



## Effectiveness of Acceptance & Commitment Therapy on Intensity of Pain Experience and Life Satisfaction of Patients with Epilepsy

Nasrin Kashefimehr<sup>1</sup> , Faezeh Ebrahimi Sadr<sup>2</sup>, Hadi Smkhani Akbarinejhad<sup>3\*</sup> 

1. MA in Family Counseling, Islamic Azad University East Azarbaijan Science and Research Branch, Tabriz, Iran
2. MA of Clinical Psychology, Tabriz University, Tabriz, Iran
3. Dept of Psychology, University College of Nabi AKram, Tabriz, Iran

### ABSTRACT

**Aim and background:** The aim of this study was to determine the effectiveness of acceptance & commitment therapy on intensity of pain experience & life satisfaction of patients with epilepsy.

**Material and Methods:** This study was semi-experimental with a pretest-posttest & follow up control group design. The statistical population of the research consisted of all men with epilepsy in Tabriz who were members of the Epilepsy Society of this city in 2022. 30 people were randomly selected into two groups (15 people each) by following the criteria for entering and leaving the research and using the purposeful sampling method. The members of the experimental group received acceptance and commitment-based therapy in 8 sessions of 1.5 hours; but the control group did not receive any treatment. Analysis of findings made through repeated measures analysis of variance test.

**Results:** In the pretest, mean and standard deviation of the acceptance & commitment therapy for intensity of pain experience ( $76.93 \pm 4.49$ ) and for life satisfaction ( $40.40 \pm 3.85$ ), and in the control group for intensity of pain experience ( $78.27 \pm 4.14$ ) and for life satisfaction ( $40.60 \pm 3.52$ ) ( $P > 0.05$ ). Acceptance & commitment therapy, compared to the control group, the intensity of pain experience ( $78.27 \pm 4.14$ ) and life satisfaction ( $78.27 \pm 4.14$ ) of patients with epilepsy decreased and increased respectively in the post-test ( $p < 0.001$ ). In the follow-up phase, the effect of treatment on the intensity of pain experience and life satisfaction was lasting ( $p < 0.001$ ).

**Conclusion:** Based on the findings of this research, it can be concluded that acceptance and commitment therapy reduced the intensity of pain experience and increased life satisfaction of patients with epilepsy.

**Keywords:** Acceptance & Commitment Therapy, Intensity of Pain Experience, Life Satisfaction of Patients, Epilepsy

►Please cite this paper as:

Kashefimehr N, Ebrahimi Sadr F, Smkhani Akbarinejhad H [Effectiveness of Acceptance & Commitment Therapy on Intensity of Pain Experience and Life Satisfaction of Patients with Epilepsy (Persian)]. J Anesth Pain 2023;14(1)

**Corresponding Author:** Hadi Smkhani Akbarinejhad, Dept of Psychology, University College of Nabi AKram, Tabriz, Iran

**Email:** hadiakbarinejhad@yahoo.com

فصلنامه علمی پژوهشی بیهوشی و درد، دوره ۱۴، شماره ۱، بهار ۱۴۰۱

## اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شدت تجربه درد و رضایت از زندگی بیماران مبتلا به صرع

نسرین کاشفی مهر<sup>۱</sup>، فائزه ابراهیمی صدر<sup>۲</sup>، هادی اسمخانی اکبری نژاد<sup>۳\*</sup>

۱. کارشناس ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات آذربایجان شرقی، تبریز، ایران
۲. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران
۳. گروه روان‌شناسی، موسسه آموزش عالی نبی اکرم (ص)، تبریز، ایران

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۸/۱۸

تاریخ بازبینی: ۱۴۰۱/۷/۲۳

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۶/۱

### چکیده

**زمینه و هدف:** هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شدت تجربه درد و رضایت از زندگی بیماران مبتلا به صرع بود.

**مواد و روش‌ها:** روش پژوهش، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش را کلیه مردان مبتلا به صرع شهر تبریز تشکیل داد که در سال ۱۴۰۰ عضو انجمن صرع این شهر بودند. ۳۰ نفر با رعایت ملاک‌های ورود و خروج به پژوهش و با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب، و به صورت تصادفی در دو گروه (هر کدام ۱۵ نفر) قرار گرفتند. اعضای گروه آزمایشی، در ۸ جلسه ۱/۵ ساعته درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را دریافت کردند؛ ولی گروه کنترل هیچ درمانی را دریافت نکردند. داده‌ها توسط آزمون تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر تجزیه و تحلیل شدند.

**نتایج:** در پیش‌آزمون، میانگین و انحراف معیار درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای شدت تجربه درد ( $76/93 \pm 4/49$ ) و برای رضایت از زندگی ( $40/40 \pm 3/85$ )، و در گروه کنترل برای شدت تجربه درد ( $78/27 \pm 4/14$ ) و برای رضایت از زندگی ( $40/60 \pm 3/52$ ) بود. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با گروه کنترل، شدت تجربه درد ( $78/27 \pm 4/14$ ) و رضایت از زندگی ( $78/27 \pm 4/14$ ) بیماران مبتلا به صرع را در پس‌آزمون به ترتیب کاهش و افزایش دادند ( $p < 0/001$ ). در مرحله پیگیری، اثر درمان بر شدت تجربه درد و رضایت از زندگی ماندگار بود ( $p < 0/001$ ).

**نتیجه‌گیری:** براساس یافته‌های این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب کاهش شدت تجربه درد و افزایش رضایت از زندگی بیماران مبتلا به صرع شده است.

**واژه‌های کلیدی:** درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، شدت تجربه درد، رضایت از زندگی، صرع

نویسنده مسئول: هادی اسمخانی اکبری نژاد، گروه روان‌شناسی، موسسه آموزش عالی نبی اکرم (ص)، تبریز، ایران

پست الکترونیک: Hadiakbarinejhad@yahoo.com

چون افراد مبتلا به صرع درگیر مشکلات روان‌شناختی، اجتماعی و جسمانی متعددی هستند که از بیماری‌شان نشأت می‌گیرد، و سبب تحمیل معضلات اجتماعی و مالی به آن‌ها و خانواده‌شان می‌شود، باید علاوه بر مداخلات طبی، مداخلات روان‌شناختی از جمله انواع رویکردهای مشاوره و روان‌درمانی نظیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (acceptance and commitment therapy) را نیز برای آن‌ها مدنظر قرار داد.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک مداخله روان‌شناختی مبتنی بر شواهد است که راهبردهای پذیرش و ذهن‌آگاهی را به شیوه‌های مختلفی با راهبردهای تعهد و تغییر رفتار ادغام می‌کند. این امر با هدف افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی انجام می‌شود. انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به این معنی است که فرد به‌طور کامل با لحظات کنونی تماس داشته باشد و براساس مقتضیات وضعیتی که در آن قرار دارد متعهد شود که رفتار خود را در راستای ارزش‌هایی که برگزیده است تغییر یا ادامه دهد<sup>(۱۳)</sup>. با کمک این درمان افراد می‌توانند با پذیرش افکار و احساسات به‌جای اجتناب از آن‌ها و با آگاهی و شناخت از ارزش‌های اصلی شخصی در زندگی در بین گزینه‌های مختلف عملی را انتخاب کنند که مناسب‌تر باشد و به ارزش‌هایشان نزدیک‌تر باشد، نه این‌که عملی صرفاً جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطرات یا تمایلات آشفته به فرد تحمیل شود<sup>(۱۴)</sup>. نتایج پژوهش‌ها حاکی از این است که این درمان بر بهزیستی روان‌شناختی<sup>(۱۵)</sup>، بر تشنج و خودمدیریتی<sup>(۱۶)</sup>، بهبود کیفیت زندگی<sup>(۱۷)</sup>، سبک‌های اسنادی<sup>(۱۸)</sup>، بهزیستی روان‌شناختی، کیفیت زندگی و افسردگی<sup>(۱۹)</sup>، ابعاد تحمل آشفتگی<sup>(۲۰)</sup> بیماران مبتلا به صرع؛ و شدت تجربه درد بیماران آسیب طناب نخاعی<sup>(۲۱)</sup> اثربخش است.

با توجه به این‌که هیچ پژوهشی در راستای اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شدت تجربه درد و رضایت از زندگی بیماران مبتلا به صرع در دسترس نیست، در این پژوهش پژوهشگران سعی دارند رویکردی را عملیاتی کنند که ضمن قابلیت اجرایی پژوهش، جنبه جدیدی را دربر داشته باشد و در عین حال، فرضیه اساسی آن‌ها را که معتقدند این درمان بر شدت تجربه درد و رضایت از زندگی بیماران مبتلا به صرع موثر می‌باشد، مورد بررسی قرار دهد و مشخص سازد که آیا این درمان روش مناسبی برای شدت تجربه درد و رضایت از زندگی این بیماران است. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف آزمایش این درمان به‌عنوان درمان تکمیلی برای

## مقدمه

صرع (epilepsy) یک بیماری مزمن است که به‌صورت حملات تشنجی تکرارشونده در بین ۳٪ الی ۵٪ از جمعیت‌های مختلف در سراسر جهان بروز می‌کند<sup>(۱)</sup>. حملات تشنجی غیرقابل پیش‌بینی باعث می‌شود که بیماران مبتلا به صرع با فشارهای مختلف روانی و اجتماعی مواجه شوند<sup>(۲)</sup>. افرادی که دارای استعداد ذاتی برای صرع هستند، به‌طور شایع در پاسخ به عوامل برانگیزاننده، دچار تشنج می‌شوند<sup>(۳)</sup>. این عوامل می‌تواند شامل محرک‌های بیرونی از جمله مصرف دارو، محرومیت دارویی، تغییرات هورمونی، اختلالات متابولیک و یا اختلالات هیجانی باشد، و در صورت عدم کنترل این موارد، ایجاد تشنج‌های مکرر می‌تواند باعث کاهش کیفیت و رضایت از زندگی (life satisfaction) فرد مبتلا گردد<sup>(۴)</sup>. صرع بر طیف گسترده‌ای از عملکردهای روان‌شناختی، اجتماعی و جسمانی تأثیر می‌گذارد و مبتلایان را با مشکلاتی چون بهزیستی روان‌شناختی کم<sup>(۵)</sup>، انگ اجتماعی<sup>(۶)</sup> و شدت تجربه درد (intensity of pain experience)<sup>(۷)</sup> درگیر می‌کند.

تجربه درد یکی از شایع‌ترین رویدادهایی است که افراد را وادار به درخواست کمک از نظام‌های مراقبتی، بهداشتی و درمانی می‌کند، و نه تنها با تنیدگی و ناراحتی ایجاد شده توسط درد، بلکه به‌واسطه پیامدهای تنیدگی‌زای دیگری که برای فرد دردمند دارد، از جمله هزینه‌های درمانی و پیامدهای خانوادگی و شغلی، جنبه‌های مختلف زندگی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد<sup>(۸)</sup>.

رضایت از زندگی شاخصی تعیین‌کننده در میزان سلامتی افراد است<sup>(۹)</sup>. بررسی رضایت از زندگی در نظام‌های مراقبت بهداشتی از این جنبه مهم است که این مفهوم در تعامل کامل با سلامتی است و ارتباط تنگاتنگی بین سلامت جسم و روان و رضایت از زندگی وجود دارد<sup>(۱۰)</sup>. رضایت از زندگی به‌عنوان یکی از متغیرهای مهم متأثر از بیماری‌های مزمن ناظر بر ادراک رضایت فردی از موقعیت زندگی خود در زمینه فرهنگ و نظام‌های ارزشی است، که فرد در آن زندگی می‌کند و در رابطه با اهداف، انتظارات، معیارها و دل‌مشغولی‌های انتخابی فرد است<sup>(۱۱)</sup>. از این مفهوم چنین برمی‌آید که رضایتمندی از زندگی مهم‌ترین مؤلفه بهزیستی روان‌شناختی و ذهنی است که مربوط به ارزیابی کیفیت زندگی بر اساس ملاک‌های فردی می‌باشد، یعنی رضامندی بالا از زندگی، حالتی است که شرایط ادراک‌شده توسط فرد با هنجارهای تعیین‌شده از طرف خود مطابقت دارد<sup>(۱۲)</sup>.

جلسات درمانی، توسط یک مشاور با درجه دکتری تخصصی، و یک روان‌شناس بالینی و یک مشاور با درجه کارشناسی ارشد در یک مرکز مشاوره خصوصی در شهر تبریز برگزار شد. بعد از اتمام جلسات (پس‌آزمون)، و چهار ماه پس از اتمام درمان (پیگیری)، اعضای هر دو گروه با استفاده از ابزارهای اندازه‌گیری ارزیابی شدند. جهت جلوگیری از ریزش اعضای گروه‌ها، حین مصاحبه اولیه با تک‌تک آن‌ها، از اعضا خواستیم تعهد خود را نسبت به شرکت در کل جلسات حفظ کنند، اما به آن‌ها گفته شد که هر وقت مایل بودند می‌توانند از گروه خارج شوند. این امر در طول جلسات هم رصد می‌شد و همبستگی گروهی که بین اعضا ایجاد شده بود، مانع ریزش افراد گروه شد. پیش از تقسیم تصادفی افراد به گروه آزمایش و کنترل (به‌شيوه قرعه‌کشی)، کلیه افراد گروه‌ها به‌شيوه قرعه‌کشی از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناسی نظیر سن و مدت زمان ابتلا به بیماری صرع همسان شدند (پس از این که ملاک‌های ورود به مطالعه، یعنی سن و مدت زمان ابتلا به بیماری صرع رعایت شد، برای این که کدام یک از آزمودنی‌ها در کدام گروه قرار گیرند از روش پرتاب سکه استفاده شد تا افراد در گروه‌ها قرار گیرند). همه اصول اخلاقی در این مقاله رعایت شده است. شرکت‌کنندگان اجازه داشتند هر زمان که مایل بودند از پژوهش خارج شوند. اطلاعات آن‌ها محرمانه نگه داشته شدند و در پایان درمان، اعضای گروه کنترل نیز تحت مداخله قرار گرفتند. برای برگزاری جلسات درمانی، از افراد هیچ هزینه‌ای دریافت نشد.

پرسشنامه دیداری سنجش درد: این پرکاربردترین ابزار سنجش درد در دنیاست. مقیاس دیداری اندازه‌گیری شدت درد یک خط‌کش ۱۰ سانتی متری می‌باشد که در انتهای سمت چپ آن واژه بدون درد و در انتهای سمت راست آن واژه شدیدترین حالت درد نوشته شده است. فرد با توجه به میزان درد خود در ۴۸ ساعت گذشته روی پیوستار علامت می‌گذارد<sup>(۳۳)</sup>. علاوه بر روایی و پایایی، مهم‌ترین خصیصه این ابزار سادگی استفاده از آن می‌باشد. این ابزار یک معیار ۱۰-۰ سانتی متری است، که طرف چپ آن (عدد صفر) بیانگر نداشتن درد و طرف راست آن (عدد ده) بیانگر شدیدترین درد است. کسب نمره ۱-۳ نشان‌دهنده درد خفیف، ۴-۷ درد متوسط و ۸-۱۰ نشان‌دهنده درد شدید می‌باشد<sup>(۳۳)</sup>. در مطالعات متعددی در خارج از کشور روایی و پایایی علمی این ابزار تأیید شده است<sup>(۳۳)</sup>. در ایران نیز پایایی این مقیاس با

این نوع از بیماران و با این امید که این اقدامات تکمیلی بتوانند حالات روان‌شناختی آن‌ها را بهبود ببخشند انجام شد. لذا هدف پژوهش حاضر این است که اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شدت تجربه درد و رضایت از زندگی بیماران مبتلا به صرع را مورد مطالعه قرار دهد.

### مواد و روش‌ها

کد اخلاق پژوهش حاضر (IR.IAU.Z.REC.۱۴۰۰.۱۲۹) بود. روش پژوهش حاضر، نیمه‌آزمایشی و طرح آن از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه مردان مبتلا به صرع شهر تبریز در سال ۱۴۰۰ که عضو انجمن صرع این شهر بودند تشکیل داد. جهت نمونه‌گیری از روش غیراحتمالی هدفمند استفاده شد. پس از کسب رضایت مسئولین انجمن و بیماران، پرسشنامه‌های دیداری سنجش درد و رضایت از زندگی Diener و همکاران در بین ۱۶۶ بیمار توزیع شد که ۱۱۸ نفر در این پرسشنامه‌ها به‌ترتیب یک انحراف معیار بالاتر و پایین‌تر از میانگین نمره کسب کردند. از این بین، ۳۰ نفر با در نظر گرفتن معیارهای ورود به مطالعه چون (۱) پذیرش داوطلبانه برای شرکت در پژوهش، (۲) شرکت کامل در جلسات درمانی، (۳) سن بین ۲۵ تا ۴۰ سال و (۴) متأهل؛ و ملاک‌های خروج از مطالعه چون (۱) ابتلا به بیماری جدی دیگر به‌غیر از صرع همچون ام. اس، سرطان و... و (۲) برخورداری از جلسات مشاوره و روان‌درمانی فردی و گروهی انتخاب (توضیح این که این ملاک‌ها در مرحله آزمون اولیه در نظر گرفته شدند)، و به‌صورت تصادفی (به‌شيوه قرعه‌کشی از طریق پرتاب سکه) به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند (هر کدام ۱۵ نفر). جهت تعیین حجم نمونه از معادله برآورد فرمول حجم نمونه Fleiss استفاده شد. تعداد ۱۵ نفر برای هر گروه بر اساس نرم‌افزار تعیین حجم نمونه G Power ۳ و با در نظر گرفتن پارامترهای زیر محاسبه شد. اندازه اثر = ۰/۴۸؛ ضریب آلفا = ۰/۰۵؛ توان آزمون = ۰/۶۸؛ Repetitions = ۲؛ Noncentrality/۹۹۸؛ parameter  $\lambda$  = Critical F = ۴۶۵؛ Numerator = ۱؛ Denominator df = ۲۹؛ Actual power = ۰/۸۱؛ Pillai V = ۰/۴۵.

برای جلوگیری از تبادل اطلاعات بین افراد گروه‌ها، از آن‌ها خواسته شد تا چهار ماه پس از اتمام درمان، درباره محتوای جلسات با یکدیگر گفتگویی نداشته باشند.

شیوه هم‌گرا و افتراقی) مطلوبی برای مقیاس گزارش کردند<sup>(۲۴)</sup>. در پژوهشی<sup>(۲۵)</sup>، اعتبار این مقیاس را با روش آلفای کرونباخ بر روی نمونه‌ای از ۱۰۹ دانشجوی دانشگاه آزاد اسلامی واحد آزادشهر ۰/۸۳ به‌دست آورده‌اند. اعتبار این مقیاس به روش باز آزمایی ۰/۶۹ به‌دست آمد. روایی سازه نیز از طریق روایی هم‌گرا با استفاده از فهرست شادکامی آکسفورد OHI و فهرست افسردگی بک BDI برآورد شد که با فهرست شادکامی همبستگی مثبت و با فهرست افسردگی بک، همبستگی منفی نشان داد. بر اساس نتایج این پژوهش، مقیاس رضایت از زندگی یک مقیاس مفید در پژوهش‌های روان‌شناختی ایرانی است<sup>(۲۵)</sup>. پایایی این مقیاس در این مطالعه با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۲ به‌دست آمده است.

پس از اجرای پیش‌آزمون، اعضای گروه آزمایش، طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (دو ماه، هفته‌ای یک جلسه) درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را به‌صورت گروهی، طبق برنامه درمانی Hayes و Lillis<sup>(۱۳)</sup> دریافت کردند (جدول ۱). اعضای گروه کنترل هیچ درمانی را دریافت نکردند. برای تجزیه و تحلیل آماری از نسخه ۲۴ نرم‌افزار SPSS استفاده شد. جهت بررسی فرضیه پژوهش از آنالیز واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده شد. در این پژوهش سطح معنی‌داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

ضریب همبستگی  $r=0.88$  مورد تأیید قرار گرفته است<sup>(۲۳)</sup>. پایایی این مقیاس در این مطالعه با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۹ به‌دست آمده است.

پرسشنامه رضایت از زندگی: این مقیاس توسط Diener و همکاران<sup>(۲۴)</sup> تهیه و از ۵ گزاره، که مولفه شناختی بهزیستی فاعلی را اندازه‌گیری می‌کند تشکیل شده است. آزمودنی‌ها اظهار می‌دارند که برای مثال چقدر از زندگی خود راضی‌اند و یا چه قدر زندگی به زندگی آرمانی آن‌ها نزدیک است. این مقیاس متشکل از ۴۸ سوال است که میزان رضایت از زندگی و بهزیستی را منعکس می‌کند و تحلیل عاملی نشان داد که از سه عامل تشکیل شده است. ۱۰ سوال آن با رضایت از زندگی مرتبط بود که پس از بررسی‌های متعدد در نهایت به ۵ سوال کاهش یافت و به‌عنوان یک مقیاس مجزا مورد استفاده قرار گرفت<sup>(۲۵)</sup>. این پرسشنامه هفت گزینه دارد و از ۱ تا ۷ نمره‌گذاری می‌شود (کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۷))<sup>(۲۵)</sup>. کم‌ترین نمره در این پرسشنامه ۴۸ و بیش‌ترین نمره ۳۳۶ است. هرچه‌قدر نمره فرد بیش‌تر باشد نشان‌دهنده رضایت از زندگی بیش‌تر در فرد است. در خصوص اعتبار این مقیاس نیز ضریب آلفا برابر ۰/۸۷ و ضریب باز آزمایی آن، برابر ۰/۸۲ گزارش شده است. پایایی (آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۵) و روایی (به

شکل ۱: محتوای جلسات و پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسه	شرح جلسات (هدف و موضوع)
اول	برقراری رابطه درمانی، آشنا کردن افراد با موضوع پژوهش، پاسخ به پرسشنامه‌ها و بستن قرارداد درمانی
دوم	کشف و بررسی روش‌های درمانی بیمار، ارزیابی میزان تأثیر آن‌ها، بحث درباره موقتی و کم‌اثر بودن درمان‌ها با استفاده از تمثیل، دریافت بازخوردها و ارائه تکالیف
سوم	کمک به مراجع برای تشخیص راهبردهای ناکارآمد کنترل و پی بردن به بی‌بهره‌بودگی آن‌ها، پذیرش وقایع شخصی دردناک بدون کشمکش با آن‌ها با استفاده از تمثیل، دریافت بازخورد و ارائه تکالیف
چهارم	توضیح درباره اجتناب از تجارب دردناک و آگاهی از پیامدهای آن‌ها، آموزش گام‌های پذیرش، تغییر مفاهیم زبان با استفاده از تمثیل، آموزش تن‌آرامی، دریافت بازخورد و ارائه تکالیف
پنجم	معرفی مدل سه‌بعدی به‌منظور بیان ارتباط مشترک رفتار/احساسات، کارکردهای روان‌شناختی و رفتار قابل مشاهده و بحث درباره تلاش برای تغییر رفتار بر اساس آن، دریافت بازخورد و ارائه تکالیف
ششم	توضیح مفاهیم نقش و زمینه، مشاهده خویشتن به‌عنوان زمینه، برقراری ارتباط با خود با استفاده از تمثیل، آگاهی از دریافت‌های حسی مختلف و جدایی از حس‌هایی که جزء محتوای ذهنی هستند، دریافت بازخورد و ارائه تکالیف
هفتم	توضیح مفهوم ارزش‌ها، ایجاد انگیزه برای تغییر و توانمند کردن مراجع برای زندگی بهتر، تمرین تمرکز آگاهی، دریافت بازخورد و ارائه تکالیف
هشتم	آموزش تعهد به‌عمل، شناسایی طرح‌های رفتاری مطابق با ارزش‌ها و ایجاد تعهد برای عمل به آن‌ها، جمع‌بندی جلسات و اجرای پس‌آزمون



جدول ۲: میانگین و انحراف معیار سن و مدت زمان ابتلا به بیماری صرع آزمودنی‌ها (تعداد در هر گروه ۱۵ نفر)

متغیر	گروه آزمایش	گروه کنترل	p
سن (سال) (میانگین $\pm$ انحراف معیار)	۲۸/۵۳ $\pm$ ۵/۶۸	۳۲/۲۰ $\pm$ ۴/۷۰	۰/۰۶۴
مدت زمان ابتلا به بیماری صرع (سال) (میانگین $\pm$ انحراف معیار)	۵/۳۳ $\pm$ ۱/۱۱	۴/۸۷ $\pm$ ۱/۲۴	۰/۲۸۸

نوع آزمون: تی مستقل \*اختلاف معنی‌دار  $p < 0/05$

## نتایج

در جدول ۲، یافته‌های توصیفی متغیرهای سن و مدت زمان ابتلا به بیماری صرع آزمودنی‌ها آورده شده است. در جدول ۲، سطوح معناداری به‌دست آمده نشان می‌دهند که بین دو گروه از نظر سن و مدت زمان ابتلا به بیماری صرع تفاوت معنی‌داری وجود ندارد ( $p > 0/05$ ).

در بررسی پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر، آزمون شاپیرو ویلک نشان داد پیش‌فرض نرمال بودن توزیع متغیرهای شدت تجربه درد و رضایت از زندگی در نمونه مورد مطالعه محقق شده است، چرا که مقادیر Z محاسبه‌شده معنی‌دار نیست ( $P > 0/05$ ). در آزمون ام باکس، چون F متغیرهای شدت تجربه درد ( $F = 2/165$ ) و رضایت از زندگی ( $F = 2/211$ ) به ترتیب در سطح ( $0/511$  و  $0/389$ ) معنادار نبودند، بنابراین می‌توان گفت که مفروضه همسانی ماتریس واریانس-کوواریانس برای متغیرها برقرار شده است. آزمون کرویت موخلی نشان داد چون مقدار کرویت موخلی ( $0/465$ ) متغیر شدت تجربه درد در سطح خطای داده‌شده ( $0/435$ ) و مقدار کرویت موخلی ( $0/500$ ) متغیر رضایت از زندگی در سطح خطای داده‌شده ( $0/550$ ) معنی‌دار نیست، لذا می‌توان کرویت ماتریس واریانس-کوواریانس متغیرهای وابسته را پذیرفت. پس، این پیش‌فرض نیز برقرار است. در آخر، نتایج آزمون لویین برای بررسی همگنی واریانسها در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در متغیرهای پژوهش نشان داد که با توجه به عدم معنی‌داری مقدار F همه متغیرها در سطح خطای کوچک‌تر از ( $0/05$ ) در همه متغیرها، می‌توان گفت که واریانس خطای متغیرهای پژوهش در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با هم برابر بوده و از این جهت فرض همسانی واریانس‌های خطا برقرار است.

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهند که بین نمرات متغیر شدت تجربه درد و رضایت از زندگی در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، تفاوت معنی‌داری وجود دارد ( $P < 0/001$ ). همچنین نتایج حاکی از آن هستند

که شدت تجربه درد و رضایت از زندگی در گروه آزمایش در پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون تفاوت معنی‌داری دارد ( $P < 0/001$ ). علاوه بر این، تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شدت تجربه درد و رضایت از زندگی بیماران مبتلا به صرع پس از چهار ماه پیگیری ماندگار بوده است ( $P < 0/001$ ). نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان می‌دهند که اختلاف میانگین نمره شدت تجربه درد و رضایت از زندگی در گروه درمانی با گروه کنترل معنادار می‌باشد ( $P < 0/001$ ).

چون آزمون اثر پیلا در موقعیت‌های عملی قدرت پیش‌تری نسبت به سایر آزمون‌ها دارد، نتایج آن گزارش شده است (جدول ۴). اطلاعات مربوط به متغیر شدت تجربه درد بیان می‌کند که بین نمرات این متغیر در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین بخش دوم اطلاعات مربوط به متغیر شدت تجربه درد نشان داد که بین نمرات این متغیر در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه آزمایشی و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارتی بین زمان و مداخله تعامل وجود دارد. اندازه اثر به‌دست‌آمده برای متغیر شدت تجربه درد ( $0/37$ ) نشان می‌دهد که  $37\%$  از تغییرات این متغیر مربوط به اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بوده است. و نیز، اطلاعات مربوط به متغیر رضایت از زندگی بیان می‌کند که بین نمرات این متغیر در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین بخش دوم اطلاعات مربوط به متغیر رضایت از زندگی نشان داد که بین نمرات این متغیر در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه آزمایشی و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارتی بین زمان و مداخله تعامل وجود دارد. اندازه اثر به‌دست‌آمده برای متغیر رضایت از زندگی ( $0/42$ ) نشان می‌دهد که  $42\%$  از تغییرات این متغیر مربوط به اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بوده است.

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار متغیرهای شدت تجربه درد و رضایت از زندگی در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری	تغییرات داخل گروهی	تغییرات بین گروهی
شدت تجربه درد	آزمایش	۸/۹۳±۱/۰۳	۵/۸۷±۱/۷۶	۶/۰۰±۱/۸۱	P<۰/۰۰۱	P<۰/۰۰۱
	کنترل	۸/۲۰±۰/۹۴	۸/۰۰±۰/۹۲	۷/۹۳±۰/۷۰	P>۰/۰۸	P>۰/۰۸
	سطح معنی‌داری بین گروه‌ها	p>۰/۰۵۲	p<۰/۰۰۱	p<۰/۰۰۱	-	-
رضایت از زندگی	آزمایش	۱۳۵/۰۰±۶/۱۶	۱۴۱/۶۰±۵/۸۰	۱۴۱/۵۳±۵/۸۶	P<۰/۰۰۱	P<۰/۰۰۱
	کنترل	۱۳۳/۷۳±۶/۹۴	۱۳۳/۳۳±۷/۲۱	۱۳۳/۱۳±۷/۲۷	P>۰/۰۹	P>۰/۰۹
	سطح معنی‌داری بین گروه‌ها	p>۰/۰۶۰۱	p<۰/۰۰۲	p<۰/۰۰۲	-	-

نوع آزمون: تحلیل واریانس آمیخته \*اختلاف معنی‌دار p<۰/۰۵

جدول ۴: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره در نمرات متغیرهای پژوهش در گروه آزمایش و کنترل

متغیر	تأثیر	مقدار	F	فرضیه درجه آزادی	خطای درجه آزادی	سطح معنی‌داری	مجذور اتا
شدت تجربه درد	زمان	۰/۴۲	۱/۲۹	۲/۰	۲۷/۰	۰/۰۰۱	۰/۴۲
	زمان*مداخله	۰/۳۷	۲/۶۹	۲/۰	۲۷/۰	۰/۰۰۱	۰/۳۷
رضایت از زندگی	زمان	۰/۴۶	۱/۶۰	۲/۰	۲۷/۰	۰/۰۰۱	۰/۴۶
	زمان*مداخله	۰/۴۲	۲/۱۵	۲/۰	۲۷/۰	۰/۰۰۱	۰/۴۲

## بحث

این پژوهش با یافته‌های مطالعات زیر همسو می‌باشد. همچنین، لازم به ذکر است که در هیچ پژوهشی نتایج مغایر با نتایج پژوهش حاضر به دست نیامده تا دلیل ناهمسویی را مورد بحث قرار دهیم.

Roshannia و همکاران<sup>(۱۵)</sup>، Barzegari Dehaj و همکاران<sup>(۱۶)</sup>، Vahidi Motlagh و همکاران<sup>(۱۷)</sup>، Aghili و Chizari<sup>(۱۸)</sup>، Ebrahimpour و همکاران<sup>(۱۹)</sup>، Ghadampour و همکاران<sup>(۲۱)</sup> و Banan و همکاران<sup>(۲۰)</sup> در پژوهش‌های خود نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به ترتیب بر بهزیستی روان‌شناختی<sup>(۱۵)</sup>، بر تشنج و خودمدیریتی<sup>(۱۶)</sup>، بهبود کیفیت زندگی<sup>(۱۷)</sup>، سبک‌های اسنادی<sup>(۱۸)</sup>، بهزیستی روان‌شناختی، کیفیت زندگی و افسردگی<sup>(۱۹)</sup>، ابعاد تحمل آشفتگی<sup>(۲۰)</sup> بیماران مبتلا به صرع؛ و شدت تجربه درد بیماران آسیب طناب نخاعی<sup>(۲۱)</sup> اثربخش است، که نتایج این پژوهش‌ها به نوعی با نتایج پژوهش حاضر همسو می‌باشد.

اصلی‌ترین سازه نظری در پذیرش، مبتنی بر درمان‌های رفتاری از قبیل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است، که به معنای توانایی

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شدت تجربه درد و رضایت از زندگی بیماران مبتلا به صرع بود. تحلیل داده‌ها نشان داد که مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شدت تجربه درد و رضایت از زندگی بیماران مبتلا به صرع تأثیر دارد، و تأثیر آن در مرحله پیگیری نیز ماندگار است. همچنین یافته‌ها نشان داد که تغییرات نمره شدت تجربه درد و رضایت از زندگی در زمان‌های مورد بررسی در گروه‌ها متفاوت بوده و اثر زمان معنی‌دار است؛ یعنی اثر متقابلی بین زمان و مداخله وجود دارد و با گذشت زمان از شروع مداخله، نمرات شدت تجربه درد کاهش و رضایت از زندگی افزایش یافتند و تأثیرات ناشی از حضور در گروه آزمایش نزدیک‌شدن به پایان مداخله بر روی نمرات شدت تجربه درد و رضایت از زندگی افراد در گروه آزمایشی مثبت بود.

تطابق نتایج پژوهش حاضر با پژوهش‌های مشابه که از لحاظ موضوعی با این پژوهش تطابق داشته باشد، به دلیل در دسترس نبودن اثربخشی این درمان بر شدت تجربه درد و رضایت از زندگی بیماران مبتلا به صرع، مقدور نبود؛ ولی می‌توان گفت که نتایج حاصل از

مبتلا به صرع شهر تبریز در سال ۱۴۰۰ تشکیل داد، که این مورد یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر است؛ و تعمیم یافته‌ها به همه مردان مبتلا به صرع جوان‌تر و مسن‌تر را دشوار می‌سازد. همچنین، در این پژوهش جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه استفاده شد که به دلیل خودگزارشی بودن ابزارها، امکان سوگیری در پاسخدهی محتمل به نظر می‌رسد. علاوه بر این‌ها، آزمودنی‌های پژوهش حاضر از منظر متغیرهایی نظیر وضعیت اقتصادی و اجتماعی هم‌تا نشده‌اند که این مورد نیز یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر است. با توجه به لزوم توجه به سلامت جسمانی و روان‌شناختی بیماران مبتلا به صرع، پیشنهاد می‌شود که در کلینیک‌های روان‌شناسی بیمارستان‌ها و کلینیک‌های دولتی و خصوصی، از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به صورت فردی و گروهی در زمینه کاهش شدت تجربه درد و افزایش رضایت از زندگی بیماران مبتلا به صرع استفاده شود.

### تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

### سهم نویسندگان

امور مربوط به گردآوری داده‌ها و نگارش و تجزیه و تحلیل داده‌ها به عهده هادی اسمخانی اکبری‌نژاد و نسرین کاشفی‌مهر بود. فائزه ابراهیمی صدر اصلاحات مقاله، شناسایی نمونه متشکل از افراد مبتلا به صرع را بر عهده داشت و پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری را اجرا کرد.

### تشکر و قدردانی

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از شرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر تقدیر و تشکر نمایند.

برای انجام عمل مؤثر در راستای ارزش‌های فردی علی‌رغم حضور درد است<sup>(۱۴)</sup>. اجتناب از درد که بنابر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد معادل اجتناب تجربه‌ای است به واسطه نقش مهمی که در آسیب‌شناسی روانی دارد، تاب‌آوری افراد را در مقابل درد مزمن کاهش می‌دهد. در واقع اجتناب از درد با ایجاد رفتارهای انعطاف‌ناپذیر و غیرمؤثر مانع تجربه مستقیم درد (اجتناب تجربه‌ای) و در نهایت مختل شدن عملکرد فرد می‌شود. در صورتی که در تاب‌آوری فرد با وجود درد و هیجانات منفی، باز هم عملکرد مؤثر خود را حفظ می‌کند. بنابراین با افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به کمک فرآیند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، اجتناب از درد و رفتارهای غیرمؤثر خنثی می‌شود، عملکرد فرد مختل نمی‌شود<sup>(۲۶)</sup> و در واقع تاب‌آوری فرد در مقابل درد افزایش می‌یابد. همچنین در دیدگاه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، اجتناب تجربه‌ای از رویدادهای درونی به واسطه آمیختگی شناختی ایجاد می‌شود و فرد به دلیل این که فکر یک رویداد را با اتفاق واقعی رویداد یکی می‌کند، دست به رفتارهایی برای جلوگیری از آن اتفاق می‌زند<sup>(۲۷)</sup>. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تأثیراتی که بر تنظیم هیجان و تغییرات رفتاری فرد می‌گذارد، منجر به تغییراتی در سبک زندگی و نگرش به زندگی در فرد می‌شود؛ پذیرش شرایط، بدون تلاش برای تغییر آن می‌تواند مستقیماً در بهبود رضایت از زندگی مؤثر باشد<sup>(۲۸)</sup>.

### نتیجه‌گیری

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با کاربرد اصول، میان‌ی و فنون خاص و ویژه خود توانسته است به بیماران مبتلا به صرع کمک کنند تا بیماری و مشکلات برآمده از آن را بهتر پذیرش کنند که این امر سبب شده تا بهتر با آن مقابله کنند، که متعاقباً رضایت از زندگی آن‌ها افزایش پیدا کرده و شدت تجربه دردشان کم‌تر شده است.

نمونه پژوهش حاضر را، کلیه مردان متأهل ۲۵-۴۰ ساله



## References

1. Jameson L, Fauci A S, Kasper D L, Hauser S L, Longo D L, Loscalzo J. Harrison's Principles of Internal Medicine. 20th ed. New York: McGraw-Hill Education. 2018; 329.
2. Mula M, Sander J W. Psychosocial aspects of epilepsy: a wider approach. *BJPsych Open* 2016; 2(4): 270-274.
3. Ablae A, Hesdorfferr DC, Liucy E. Revalence of epilepsy in rural Kansas. *Epilepsy Research* 2014; 108(4): 792-801.
4. Schuele, S U. Evaluation of Seizure Etiology from Routine Testing to Genetic Evaluation. *Continuum (Minneapolis)* 2019; 25(2): 322-342.
5. Rezaei F, Roshannia S, Ali Asadi H. Investigating Stigma within Epilepsy Patients and its Effect on Psychological Factors. *JSSU* 2016; 23(11): 1063-1075. [in Persian]
6. Lalatović S, Milovanović M, Krstić N. Stigma and its association with health-related quality of life in adults with epilepsy. *Epilepsy & Behavior* 2022; 135: 108874.
7. Lo Bianco G, Thomson S, Vigneri S, Shapiro H, Schatman ME. Abdominal Epilepsy, a Rare Cause of Abdominal Pain: The Need to Investigate Thoroughly as Opposed to Making Rapid Attributions of Psychogenic Causality. *J Pain Res* 2020; 13: 457-460.
8. Pan F, Tian J, Cicuttini F, Jones G. Sleep Disturbance and Its Association with Pain Severity and Multisite Pain: A Prospective 10.7-Year Study. *Pain Ther* 2020; 9(2): 751-763.
9. Vaughan B, Mulcahy J, Fitzgerald K. General Life Satisfaction scale: construct validity in musculoskeletal pain patients. *Chiropr Man Therap* 2020; 28: 27.
10. Parra-Rizo M A, Sanchis-Soler G. Satisfaction with Life, Subjective Well-Being and Functional Skills in Active Older Adults Based on Their Level of Physical Activity Practice. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2020; 17: 1-10.
11. Roborel de Climens A, Tunceli K, Arnould B, Germain N, Iglay K, Norquist J, Brodovicz K J. Review of patient-reported outcome instruments measuring health-related quality of life and satisfaction in patients with type 2 diabetes treated with oral therapy. *Curr Med Res Opin* 2015; 31(4): 643-665.
12. Polonsky WH, Fisher L, Hessler D, Edelman SV. Development of a New Measure for Assessing Glucose Monitoring Device-Related Treatment Satisfaction and Quality of Life. *Diabetes Technol Ther* 2015; 17(9): 657-663.
13. Hayes SC, Lillis J. Acceptance and Commitment Therapy. 2nd ed. Washington, DC: American Psychological Association; 2016: 134-135.
14. Burckhardt R, Manicavasagar V, Batterham PJ, Hadzi-Pavlovic D. A randomized controlled trial of strong minds: A school-based mental health program combining acceptance and commitment therapy and positive. *J Sch Psychol* 2016; 57: 41-52
15. Barzegari Dehaj A, Jorjandi A, Hossinsabet F. 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. *SIIMU* 2017; 25(1): 138-14. [in Persian]
16. Roshannia S, Rezaei F, Gadampour E. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on seizures and self-management of treatment-resistant epilepsy patients. *CPP* 2019; 16(2): 29-39. [in Persian]
17. Vahidi Motlagh L, Makvand Hosseini S, Najafi M, Zamani Ghaleh Taki G. Effectiveness of acceptance and commitment group therapy on improving the quality of life and its components of drug refractory epileptic patients. *Koomesh* 2020; 22(3): 419-427. [in Persian]
18. Aghili M, Chizari S. Evaluation of the effectiveness of acceptance and commitment based therapy on attributional styles in patients with epilepsy. *Zanko J Med Sci* 2021; 22(73): 4-15. [in Persian]
19. Ebrahimipour G, Mirzaian B, Hasanzadeh R. Effectiveness of acceptance and commitment therapy on psychological well-being, quality of life and depression in patients with epilepsy. *JSSU* 2019; 27(2): 1262-1279. [in Persian]
20. Ghadampour E, Heidaryani L, Radmehr F. The efficacy of acceptance and commitment therapy on distress tolerance dimensions of woman with epilepsy with three-month follow-up. *PSYS* 2020; 16(1): 123-140. [in Persian]
21. Banan M, Khalili H, Smkhani Akbarinejad H. Comparison the Effectiveness of Mindfulness-based Cognitive Therapy with Acceptance & Commitment Therapy on Intensity of Pain Experience & Psychological Well-being of Patients with Spinal Cord Injury. *J Anesth Pain* 2021; 13(2): 98-114. [in Persian]
22. Memarian R. The effect of Benson relaxation technique on patients' preoperative anxiety in men ward. *Daneshvar Science-Research Scholar* 2000; 34: 8-30. [in Persian]
23. Ahangarzadeh Rezaei S, Rasoli M. Psychometric Properties of The Persian Version of "Connor-Davidson Resilience Scale" in adolescents with cancer.

- Nurs Midwifery J 2015; 13(9):739-747. [in Persian]
24. Diener E D, Emmons R, Larsen R, Griffin S. The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment* 1985; 1: 17-75.
25. Bayani AA, Koocheky M, Goodarzi H. The reliability and validity of the satisfaction with life scale. *JIP* 2007; 3(11): 259-265. [in Persian]
26. Abedini M, Latifi Z, Soltanizadeh M. Effectiveness of ACT Enriched with Compassion in Increasing Resilience and Self-efficacy of Patients with Spinal Cord Injury. *RBS* 2020; 18(3): 310-319. [in Persian]
27. Torabian S, Hemmati Sabet V, Meschi F. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Anxiety, Depression, and Stress in Patients with Spinal Cord Injuries. *ICNSJ* 2019; 6(2): 46-52. [in Persian]
28. Hayes-Skelton SA, Orsillo SM, Roemer L. An acceptance-based behavioral therapy for individuals with generalized anxiety disorder. *Cogn Behav Pract* 2013; 20(3): 264-281.