطراب را به صورت تصادفی در گروه پذیرش و تعهد و گروه شناختی- رفتاری جای‌گذاری کردند. نتایج این پژوهش نشان داد که دو درمان به‌طور یکسانی اضطراب، افسردگی را کاهش و کیفیت زندگی شرکت‌کنندگان را افزایش می‌دهند (۵۵). در پژوهش دیگری که باعنوان بررسی اثربخشی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر افسردگی افراد بیکار سوئدی انجام دادند نتایج نشان داد نشانگان شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل به‌طور معنی‌دار کاهش یافت (۵۶). در پژوهش دیگر با عنوان درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد در افراد مقاوم به درمان با تشخیص‌های مختلف به این نتیجه رسیدند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش علائم بلافاصله بعد از مداخله بر همه افراد گروه مؤثر بوده و نتایج بعد از ۶ ماه

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.18502/ssu.v27i2.1046]

پیگیری پایدار بود (۵۷). هدف آموزش تفکر مراقبت ذهنی، تغییر محتوای افکار نیست بلکه هدف، ایجاد یک نگرش یا رابطه متفاوت با افکار، احساسات و عواطف، که شامل حفظ توجه کامل و لحظه به لحظه و نیز داشتن نگرش همراه با پذیرش و به دور از قضاوت است (۵۸). در تبیین یافته های پژوهش حاضر میتوان ذکر کرد که در فرایند درمان بیماران می‌آموزند که به جای اجتناب فکری و عملی از افکار و موقعیت‌های اضطراب‌زای اجتماعی، با افزایش پذیرش روانی و ذهنی نسبت به تجارب درونی مانند افکار و احساساتی که در حضور و صحبت در جمع به آن‌ها دارند و هم‌چنین با ایجاد اهداف اجتماعی‌تر و تعهد به آن‌ها، با نشانه‌های بیماری خود مقابله کنند. در واقع رویارویی فعال و مؤثر با افکار و احساسات، پرهیز از اجتناب، تغییر نگاه نسبت به خود و داستانی که در آن فرد به خود نقش قربانی را تحمیل کرده است، بازنگری در ارزش‌ها و اهداف زندگی و در نهایت تعهد به هدفی اجتماعی تر موجب بهبود کیفیت زندگی و مقابله با سبک زندگی ناکارآمد بیماران می گردد (۵۹). شاید یکی دیگر از دلایل بهبود افسردگی و کیفیت زندگی در این بیماران، تصریح ارزش‌ها و پرداختن به ارزش‌ها و اهداف مهم زندگی به جای پرداختن به نشانه‌ها و مسائل روزمره بیماری صرع است .به عبارت دیگر، در این‌جا هدف کمک به فرد بود تا به جای پاسخ به نشانه‌های جسمانی و و روان‌شناختی بیماری خود، به انجام آن‌چه در زندگی برایش مهم و در راستای ارزش‌هایش می‌باشد، بپردازد (۶۰). فرآیند دیگری که در ACT بر آن تأکید می‌شود و نقش آن در این پروتکل درمانی نیز برجسته بود، تأکید بر عمل متعهدانه است. ترغیب بیماران به روشن کردن ارزش‌ها، تعیین اهداف، پیش‌بینی موانع و نهایتا، تعهد به انجام اعمالی در راستای دستیابی به اهداف و حرکت در جهت ارزش‌ها، علی‌رغم وجود بیماری باعث می‌شود تا ضمن تحقق اهداف و شادکامی ناشی از آن که بر ارتقاء و بهبود کیفیت زندگی بیمار می‌افزاید، او را از گیر افتادن در حلقه‌ای از افکار و احساسات منفی رهایی بخشد (۶۱). در تبیین یافته‌های حاصل از پژوهش باید گفت مشاوره مبتنی بر پذیرش و تعهد، استفاده از مهارت های ذهن آگاهی، پذیرش و گسلش شناختی، انعطاف‌پذیری روان شناختی را افزایش می‌دهد (۶۲) در این درمان، انعطاف پذیری روان شناختی عبارت است از توانایی برای ارتباط با زمان حال به طور کامل و به‌عنوان یک انسان هشیار و آگاه و تغییر یا تداوم رفتار در خدمت اهداف، ارزشمند فرد (۶۳). هم‌چنین بر اساس نتایج پژوهش هایی که بدان پرداخته شد مزیت عمده این درمان نسبت به روان‌درمانی‌های دیگر، درنظر گرفتن جنبه های انگیزشی به همراه جنبه‌های شناختی می باشد و این می تواند به تاثیر و تداوم بیشتر اثربخشی درمان منجر شود.کم بودن تعداد آزمودنی‌های پژوهش، عدم پیگیری، از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر است .از این رو پیشنهاد می‌شود در پژوش های بعدی دوره پیگیری بلند مدت، و نیز جمعیت‌هایی که بیش از ۳۰ نفر استفاده شود تا از طریق به کارگیری گروه‌های مختلف قابلیت تعمیم پذیری نتایج افزایش یابد.در مجموع رویکرد ACT نگاه بسیار واقع‌بینانه‌ای به وضعیت زندگی انسان‌ها دارد. در این رویکرد باور بنیادین براین اصل استوار است که زندگی انسان همواره پر از درد و سختی است. همهٔ انسان‌ها در طول زندگی‌شان تجربیاتی فراوان از احساسات دردناک، افکار منفی و... خواهند داشت. مهم این است که یاد بگیریم که چگونه با وجود چنین احساسات و افکار منفی زندگی کنیم.

نتیجه گیری

یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با افزایش بهزیستی روانشناختی و کیفیت زندگی و کاهش افسردگی همراه بود. با توجه به نتیجه پژوهش حاضر تعمیم نتایج، به دیگر گروه‌های جامعه با سایر اختلالات روان‌پزشکی و جسمانی باید با احتیاط صورت گیرد. هم‌چنین باید عدم مقایسه این روش درمانی با درمان‌های رایج شناختی-رفتاری یا روان‌درمانی‌های دیگر را از محدودیت‌های این پژوهش دانست. شیوه‌های درمانی از این دست، باعث معنا بخشی به زندگی و افزایش کیفیت زندگی می‌شود و هزینه‌های مورد نیاز برای درمان و توان‌بخشی را کاهش می‌دهد و می‌توان

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.18502/ssu.v27i2.1046]

از این شیوه درمانی در کلینیک‌های تخصصی و مراکز خدمات روان‌شناختی به منظور حل مشکلات روان‌شناختی بیماران صرع و کمک به آن‌ها در سازگاری بهتر با مشکلات جسمانی‌شان استفاده کرد؛ لذا پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی، این شیوه درمانی با سایر درمان‌های روان‌شناختی مقایسه و به منظور تعیین تداوم تأثیرات درمان، آزمون‌های پیگیری انجام گیرد.

سپاس‌گزاری

این مقاله حاصل رساله مقطع دکتری دانشگاه آزاد واحد ساری می‌باشد که با حمایت معنوی و مالی دانشگاه آزاد ساری به انجام رسیده است. از تمامی شرکت‌کنندگان و همه کسانی که در جمع‌آوری داده‌ها همکاری نموده‌اند تشکر و قدردانی می‌شود و آرزوی سلامتی و بهروزی برای این عزیزان داریم.

تعارض منافع: وجود ندارد.

References:

1- Yadollahi p, AshkTorab T, Zayeri F, SafaviBayat Z**.** ***Correlation of self-management behaviors of epilepsy with seizure attacks in patients with Epilepsy Society of Iran***. Nurs Midwifery Preventive Care J 2015; 5(1): 70-59.[Persian]

2- Trivedi JK. ***Cognitive deficits in Psychiatric disorders: Current status.*** Indian J Psychiatry 2006; 48(1): 10-20.

3- Ganji M, Ganji H .***Psychopathology based on Diagnostic and Statistical Manual of Psychiatric Disorders (Volume II).*** Tehran: Savalan Publications. (2014). [persian].

4- American Psychiatric Association .*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM), (5th Ed.) 2013.

5- Hernandez MT, Sauerwein HC, Jambaque I. ***Attention, Memory and Behavioral Aadjustment in Children with Frontal Lobe Epilepsy.*** Epilepsy behav 2003; 4(5): 522-36.

6- Smithsone WH, Hukins D, Buelow JM, Allgar V, & Dickson J.***Adherence to Medicines and Self-Management of Epilepsy:A Community-Based Study.*** Epilepsy Behav 2013; 26(1): 109-13.

7- Cull C, Goldstein, L.H. (Eds.). (1997). ***The clinical psychologist's handbook of Epilepsy***. New York: Routledge.

8- Jvaheri P, Neshat-Doost HT, Molavi H, Zare M. ***Efficacy of Cognitive- Behavioral Stress Management Therapy on Improving the Quality of Life in Females with Temporal Lobe Epilepsy***. Arak Medical University J 2011; 13(2): 43-32. [Persian]

9- Keyes CL, shahmotkin D, Ryff CD. ***Optimizing Well-Being: the Empirical Encpundter of Ttwo Traditions.*** J Personality and Social Psychology 2002; 82(6): 1007-22.

10-Harris PR, Lighetsey OR. ***Constructive Thinking as a Mediator of the Relationship Between Extraversion, Neuroticism, and Subjective Well-being***. European J Personality 2005; 19(5): 409-26.

11-Ryff CD. Happiness everything, or is it? Explorations on the Meaning of Psychological Well-being. J personality and social psychology 1989; 57(6): 1069-81.

12- .Lee, E.J. ***A Cognitive Vulnerability Model of Depression for People with Temporal Lobe Epilepsy: A***

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.18502/ssu.v27i2.1046]

longitudinal study. Doctor dissertation, University of Wisconsin. (2007).

13- Hartshorn JC, Byers V. ***Impact of Epilepsy on Quality of Life***. J Neuro Science Nursing 1992; 24(2): 24- 9.

14- Reynold CR, Fletcher E. ***Handbook of clinical child Neuropsychology***. New York, NY: Springer Science Business Media. LLC 2009; 267-528.

15- Hosseini SM , Mehdi Zadeh Ashrafi A. ***Depression and Its Causes.*** J Industrial Strategic Management 2011; 8: 106-15. [Persian]

16- Hoppe C, Elger CE. ***Depression in Epilepsy: A critical review from a vlinical perspective.*** Nature Reviews Neurology 2011; 7: 462-72.

17- Noohi S, Azar M, Karamad A, ShafieiKardjani A, Amiri M, Habibi M, et al. ***Frequency of Symptoms of Depression, General Anxiety, Obsessive-Compulsive Disorder and Phobic Anxiety in the Epithelial Phase of Patients with Epilepsy***.Medical Science 2008; 18 (1): 39-43. [Persian]

18- Krishnamoorthy ES, Trimble MR, Blumer D. ***The Classification of Neuropsychiatric Disorders in Epilepsy: a Proposal by the ILAE Commission on psychobiology of epilepsy***. Epilepsy & Behavior 2007; 10(3): 349-53.

19- Anwari MH, Ebrahimi A, Neshatdoost HT, Afshar H, Abedi A. ***The Effectiveness of Group Therapy on Acceptance and Commitment on Accepting Pain, Pain Relief Anxiety, and Pain Intensity in Patients with Chronic Pain***. J Isfahan Medical School 2014; 32 (295): 1156-65. [Persian]

20- BondJ.***Quality of life and older people***.Berkshire 2007; 12(21): 45-57.

21- Segal ZV, Teasdale JD, Williams JM. Mindfullnessbased cognitive therapy for depression. A new approach to preventing relapse. New York: Guil Ford Press 2002: 393- 408.

22- Schöndienst, M. ***The role of psychotherapy in the treatment.*** Epilepsie-Zentrum Bethel, Bielefeld, Germany. (2003).

23- Cross H. ***Epilepsy: Behavioural, Psychological, and Ketogenic Diet Treatments***. BMJ Clinical Evidence 2015.

24- Ebrahimi HA. ***Challenges in the Treatment of Epilepsy.*** J Kerman Uni Medical Sci 2012; 19(2): 212-24. [Persian].

25- Lundgren, T. ***Act treatment of epilepsy: Time for a behavioral model? Acta university upsaliensis***. Digital comprehensive summaries of Uppsala dissertations from the faculty of science. Uppsala.

26- Dahl J, Wilson KG, Nilsson A. ***Acceptance and Commitment Therapy and the Treatment of Persons at Risk for Long-Term Disability Resulting from Stress and Pain Symptoms: A Preliminary Randomized Trial***. Behav therapy 2004; 35(4):785-801.

27- Saboor S, Kakaberi K. ***The Effectiveness of Admission and Commitment Therapy Group on the Rate of Depression Symptoms, Stress and Pain Indexes in Women with Chronic Pain***. J Nursing Rehabilitation Research. Islamic Azad University, Kermanshah Branch 2016; 2(4): 1-9. [Persian]

28- Hayes SC, Strosahl K, Wilson KG. **Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change.** New York: Guilford Press. (1999)

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.18502/ssu.v27i2.1046]

29-Hayes SC, Wilson KG, Gifford EV, Bissett R, Piasecki M, Batten SV, et al. ***Preliminary Trial of Twelve- Step Facilitation and Acceptance and Commitment Therapy with Polysubstance Abusing Methadone Maintained Opiate Addicts***. Behavior Therapy 2004; 35(4): 667-88.

30-Harris R. ***Embracing Your Demons: An Overview of Acceptance and Commitment Therapy***. Psychotherapy in Australia 2006; 12(4): 2-8.

31-Harris, R. *ACT with love*. Oakland, New Horbinger publication. . (2009).

32-Ezadi R. AbediM, Acceptance and commitment therapy. Tehran: Jungle. 2012. [Persian]

33-Orsillo SM, Batten SV. ***Acceptance and Commitment Therapy in the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder.*** Behavior modification 2005; 29(1): 95-129.

34-Lopez FC, Salas SV. ***Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in the Ttreatment of Panic Disorder: Some Considerations from the Research on Basic Processes***. International J Psychology and Psychological Therapy 2009; 9(3): 299-315.

35-Sedaghati, shabnam.(2016). Effect of admission and commitment therapy on depression with signs of anxiety in patients with epilepsy.(persian).

36-Rajabi S, Yazdkhasti F. ***Effectiveness of Acceptance and Commitment Group Therapy on Anxiety and Depression in Women With MS***. J Clinical Psychology 2014; 6 (1): 29-38. [Persian]

37-Ryff CD, Singer B H. ***Best news yet on the six-factor model of well-being***. Social sci Res 2006; 35(4):1103-19.

38-Warnecke RB1, Ferrans CE, Johnson TP, Chapa-Resendez G, O'Rourke DP, Chávez N, et al. ***Measuring Quality of Life in Culturally Diverse Populations***. J National Cancer Institute.Monographs 1996; 20: 29-38.

39-Kontodimopoulos N, Niakas D, ***determining the basic psychometric properties of the Greek KDQOL-SF***, Qualitu Life Research 2005; 14(8):1967-75.

40-Montazeri A, Ghatbasbi A, VahidHaninia, M S ***.Determination of the reliability and validity of the Persian species of the sf-36 questionnaire*** .Pyash(Health Monitor) 2005; 5(1): 49-56. [Persian]

41-Beck AT, Steer RA, Garbin MG. ***Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation***. Clinical Psychology Review, 1988, 8(1): 77-100

42-Amini F, Farah bakhsh K, Nikoozadehkordmirza E. ***Comparative Analysis of Life Satisfaction, Resilience and Burnout among Intensive and other Units Nurses***. Quarterly J Nursing Management 2013; 1(4): 9-17. [Persian]

43-Stalpers LJ, da Costa HC, Merbis MA, Fortuin AA, Muller MJ, van Dam FS. ***Hypnotherapy in Radiotherapy Patients: a Randomized Trial.*** International J Radiatin Oncology Biology Physics 2005; 61(2): 499-506.

44-PourfarajOmran M. ***The effectiveness of acceptance and commitment group therapy in social phobia of students***. J Knowledge & Health 2011; 6(2):1-5.[Persian]

45-Annunziata AJ, Green JD, Marx BP. Acceptance and commitment therapy for depression and anxiety.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.18502/ssu.v27i2.1046]

Encyclopedia of Mental Health. New York: Williams & Wilkins. 2015.

46-Witkiewitz K, Marlatt A, Walker D. **Mindfulness based relapse prevention for alcohol & substance use disorders: The meditation tortoise wines the race**. J Cognitive Psychotherapy 2005; 19(3): 211-28.

47-Arrindell J, Heesink J, Feij JA.***The Satisfaction with Life Scale (SWLS):Appraisal with 1700 Healthy Young Adults in the Netherlands***.** Personality and Individuals differences 1999; 26(5): 815-26.

48-McGrath JC. ***Biofeedback and psychophysiological disorder, in. J. E.C arr&H. A. Dengerink: Behanioral science in the practice of medicine***.** New York: Elsevier science publishing. (2009).

49-Lee V, Cohen SR, Edgar L, Laizner AM, Gagnon AJ. ***Meaning- making intervention during breast or colorectal cancer treatment improves self- esteem, optimism, and self-efficacy.*** Social Science & Medicine 2006; 62 (4): 3133-45.

50-Hauser, R.M., Springer, K.W., &Pudrovska, T. Temporal structures of psychological well-being: continuityor change?. Presented at the 2005 Meetings of the Gerontological Society of America, Orlando, Florida. Journal of Intellectual Disability Research, (2005).12, 874-882.

51-Brown K W, Ryan RM. ***The Benefits of Being Present: Mindfulness and its Role in Psychological Well- Being.*** J personality and Social psychology 2003; 84(4): 822-48.

52-Shokri,O.(2001), Gender Differences in Subjective Well-Being and Personality Characteristics, Iranian Journal of Clinical Psychology(2001).

53-Ataei M R, The Effectiveness of Group Therapeutic Hope on Predominant Well-Being, Acceptable and Pseudostasisof HIV Patients. J Kermanshah University of Medical Sciences 2014; 18(5): 265-74.

54-Hayes SC. ***Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Ttheory, and the Tthird Wave of Behavioral and Cognitive Therapies***. Behavior Therapy 2004; 35(4): 639-65.

55-Forman EM, Shaw JA, Goetter EM, Herbert JD, Park JA, Yuen EK. ***Long-Term Follow-up of a Randomized Controlled Trial Comparing Acceptance and Ccommitment Therapy and Standard Cognitive Behavior Therapy for Anxiety and Depression.*** Behavior therapy 2012; 43(4): 801-11.

56-Folke F, Parling T, Melin L. ***Acceptance and commitment therapy for depression: A preliminary randomized clinical trial for unemployed on long-term sick leave.*** Cognitive and Behavioral Practice 2012; 19(4): 583-94.

57-..Clarke S, Kingston J, James K, Bolderston H, Remington B. ***Acceptance and Commitment Therapy Group for Treatment-Resistant Participants: A Randomized Controlled Trial***. J Contextual Behavioral Science 2014; 3(3): 179-88.

58-*Wells, A. Emotional disorders and met cognition: Innovative cognitive therapy. 1st ed. Translated to Persian by: Bahrami F, Rezvan S.* Tehran, (2006). 105-113. [Persian]

59-Manns BJ, Johnson JA, Taub K, Mortis G, Ghali WA, Donaldson C. ***Dialysis adequacy and health related quality of life in hemodialysis patients.*** ASAIO J 2002; 48(5): 565-69.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.18502/ssu.v27i2.1046]

60-Kimmel L. ***Psychosocial Factors in adult end-Stage renal disease patients treated with hemodialysis: correlates and outcomes*** .American J Kidney Diseases 2000; 35(4): 132-40.

61-Hayes SC, Levin ME, Plumb-Vilardaga J, Villatte JL, Pistorello J. ***Acceptance and Commitment Therapy and Ccontextual Behavioral Science: Examining the Progress of a Distinctive Model of Bhavioral and Cognitive Therapy***. Behavior Therapy 2013; 44(2): 180-98.

62-Herbert, J. D. & Forman, E.M.(Eds.). Acceptance and mindfulness in cognitive behavior therapy Hoboken, NJ: Wiley. (2011).

63- Arch JJ, Craske MG. ***Acceptance and Commitment Therapy and Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety Disorders: Different Treatments, Similar Mechanisms?.*** Clinical psychology: Science and practice 2008; 15(4): 263-79.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.18502/ssu.v27i2.1046]

Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences
Vol 27| NO 2 | May 2019

Received: 24 Jan 2019
Accepted: 9 Mar 2019

Effectiveness of acceptance and commitment therapy on psychological well-being, quality of life and depression in patients with epilepsy

Ghodsieh Ebrahimpour[1], Bahram Mirzaeian[*2], Ramazan Hasanzade[3]

Original Article

Introdution: Epilepsy is known as a cerebrovascular disorder with a continuing readiness for epileptic seizures and psychological neuropsychological outcomes. The purpose of this study was to investigate the effectiveness of acceptance and commitment therapy on psychological well-being, quality of life and depression in patients with epilepsy.

Methods: The study was a quasi- experimental with a pre-test, post-test design with a control group. The statistical population of the study consisted of 76 patients, of whom 20 were selected by available sampling method and they were randomly divided into two experimental and control groups. The experimental group received the acceptance and commitment group therapy in eight sessions each of which in two hours. Before and after the intervention, the Multidimensional Reef psychological well-being questionnaire, Quality of life questionnaire, Beck Depression Inventory was administrated in both groups. Data were analyzed using covariance test and SPSS20 software.

Results: The findings of this study showed that acceptance and commitment based treatment had a significant effect on psychological well-being, quality of life and depression in the level of error less than p <0.0001. And the result of P-value was reported as 42.602, 17. 927, 53.528, respectively.

Conclusion: The results of this study show that acceptance and commitment therapy is significantly effective in the patients with epilepsy using techniques such as attention to the present time, acceptance and cognitive impairment in increasing psychological well-being and quality of life and reducing depression. Considering the effect of admission therapy and commitment in using this method at all levels of prevention and treatment of the patients with physical and mental illness seems necessary.

Keywords: Acceptance and commitment therapy, Psychological well-being, Quality of life, Depression, Epilepsy.

Citation: Ebrahimpour GH, Mirzaeian B, Hasanzade 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(2): 1262-79.

1Department of Psychology, Faculty of Humanities, Islamic Azad University, Sari, Iran
2Department of Human Sciences, Sari Islamic Azad University ,Sari ,Iran
3Islamic Azad University of Sari, Iran
***Corresponding author: Tel:** 09111541808, **email:** Bahrammirzaian@gmail.com

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.18502/ssu.v27i2.1046]