

تأثیر گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و عواطف بیماران مبتلا به صرع

پریناز قیومی^۱، بهزاد شالچی^۲، علیرضا شفیعی کندجانی^۳، داریوش سوادی اسکویی^۴

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: صرع، یک بیماری مزمن ناشی از اختلال در عملکرد مغز است که تجربه هر باره این بیماری تأثیر عمیقی بر روی مبتلایان می‌گذارد. هدف از این مطالعه، بررسی تأثیر گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر روی کیفیت زندگی و عواطف بیماران مبتلا به صرع بود.

روش‌ها: روش مطالعه نیمه آزمایشی، از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه گواه است. نمونه شامل ۳۳ نفر (۱۶ نفر گروه آزمایش و ۱۷ نفر گروه شاهد) که به شیوه‌ی نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. مداخله در ۹ جلسه برای گروه آزمایش ارائه شد. گروه شاهد، مداخله‌ای دریافت نکردند و در لیست انتظار دریافت درمان قرار گرفتند. داده‌های به دست آمده با استفاده از پرسشنامه‌ی اطلاعات جمعیت‌شناختی، پرسشنامه‌ی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به صرع (QOLIE-31-P) و پرسشنامه‌ی عواطف مثبت و منفی (PANAS) جمع‌آوری شده و با روش تحلیل کوواریانس مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان می‌دهد، بین دو گروه آزمایش و گواه تحت تأثیر ACT از نظر کیفیت زندگی ($P = 0/001$) و عواطف منفی ($P = 0/004$) تفاوت معنی‌داری وجود دارد این در حالی است که بین دو گروه در متغیر عواطف مثبت تفاوت معنی‌داری وجود نداشت ($P = 0/573$).

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های این مطالعه، ACT یک روش درمان غیرتهاجمی و اثربخش است که می‌توان در کنار مداخلات دارویی برای ارتقاء کیفیت زندگی و کاهش عواطف منفی بیماران مبتلا به صرع استفاده نمود.

واژگان کلیدی: بیماران مبتلا به صرع؛ درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد؛ کیفیت زندگی؛ عواطف مثبت؛ عواطف منفی

ارجاع: قیومی پریناز، شالچی بهزاد، شفیعی کندجانی علیرضا، سوادی اسکویی داریوش. تأثیر گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و عواطف بیماران مبتلا به صرع. مجله دانشکده پزشکی اصفهان ۱۴۰۳؛ ۴۲ (۷۸۴): ۸۳۱-۸۳۸.

مقدمه

صرع، شایع‌ترین بیماری مزمن مغزی است که با تشنج‌های مکرر، عواقب شناختی، روانی و اجتماعی به همراه دارد و بیش از ۵۰ میلیون نفر را در جهان تحت تأثیر قرار می‌دهد. شیوع آن تقریباً یک درصد و بروز آن در طول زندگی ۳ درصد است (۱). صرع، به ویژه نوع مقاوم به درمان، اغلب عملکرد طبیعی را مختل می‌کند (۲). همچنین در افراد مبتلا به مشکلات روانی مثل افسردگی و اضطراب نیز شایع است (۳). اضطراب و استرس، وضعیت سلامت را بدتر کرده و شرایط را برای بیماران مبتلا به صرع دشوارتر می‌سازد (۴). مشکلات خانوادگی، نقش مهمی در ایجاد افسردگی و اختلالات خلقی دارد (۵). بیماران

مبتلا به صرع اغلب از انگ اجتماعی رنج می‌برند (۶). کیفیت زندگی به دلیل ارتباط با استقلال فردی و درمان، شاخص مهمی در اختلالات عصبی است (۷) و مطالعات نشان داده زنان مبتلا به صرع، کیفیت زندگی پایین‌تری نسبت به مردان دارند (۸). این موضوع به این دلیل است که زنان به دلیل نداشتن درآمد، هزینه‌های بالای خدمات درمانی و فضای سنتی حاکم بر خانواده و جامعه معمولاً امکان درخواست کمک را ندارند (۹)، در حالی که به دلیل مسائل هورمونی، جنسی و تولیدمثل به توجه بیشتری نیاز دارند (۱۰). صرع بر جنبه‌های مختلف کیفیت زندگی تأثیر منفی دارد، به ویژه سلامت جسمی، روانی و اجتماعی را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱۱).

۱- دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی ارومیه، ارومیه، ایران

۲- دانشیار، گروه روان پزشکی، مرکز تحقیقات روان پزشکی و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

۳- استاد، گروه روان پزشکی، مرکز تحقیقات فلسفه و تاریخ پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

۴- استاد، مرکز تحقیقات علوم اعصاب، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

نویسنده‌ی مسؤول: بهزاد شالچی؛ دانشیار، گروه روان پزشکی، مرکز تحقیقات روان پزشکی و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

Email: shalchi.b@gamil.com

و تلاش می‌کند رابطه‌ی فرد با افکار و احساسات ناراحت‌کننده را تغییر دهد، به طوری که فرد دیگر نیازی به اجتناب تجربی از این تجارب نداشته باشد؛ زیرا اجتناب تجربی می‌تواند به اختلالات بالینی منجر شود (۲۹).

در این راستا، Sewart و همکاران نیز دریافتند که ACT در کاهش عواطف منفی نسبت به رفتار درمانی شناختی و گروه لیست انتظار اثربخشی بیشتری دارد، هرچند در افزایش عواطف مثبت تفاوتی بین این گروه‌ها مشاهده نشد (۳۰). مطالعه‌ی دیگری توسط Goldstein و همکاران، نشان داد که ACT و مداخلات شناختی- رفتاری هر دو تأثیر مثبتی بر کیفیت زندگی بیماران داشتند (۳۱). با این حال، برخی از مطالعات نتوانستند بهبودی قابل توجهی در کیفیت زندگی بیماران مبتلا به صرع پس از ACT نشان دهند (۳۲). این نتایج ناهماهنگ نیاز به تحقیقات بیشتر و با کیفیت بالاتر را تأکید می‌کنند (۳۳).

در مورد استفاده از ACT برای بیماران مبتلا به صرع، به ویژه زنان، دانش محدودی وجود دارد، اما این مداخله برای گروه‌های خاصی که با اجتناب از حالات درونی مشکل دارند، امیدوارکننده است. با توجه به این خلأ پژوهشی، هدف این مطالعه، بررسی اثر گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و عواطف بیماران مبتلا به صرع بود.

روش‌ها

این پژوهش به روش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و گروه شاهد انجام شد. ی آماری بیماران صرعی انجمن صرع آذربایجان شرقی بود که ۴۰ نفر بر اساس معیارهای ورود انتخاب شدند و به‌طور تصادفی به دو گروه شاهد و آزمایش (هر کدام ۲۰ نفر) تقسیم شدند. گروه آزمایش طی دو ماه مداخله‌ی پذیرش و تعهد (یک پیش‌جلسه و ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای) دریافت کرد، در حالی که گروه شاهد هیچ مداخله‌ای نداشت. همه‌ی آزمودنی‌ها قبل و بعد از مداخله، پرسشنامه کیفیت زندگی صرع را تکمیل کردند. به دلیل معیارهای خروج، ۴ نفر از گروه آزمایش و ۳ نفر از گروه شاهد کنار گذاشته شدند. معیارهای ورود شامل صرع تونیک-کلونیک، سن ۲۰ تا ۴۱ سال، عدم دریافت درمان‌های روان‌شناختی پیشین، تحصیلات سیکل به بالا و هوش نرمال بود. معیارهای خروج شامل غیبت بیش از دو جلسه، استرس ناشی از حوادث پیش‌بینی نشده، عدم تمایل به ادامه‌ی همکاری و بروز حمله‌ی تشنج بود.

پروتکل جلسات گروه‌درمانی به قرار زیر می‌باشد: این پروتکل بر اساس مداخلات Dahl و همکاران در سال ۲۰۰۴ و همچنین راهنمای مداخلات که Hayes و Strosahl مطرح کرده بودند طراحی شده است (۲۸) (جدول ۱).

پژوهش‌ها نشان می‌دهند صرع با خستگی و شدت تشنج مرتبط است و این افراد کیفیت زندگی پایین‌تری نسبت به افراد نرمال دارند (۱۲). صرع و درمان آن می‌تواند خلق و خوی بیماران را تغییر دهد و با نقص شناختی، اختلالات خلقی و اضطرابی همراه است که دو تا سه برابر جمعیت عمومی است (۱۳). تشخیص اولیه و نوع مقاوم به درمان منابع مقابله‌ای بیماران را به چالش می‌کشد و موجب اضطراب و محدودیت در استقلال و عملکرد اجتماعی می‌شود (۱۴).

Hashemi و همکاران عواطف به دو بعد اصلی عاطفه‌ی مثبت و منفی تقسیم می‌شوند (۱۵). عاطفه‌ی مثبت به لذت، اشتیاق و انرژی اشاره دارد، در حالی که عاطفه‌ی منفی شامل ناراحتی، ترس و اضطراب است (۱۶). مطالعات نشان داده‌اند که عواطف منفی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به صرع تأثیر منفی دارند و شاخصی برای مداخلات روانشناختی هستند (۱۷). رابطه‌ی منفی بین اضطراب و کیفیت زندگی در انواع صرع مشاهده شده است (۱۸). افسردگی در افراد مبتلا به صرع شایع است و به تنظیم نامناسب هیجانات و کاهش کیفیت زندگی منجر می‌شود (۱۹). همچنین بیماران صرعی عواطف منفی بیشتری تجربه می‌کنند که با تشنجهای بیشتر، اضطراب شدیدتر و علائم افسردگی همراه است (۲۰). بدتنظیمی در عواطف مثبت نیز می‌تواند به مشکلات بالینی مانند افسردگی و استرس پس از سانحه منجر شود (۲۱). خودکشی نیز در بین این بیماران نگران‌کننده است و حدود پنج درصد از مرگ و میر آن‌ها را تشکیل می‌دهد (۲۲). این مشکلات روانی- اجتماعی اغلب بیشتر از خود تشنج‌ها ناتوان‌کننده هستند و بر کیفیت زندگی بیماران تأثیر می‌گذارند، بنابراین جنبه‌های روانشناختی این بیماران باید هدف درمان قرار گیرند (۲۳). درمان‌های شناختی- رفتاری، ذهن‌آگاهی و مداخلات آموزشی چندوجهی در بهبود وضعیت روانی، کاهش افسردگی و اضطراب و بهبود کیفیت زندگی بیماران مؤثر بوده‌اند (۲۴).

درمان پذیرش و تعهد (Acceptance and Commitment Therapy) ACT نوعی مداخله‌ی شناختی- رفتاری است که در درمان برخی اختلالات جسمی مثل صرع و درد مزمن مؤثر بوده است (۲۵). این درمان بر افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی به عنوان عامل کلیدی در کاهش پریشانی عاطفی تمرکز دارد ACT (۲۶). درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش از تکنیک‌هایی برای تقویت انعطاف‌پذیری، تضعیف افکار غیرمفید، تمرکز بر لحظه حال و هماهنگی با ارزش‌های بلندمدت استفاده می‌کند (۲۷). این رویکرد فراتشخیصی است و بر آموزش مهارت‌های روانشناختی مثبت تمرکز دارد، نه بر سرکوب تجارب ناخواسته. نقش مرکزی ارزش‌ها در ACT ممکن است انگیزه بیماران مقاوم به درمان را تقویت کند (۲۸). برخلاف رویکردهایی که به کاهش علائم می‌پردازند، ACT بر بهبود عملکرد بیمار تمرکز دارد

جدول ۱. خلاصه‌ای محتوای جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای بیماران مبتلا به صرع

جلسات	محتوای جلسات
پیش‌جلسه‌ی ارزیابی و مصاحبه فردی	آشنایی با مراجعان و ایجاد اعتماد؛ معرفی درمانگر، اجرای پرسشنامه جمعیت‌شناختی، پیش‌آزمون و بستن قرارداد درمانی.
جلسه‌ی اول	آشنایی اعضا (تمثیل دو کوه)؛ معرفی ACT و محورهای آن، ارائه اطلاعات درباره‌ی صرع، بحث تجربیات و ارزیابی راهبردهای اجتنابی (تمثیل فرد در چاه)، استراحت و پذیرایی.
آغاز درمان، ناامیدی خلاق	مرور تجارب و دریافت بازخورد؛ توضیح پذیرش و تفاوت آن با شکست، یأس و انکار (تمثیل پوشش سخت)؛ تأکید بر پذیرش مداوم، پذیرفتن نشانه‌ها و مشکلات صرع، استراحت و پذیرایی.
جلسه‌ی دوم	مرور تجارب و دریافت بازخورد؛ بحث درباره‌ی پذیرش صرع و اجتناب نکردن از آن؛ آماده‌سازی برای تمرینات ذهن‌آگاهی مانند تنفس و پیاده‌روی (تمثیل دو در سفید و برگ‌های ریزان)، استراحت و پذیرایی.
جلسه‌ی سوم	مرور تجارب و دریافت بازخورد؛ توضیح رابطه افکار و معرفی تکنیک‌های گسلش شناختی (تمثیل مسافران اتوبوس) و فرونشانی افکار منفی با طنز، استراحت و پذیرایی.
بودن در زمان حال	مرور تجارب و دریافت بازخورد؛ نمایش جدایی بین خود، تجربیات درونی و رفتار؛ مشاهده‌ی خود به‌عنوان زمینه و تضعیف خود مفهومی (تمثیل صفحه شطرنج)، استراحت و پذیرایی.
جلسه‌ی چهارم	مرور تجارب و دریافت بازخورد؛ شناسایی و روشن‌سازی ارزش‌های زندگی مراجعان (کار، تحصیل، رشد شخصی، لذت و روابط) با تمثیل آخرین جشن تولد، سنگ قبر یا چوب جادویی و یافتن راهکارهای ساده برای رسیدن به ارزش‌ها، استراحت و پذیرایی.
گسلش شناختی	مرور تجارب و دریافت بازخورد؛ بررسی ارزش‌های مراجعان و تعمیق مفاهیم، توضیح تفاوت بین ارزش‌ها، اهداف و موانع، مرور تمثیل راننده‌ی اتوبوس، استراحت و پذیرایی.
جلسه‌ی پنجم	درک تمایل و تعهد (آموزش تعهد به عمل)؛ شناسایی رفتارهای مطابق با ارزش‌ها و ایجاد تعهد به آن‌ها، جمع‌بندی جلسات و بررسی انتظارات برآورده‌نشده، پذیرایی، سپاسگزاری از مراجعان و اجرای پس‌آزمون.
خود به عنوان زمینه	
جلسه‌ی ششم	
تسریع ارزش‌ها	
جلسه‌ی هفتم	
شناسایی موانع ارزش‌ها	
جلسه‌ی هشتم	
اقدام متعهدانه، پایان درمان	

ابزار پژوهش

پرسشنامه‌ی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به صرع (QOLIE-P-31)

این پرسشنامه توسط کمیته‌ی اندازه‌گیری پیامدهای صرع در آمریکا طراحی و توسط دارابی و همکاران (۱۳۸۹) ترجمه شده است. این ابزار استاندارد با ۳۱ سؤال برای ارزیابی کیفیت زندگی بیماران صرعی بالای ۱۸ سال است. ۳۰ سؤال به ۷ بعد شامل نگرانی از تشنج، سلامت روانی، انرژی-خستگی، عملکرد شناختی، اثرات دارویی، عملکرد اجتماعی و کیفیت کلی زندگی می‌پردازد و یک سؤال کلی اهمیت ابعاد بیماری را از دیدگاه بیمار بررسی می‌کند. امتیاز هر بعد بین ۰ تا ۱۰۰ بوده و امتیاز بالاتر نشان‌دهنده‌ی وضعیت بهتر است. مطالعه‌ی دارابی و همکاران (۱۳۸۹) روایی و پایایی بالای این ابزار را تأیید کرده و آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌ها بین ۰/۶۵ تا ۰/۸۹ گزارش شده است (۳۴).

پرسشنامه‌ی عواطف مثبت و منفی (PANAS)

این پرسشنامه یک ابزار خودسنجی برای اندازه‌گیری دو بعد خلقی، یعنی عاطفه‌ی مثبت و عاطفه‌ی منفی است. این پرسشنامه شامل ۲۰ سؤال است که آزمودنی‌ها بر اساس مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای (از ۱ = بسیار کم تا ۵ = بسیار زیاد) به آن پاسخ می‌دهند. نمره‌ی عاطفه‌ی مثبت از جمع نمرات ۱۰ واژه مثبت (هوشیار، پرشور، مصمم، دقیق، سرزنده، علاقه‌مند، مشتاق، احساس افتخار، سرافراز) و نمره‌ی عاطفه‌ی منفی از جمع نمرات ۱۰ واژه منفی (تحریک‌پذیر،

شرمنده، عصبی، ترسیده، آشفته، ناراحت، احساس تقصیر و گناه، وحشت‌زده، میل به خشونت) محاسبه می‌شود. از نظر روایی و پایایی، ضریب آلفای کرونباخ برای عاطفه‌ی مثبت ۰/۸۸ و برای عاطفه‌ی منفی ۰/۸۷ گزارش شده است (۱۴).

این مطالعه دارای کد اخلاقی به شناسه‌ی IR. TABRIZ. REC. 1397.002 از دانشگاه علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز می‌باشد.

یافته‌ها

جدول ۲، یافته‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد. جدول ۲ نشان می‌دهد که بین میانگین پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه آزمایش و شاهد در متغیرهای کیفیت زندگی و عواطف مثبت و منفی تفاوت قابل توجهی وجود دارد. نتایج نشان‌دهنده‌ی افزایش نمرات کیفیت زندگی و عواطف مثبت و کاهش عواطف منفی در گروه آزمایش است. جدول ۳ نیز نتایج تحلیل کوواریانس برای مقایسه‌ی میانگین کیفیت زندگی دو گروه را ارائه می‌دهد (جدول ۳). بین دو گروه آزمایش و شاهد در پس‌آزمون کیفیت زندگی تفاوت معنی‌داری در سطح ۰/۰۱ وجود دارد ($F = ۲۲/۵۲$ و $P < ۰/۰۰۰۱$) اندازه‌ی اثر ۰/۴۳ نشان‌دهنده‌ی آن است که حدود ۴۳ درصد از تغییرات متغیر وابسته به تغییرات متغیر مستقل با کنترل متغیر کمکی مربوط است.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار متغیرهای مورد مطالعه

متغیرها	گروه آزمایش (n=17)		گروه شاهد (n=17)	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
کیفیت زندگی	پیش از آزمون	۴۵/۶۷	۱۷/۵	۵۹/۶۱
	پس از آزمون	۴۹/۰۷	۱۷/۲	۵۷/۱۳
عاطفه منفی	پیش از آزمون	۳۴/۵	۷/۰	۲۷/۳۵
	پس از آزمون	۳۲/۰۶	۸/۵	۳۲/۳۵
عاطفه مثبت	پیش از آزمون	۳۸/۰۶	۶/۲	۳۱/۱۲
	پس از آزمون	۳۹/۰۶	۱۴/۹	۳۱/۳۵

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری جهت مقایسه میانگین دو گروه در کیفیت زندگی، عاطفه منفی و عاطفه مثبت

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	اندازه اثر
کیفیت زندگی	پیش آزمون	۷۰۰۱/۲۸	۱	۷۰۰۱/۲۸	۷۹۲/۹۴	۰/۰۰۱	۰/۹۶
	گروه	۱۹۸/۸۸	۱	۱۹۸/۸۸	۲۲/۵۲	۰/۰۰۱	۰/۴۳
	خطا	۲۶۴/۸۸	۳۰	۸/۸۳			
	جمع	۱۰۱۲۶۷/۷۵	۳۳				
عاطفه منفی	پیش آزمون	۱۱۹۵/۷۲	۱	۱۱۹۵/۷۲	۴۵/۵۷	۰/۰۰۱	۰/۶۰
	گروه	۲۵۷/۷۲	۱	۲۵۷/۷۲	۹/۸۲	۰/۰۰۴	۰/۲۵
	خطا	۷۸۷/۰۸	۳۰	۲۶/۲۴			
	جمع	۳۶۲۲۵/۰	۳۳				
عاطفه مثبت	پیش آزمون	۷۱۲/۹۰	۱	۷۱۲/۹۰	۶/۹۸	۰/۰۱۳	۰/۱۹
	گروه	۳۳/۱۴	۱	۳۳/۱۴	۰/۳۲	۰/۵۷۳	۰/۰۱
	خطا	۳۰۶۵/۹۲	۳۰	۱۰۲/۲۰			
	جمع	۴۴/۹۰	۳۳				

همچنین، بین دو گروه در پس آزمون عواطف منفی، تفاوت معنی داری در سطح ۰/۰۱ مشاهده شد ($F = 9/82$ و $P < 0/004$) و اندازه اثر ۰/۲۵ نشان دهنده آن است که حدود ۲۵ درصد از تغییرات متغیر وابسته به تغییرات متغیر مستقل با کنترل متغیر کمکی است.

در نهایت، تفاوت معنی داری بین دو گروه در پس آزمون عواطف مثبت وجود ندارد ($F = 0/32$ و $P = 0/573$) به این معنا که درمان پذیرش و تعهد اثرات معنی داری بر بهبود عواطف مثبت بیماران نداشته است.

بحث

این پژوهش با هدف بررسی تأثیر گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و عواطف بیماران مبتلا به صرع انجام شد. نتایج نشان داد که این درمان در بهبود کیفیت زندگی و عواطف بیماران مبتلا به صرع مؤثر است و با یافته‌های محققان دیگر (۳۱، ۳۵) همسو می‌باشد.

این مداخله نوعی رفتار درمانی - شناختی است که بر پایه‌ی

نظریه چارچوب رابطه‌ای (RFT) و مدل انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است (۱۶). ۶ فرایند اصلی آن شامل پذیرش، ناهمجویشی شناختی، حضور در لحظه، خود به‌عنوان زمینه، ارزش‌ها و اعمال متعهدانه است. برخلاف رفتار درمانی شناختی سنتی که بر تغییر افکار تمرکز دارد، این مداخله از پذیرش و ذهن‌آگاهی برای ایجاد تغییرات رفتاری استفاده می‌کند (۳۶). برای بیماران مبتلا به صرع، هدف این درمان کنترل حملات صرعی نیست، بلکه بهبود رابطه بیماران با افکارشان است تا با افزایش انعطاف‌پذیری روانی و تغییر رفتار، مطابق با ارزش‌های خود زندگی کنند (۲۴). همچنین، به بیماران آموزش داده می‌شود که به جای مقابله با افکار و احساسات منفی، به آن‌ها به‌عنوان یک فکر بنگرند و به سمت انجام فعالیت‌های ارزشمند بروند. فنون روشن‌سازی نیز به بیماران کمک می‌کند تا اهداف و ارزش‌های انعطاف‌پذیرتری داشته باشند (۳۷).

یافته‌ی دیگر پژوهش مبنی بر تأثیر گروه درمانی پذیرش و تعهد بر کاهش عواطف منفی بیماران صرعی با نتایج Sewart و همکاران (۳۰) و فتحی و همکاران (۳۸) همسو بود. با این حال، اثر مثبت این

درمان بر عواطف مثبت بیماران مشاهده نشد، که با نتایج Coto-Lesmes و همکاران (۳۹) متفاوت می‌باشد.

فتحی و همکاران نشان دادند که این مداخله بر کاهش خشم، افسردگی، اضطراب و بهبود عاطفه مثبت مؤثر است (۳۸). همچنین، Sewart و همکاران گزارش کردند که این درمان بر کاهش عواطف منفی اثربخش‌تر از رفتار درمانی شناختی است، ولی در افزایش عواطف مثبت تفاوتی میان این روش‌ها وجود نداشت (۳۰). Coto-Lesmes و همکاران نیز نشان دادند که این درمان در مقایسه با گروه شاهد، باعث کاهش اضطراب و افسردگی و افزایش انعطاف‌پذیری و عواطف مثبت می‌شود (۳۸).

در تبیین این یافته، می‌توان گفت که درمان‌های مبتنی بر پذیرش فرض می‌کنند آسیب روانی با تلاش برای کنترل یا اجتناب از افکار و عواطف منفی مرتبط است. این درمان‌ها معتقدند افراد مبتلا به آسیب روانی خود را بر اساس عواطف منفی‌شان قضاوت کرده و از این عواطف اجتناب می‌کنند که منجر به تداوم آسیب می‌شود. هدف این درمان تغییر رابطه‌ی فرد با تجربیات درونی، کاهش اجتناب و افزایش رفتارهای ارزشمند است (۳۸).

برخلاف روش‌های سنتی که بر کاهش مستقیم عواطف منفی تمرکز دارند، این مداخله بر پذیرش و کاهش تلاش برای تنظیم عواطف تمرکز دارد (۱۶). فرایند اقدام متعهدانه که بر فعالیت‌های همخوان با ارزش‌ها تأکید دارد، ممکن است منجر به افزایش عواطف مثبت مانند غرور و قدردانی شود. همچنین، ذهن‌آگاهی می‌تواند تعاملات مثبت با محیط و تجربه عواطف مثبت را در بیماران افزایش دهد (۴۰).

مداخله‌ی پذیرش و تعهد بر پذیرش فعال و بدون قضاوت تجربیات حال حاضر تأکید دارد و با آموزش ناهمجوشی، تلاش می‌کند تمرکز بیماران بر اجتناب از عواطف منفی و رفتارهای ناسازگار را کاهش دهد (۴۱). این رویکرد با افزایش انعطاف‌پذیری روانی و آموزش راهبردهایی برای توجه به افکار بدون نیاز به اجتناب یا نشخوار آن‌ها، به بیماران کمک می‌کند تا حتی در مواجهه با افکار و احساسات منفی، به فعالیت‌های ارزشمند بپردازند (۴۲). این فرایندها به جای اجتناب، باعث می‌شوند بیماران با شرایط خود به شکلی سازنده و هدفمند زندگی کنند. به این معنا که اگر بیماران مبتلا به صرع با وجود تشنج‌ها بتوانند زندگی معنادار و کاربردی‌تری داشته باشند، عواطف منفی مرتبط با صرع کاهش و عواطف مثبت افزایش می‌یابد (۴۳). زندگی با کیفیت و عواطف منفی کمتر به تأمین نیازهای بنیادین روانشناختی بیماران کمک کرده و بهزیستی روانشناختی آن‌ها را افزایش می‌دهد (۴۴).

برای تبیین ناهمسویی یافته پژوهش مبنی بر عدم تأثیر گروه‌درمانی پذیرش و تعهد بر عواطف مثبت بیماران صرعی، می‌توان گفت که درمان صرع معمولاً از طریق دارو، کنترل تغذیه و در موارد خاص جراحی انجام می‌شود. درمان‌های رایج مانند داروهای ضد صرع و جراحی برای کنترل بیماری به کار می‌روند، در حالی که پذیرش و تعهد به عنوان یک روش درمان تکمیلی، عمدتاً بر کاهش اضطراب و استرس و بهبود کیفیت زندگی تمرکز دارد. یکی از دلایل احتمالی عدم اثربخشی این مداخله بر عواطف مثبت این است که پذیرش و تعهد بیشتر بر تحمل درد و مقابله با احساسات منفی تمرکز دارد و برای بهبود عواطف مثبت به رویکردهای خاص‌تری نیاز دارد. تمرکز این مداخله بر انتخاب هدف و ارزش‌ها ممکن است در کوتاه‌مدت تأثیر کمتری بر عواطف مثبت داشته باشد. همچنین، محدودیت‌های روش‌شناسی مطالعه نیز می‌تواند عاملی در این عدم اثربخشی باشد. به‌طور کلی، نیاز به پژوهش‌های بیشتر برای بررسی تأثیر پذیرش و تعهد بر عواطف مثبت بیماران مبتلا به صرع وجود دارد.

در نهایت، گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد توانسته است به‌طور مؤثری کیفیت زندگی و عواطف منفی بیماران مبتلا به صرع را بهبود بخشد، اما تأثیر آن بر عواطف مثبت محدود بود. این نتایج با مطالعات قبلی همسو بود که نشان داده‌اند مداخلات مبتنی بر پذیرش و تعهد بیشتر بر کاهش عواطف منفی و بهبود کیفیت زندگی تمرکز دارند و ممکن است تأثیر کمتری بر افزایش عواطف مثبت داشته باشند. این مداخله به دلیل تمرکز بر پذیرش و مدیریت عواطف منفی و ایجاد انعطاف‌پذیری روانی، به کاهش تجربیات منفی و بهبود کیفیت زندگی کمک می‌کند. برای تأثیرات قابل توجه بر عواطف مثبت، ممکن است نیاز به ترکیب این روش با رویکردهای درمانی دیگری باشد که به‌طور خاص بر تقویت عواطف مثبت تمرکز دارند.

این مطالعه محدودیت‌هایی از جمله عدم وجود دوره‌ی پیگیری و عدم بررسی تأثیر در گروه‌های مختلف بیماران را دارد. بنابراین، تحقیقات بیشتر با دوره‌های پیگیری بلندمدت و مقایسه با سایر رویکردهای درمانی ضروری است. همچنین، پیشنهاد می‌شود مطالعات مشابه با دوره‌های پیگیری بلندمدت برای ارزیابی اثربخشی پایدار این درمان انجام شود و تأثیر آن بر گروه‌های مختلف بیماران مورد بررسی قرار گیرد. با توجه به تأثیر مثبت این مداخله بر کیفیت زندگی و عواطف بیماران مبتلا به صرع، توصیه می‌شود که از این روش در مراکز روان‌درمانی برای بهبود وضعیت روان‌شناختی بیماران مبتلا به صرع استفاده شود و مطالعات بیشتری برای مقایسه اثربخشی آن با سایر رویکردهای درمانی صورت گیرد.

نتیجه‌گیری

بر اساس یافته‌های مطالعه‌ی حاضر، ACT یک روش درمان غیرتهاجمی، مقرون به صرفه و مؤثر بوده و می‌توان از آن در کنار مداخلات دارویی برای ارتقاء کیفیت زندگی و کاهش عواطف منفی بیماران مبتلا به صرع استفاده کرد.

تشکر و قدردانی

از همکاری انجمن صرع استان آذربایجان شرقی و همه بیماران مبتلا به صرع که در این پژوهش شرکت کرده بودند تشکر و قدردانی می‌شود.

References

- Albuz B, Ozdemir O, Silan F. The high frequency of chromosomal copy number variations and candidate genes in epilepsy patients. *Clin Neurol Neurosurg* 2021; 202: 106487.
- Sen A, Capelli V, Husain M. Cognition and dementia in older patients with epilepsy. *Brain* 2018; 141(6): 1592-608.
- Noohi S, Azar M, Karamad A, Shafiee Kandjani A, Amiri M, Habibi M, et al. Frequency of symptoms of depression, general anxiety, obsessive-compulsive and phobia in interictal phase in Patients with epilepsy [in Persian]. *Medical Sciences* 2008; 18(1): 39-43.
- Sabourimoghaddam H, Babapour J, Ezzati D, Aslanabadi N, Froghiasl R, Sadeghi B, et al. Effect of stressful stimulus on blood pressure and heart rate in patients with cardiorascular disease in comparison with healthy subjects based on emotion seeking levels [in Persian]. *Journal of Modern Psychological Researches* 2015; 10(38): 149-65.
- Shalchi B, Esmaeili Shahna M. Relationship of family functioning, satisfaction of basic psychological needs and depression considering the mediatory role of emotion regulation difficulty. *Hormozgan Med J* 2018; 22(1): 52-61.
- de Souza JL, Faiola AS, Miziara CSMG, de Manreza MLG. The perceived social stigma of people with epilepsy with regard to the question of employability. *Neurol Res Int* 2018; 2018: 4140508.
- Fakhari A, Shalchi B, Rahimi VA, Sadeh RN, Lak E, Najafi A, et al. Mental health literacy and COVID-19 related stress: The mediating role of healthy lifestyle in Tabriz. *Heliyon* 2023; 9(7): e18152.
- Shetty PH, Naik RK, Saroja A, Punith K. Quality of life in patients with epilepsy in India. *J Neurosci Rural Pract* 2011; 2(1): 33-8.
- Ghorbanzadeh B, Ghorbanian B, Yavari Y, Lotfi M, Shamiry M, Razmandi F et al. Effect of physical activity on body mass index and some physical fitness factors in addicted women [in Persian]. *JHPM* 2017; 6(2): 43-49.
- Bangar S, Shastri A, El-Sayeh H, Cavanna AE. Women with epilepsy: clinically relevant issues. *Funct Neurol* 2016; 31(3): 127-34.
- Nagarathnam M, Shalini B, Vijayalakshmi V, Vengamma B, Latheef SAA. Predictors of quality of life among adolescents with epilepsy in the state of Andhra Pradesh. *Neurol India* 2017; 65(5): 1019-24.
- Akosile CO, Anomneze JU, Okoye EC, Adegoke BOA, Uwakwe R, Okeke E. Quality of life, fatigue and seizure severity in people living with epilepsy in a selected Nigerian population. *Seizure* 2021; 84: 1-5.
- Dewhurst E, Novakova B, Reuber M. A prospective service evaluation of acceptance and commitment therapy for patients with refractory epilepsy. *Epilepsy Behav* 2015; 46: 234-41.
- Lu B, Elliott JO. Beyond seizures and medications: normal activity limitations, social support, and mental health in epilepsy. *Epilepsia* 2012; 53(2): e25-e8.
- Hashemi SGS, Shalchi B, Yaghoubi H. Difficulties in emotion regulation, psychological well-being, and hypersexuality in patients with substance use disorder in Iran. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences* 2018; 12(1): e10449.
- Chien CH, Chuang CK, Liu KL, Pang ST, Wu CT, Chang YH. Prostate cancer-specific anxiety and the resulting health-related quality of life in couples. *Journal of Advanced Nursing*. 2019; 75(1): 63-74.
- Hayes SC, Hofmann SG. The third wave of cognitive behavioral therapy and the rise of process-based care. *World Psychiatry* 2017; 16(3): 245-6.
- Gur-Ozmen S, Leibetseder A, Cock HR, Agrawal N, von Oertzen TJ. Screening of anxiety and quality of life in people with epilepsy. *Seizure* 2017; 45: 107-13.
- Tombini M, Assenza G, Quintiliani L, Ricci L, Lanzone J, Ulivi M, et al. Depressive symptoms and difficulties in emotion regulation in adult patients with epilepsy: association with quality of life and stigma. *Epilepsy Behav* 2020; 107: 107073.
- Shafiee-Kandjani AR, Arfaie A, Safikhanlou S, Jafarzadeh-Gharaziaddin M. Personality profiles and clinical syndromes of patients with tonic-clonic seizures. *J Anal Res Clin Med* 2018; 6(1): 13-21.
- Weiss NH, Forkus SR, Contractor AA, Dixon-Gordon KL. The interplay of negative and positive emotion dysregulation on mental health outcomes among trauma-exposed community individuals. *Psychol Trauma* 2020; 12(3): 219-26.
- Fakhari A, Doshmangir L, Farahbakhsh M, Shalchi B, Shafiee-Kandjani AR, Alikhah F, et al. Developing inpatient suicide prevention strategies in medical settings: integrating literature review with expert testimony. *Asian J Psychiatr* 2022; 78: 103266.
- Elliott JO, Richardson VE. The biopsychosocial model and quality of life in persons with active epilepsy. *Epilepsy Behav* 2014; 41: 55-65.
- Tang V, Michaelis R, Kwan P. Psychobehavioral therapy for epilepsy. *Epilepsy Behav* 2014; 32: 147-55.
- Cope SR, Poole N, Agrawal N. Treating functional non-epileptic attacks—Should we consider acceptance and commitment therapy? *Epilepsy Behav* 2017; 73: 197-203.

26. Ghorbani Amir HA, Moradi O, Arefi M, Ahmadian H. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on cognitive-emotional regulation, resilience, and self-control strategies in divorced women. *Avicenna J Neuro Psycho Physiol* 2019; 6(4): 195-202.
27. Hayes S. A practical guide to acceptance and commitment therapy. Berlin, Germany: Springer; 2004.
28. Dahl JC, Lundgren TL, Yardi N. Evaluation of short term ACT psychotherapy and yoga in a RCT trial for refractory seizures in India. *Epilepsia* 2005; 46(Suppl 6): 196.
29. Kashdan TB, Rottenberg J. Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clin Psychol Rev* 2010; 30(7): 865-78.
30. Sewart AR, Niles AN, Burklund LJ, Saxbe DE, Lieberman MD, Craske MG. Examining positive and negative affect as outcomes and moderators of cognitive-behavioral therapy and acceptance and commitment therapy for social anxiety disorder. *Behav Ther* 2019; 50(6): 1112-24.
31. Goldstein L, McAlpine M, Deale A, Toone B, Mellers J. Cognitive behaviour therapy with adults with intractable epilepsy and psychiatric comorbidity: preliminary observations on changes in psychological state and seizure frequency. *Behav Res Ther* 2003; 41(4): 447-60.
32. Michaelis R, Schonfeld W, Elsas S-M. Trigger self-control and seizure arrest in the Andrews/Reiter behavioral approach to epilepsy: a retrospective analysis of seizure frequency. *Epilepsy Behav* 2012; 23(3): 266-71.
33. Suhardin S, Krisnana I. Acceptance and commitment therapy improve the quality of life patients suffering cancer. *Jurnal Ners* 2016; 11(1): 118-27.
34. Darabi L, Montazeri A, Ebrahimi F, Vahdaninia M, Togha M. Clinical and demographic characteristics and quality of life in patients with epilepsy [in Persian]. *Payesh* 2010; 9(2): 215-21.
35. Samani MG, Najafi M, Bouger IR. Comparing the effectiveness of acceptance and commitment therapy and physiotherapy on quality of life and pain catastrophizing in patients with chronic pain [in Persian]. *J Shahrekord Univ Med Sci* 2019; 21(6): 271-5.
36. Hann KE, McCracken LM. A systematic review of randomized controlled trials of Acceptance and Commitment Therapy for adults with chronic pain: Outcome domains, design quality, and efficacy. *Journal of Contextual Behavioral Science* 2014; 3(4): 217-27.
37. Makvand S, Hosseini SM, Zamani GR. Effectiveness of acceptance and commitment group therapy on improving the quality of life and its components of drug refractory epileptic patients [in Persian]. *Koomesh* 2024; 22(3): 419-27.
38. Fathi K, Shahbazi M, Koraei A, Malekzadeh M. The effectiveness of positive psychology on pain acceptance and control of emotions in cancer patients: a randomized clinical trial study [in Persian]. *J Nurs Educ* 2021; 10(4): 73-84.
39. Coto-Lesmes R, Fernández-Rodríguez C, González-Fernández S. Acceptance and Commitment Therapy in group format for anxiety and depression. A systematic review. *J Affect Disord* 2020; 263: 107-20.
40. Li H, Wong CL, Jin X, Chen J, Chong YY, Bai Y. Effects of acceptance and commitment therapy on health-related outcomes for patients with advanced cancer: a systematic review. *Int J Nurs Stud* 2021; 115: 103876.
41. Grazi L, Andrasik F, Rizzoli P, Bernstein C, Sansone E, Raggi A. Acceptance and commitment therapy for high frequency episodic migraine without aura: Findings from a randomized pilot investigation. *Headache* 2021; 61(6): 895-905.
42. Baslet G. Psychogenic nonepileptic seizures: a treatment review. What have we learned since the beginning of the millennium? *Neuropsychiatr Dis Treat* 2012; 585-98.
43. Barrett-Naylor R, Gresswell DM, Dawson DL. The effectiveness and acceptability of a guided self-help Acceptance and Commitment Therapy (ACT) intervention for psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsy Behav* 2018; 88: 332-40.
44. Shalchi, B & Parnian Khooy, M. Satisfaction of basic psychological needs in patients with substance use disorder and normal persons: A research based on self-determination theory. *Hormozgan Med J* 2019; 23(2): e86440.

Effect of Group Training Based on Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Quality of Life and Affects in Patients with Epilepsy

Parinaz Ghayuomi¹, Behzad Shalchi², Alireza Shafiee- Kandjani³, Daryoush Savadi Oskouei⁴

Original Article

Abstract

Background: Epilepsy is a chronic condition caused by a dysfunction in brain function, and each episode of the disease has a profound impact on those affected. This study aimed to examine the effect of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) group therapy on the quality of life and emotions of patients with epilepsy.

Methods: This was a quasi-experimental study with a pre-test and post-test design, including a control group. The sample consisted of 33 participants (16 in the experimental group and 17 in the control group), selected through purposive sampling. The intervention was provided in 9 sessions to the experimental group. The control group received no intervention and was placed on a waiting list for treatment. Data were collected using demographic information questionnaires, the Quality of Life in Epilepsy Patients Questionnaire (P-31-QOLIE), and the Positive and Negative Affect Schedule (PANAS). The data were analyzed using covariance analysis.

Findings: The results show a significant difference between the experimental and control groups under the influence of ACT in terms of quality of life ($P = 0.001$) and negative emotions ($P = 0.004$), while no significant difference was observed between the two groups in positive emotions ($P = 0.573$).

Conclusion: Based on the findings of this study, ACT is an effective and non-invasive therapeutic method that can be used alongside medical interventions to improve the quality of life and reduce negative emotions in patients with epilepsy.

Keywords: Patients with epilepsy; Acceptance and commitment therapy; Quality of life; Positive affects; Negative affects

Citation: Ghayuomi P, Shalchi B, Shafiee- Kandjani A, Savadi Oskouei D. **Effect of Group Training Based on Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Quality of Life and Affects in Patients with Epilepsy.** J Isfahan Med Sch 2024; 42(784): 831-8.

1- PhD Student of Psychology, Islamic Azad University of Urmia, Urmia, Iran

2- Associate Professor, Department of Psychiatry, Research Center of Psychiatry and Behavioral Sciences, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran.

3- Professor, Department of Psychiatry, Medical Philosophy and History Research Center, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

4- Professor, Neuroscience Research Center, Tabriz University of medical sciences, Tabriz, Iran

Corresponding Author: Behzad Shalchi, Associate Professor, Department of Psychiatry, Psychiatry and Behavioral Sciences Research Center, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran; Email: shalchi.b@gamil.com