

کارآیی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ابعاد تحمل آشفته‌گی بیماران مبتلا به صرع با پیگیری سه ماهه

عزت‌اله قدم‌پور*^۱، لیلا حیدریانی^۲ و فرناز رادمهر^۳

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی کارآیی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ابعاد تحمل آشفته‌گی بیماران مبتلا به صرع با پیگیری سه ماهه بود. روش پژوهش به شیوه شبه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری سه ماهه با گروه گواه بود. برای انتخاب نمونه، از میان زنان مبتلا به بیماری صرع مراجعه‌کننده به مراکز درمانی شهر خرم‌آباد در سال ۱۳۹۵ تعداد ۳۰ زن مبتلا به صرع نمونه‌گیری در دسترس و هدفمند با موضوع پژوهش انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه (۱۵ نفر آزمایش و ۱۵ نفر گواه) جایگزین شدند. مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، هفته‌ای دو جلسه برای گروه آزمایش اجرا شد، در حالی که گروه گواه در این مدت هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد. پس از اتمام جلسات، پس‌آزمون و سه ماه بعد از مداخله، پیگیری بر روی دو گروه آزمایش و گواه انجام شد. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه تحمل آشفته‌گی سیمونز و گاهر بود. داده‌ها با استفاده از آزمون آماری تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تجزیه و تحلیل شد. یافته‌های حاصل از این پژوهش نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش تحمل آشفته‌گی و زیرمقیاس‌های آن در مبتلایان تأثیر معناداری داشته است. این نتایج در مرحله پیگیری نیز حفظ شد. باتوجه به تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش تحمل آشفته‌گی مبتلایان و تداوم اثر آن، به‌کارگیری این روش در همه سطوح پیشگیری و درمان مبتلایان به بیماری‌های جسمی ضروری به نظر می‌رسد.

کلید واژه‌ها: تحمل آشفته‌گی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، صرع

۱. نویسنده مسئول: دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران.

ghadampour.e@lu.ac.ir

۲. دانشجوی دکتری دانشگاه لرستان رشته روان‌شناسی تربیتی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران.
yousefvand69@gmail.com

۳. دانشجوی دکتری دانشگاه رازی رشته روان‌شناسی عمومی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران.
radmehr.p12@gmail.com

تاریخ ارسال: ۱۳۹۷-۰۵-۲۱ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸-۰۱-۲۰

مقدمه

صرع جدی‌ترین اختلال عصبی در دنیاست و فراوانی آن ۳ تا ۵ درصد است؛ این اختلال نورولوژیکی به حملات عودکننده‌ای اشاره دارد که در نتیجه تخلیه الکتریکی ناگهانی، متناوب و بیش از حد نورون‌های مغزی به وجود می‌آید (برزگری‌دهج، جرجندی و ثابت، ۱۳۹۶). یکی از مسائل روان‌شناختی بسیار مهم در بیماران مبتلا به صرع، تحمل آشفتگی^۱ پایین است. از چشم‌انداز نظری تحمل آشفتگی به روش‌های متفاوت ادراک شده، به این صورت که شخص در مقابل طیفی از حالات درونی منفی، ابهام، بلا تکلیفی، ناکامی و ناراحتی فیزیکی قرار می‌گیرد (زولنسکی، واجونویس، برلستین و لوری،^۲ ۲۰۱۰).

مطابق دیدگاه سیمونز و گاهر (۲۰۰۵)، افراد دارای تحمل پایین آشفتگی به این حقیقت واقف هستند که نمی‌توانند احساس ناراحتی را تحمل کرده و احساس می‌کنند که دیگران امکانات بهتری برای مقابله با هیجان‌های منفی دارند، در نتیجه آن‌ها به دلیل ناتوانی خود برای تحمل هیجان‌های منفی احساس سرافکنندگی می‌کنند. با توجه به فقدان توانایی‌های مقابله‌ای ادراک شده و ناتوانی برای مدیریت حالات هیجانی آزارنده، این افراد برای اجتناب از تجربه هیجان‌های منفی به سختی تلاش می‌کنند، در صورتی که اجتناب محتمل نباشد آن‌ها در تلاش برای برطرف کردن حالت هیجانی آزارنده به روش‌های ناسالمی روی می‌آورند، اگر این راهکار ناسالم مفید نباشد، به احتمال قوی کل انرژی آن‌ها بر هیجان‌ات خود متمرکز خواهد شد که این امر در نهایت کارکردهای آن‌ها را مختل خواهد ساخت. تحمل آشفتگی شامل چهار زیرمقیاس: تحمل (تحمل آشفتگی هیجانی است)؛ ارزیابی (برآورد ذهنی آشفتگی)؛ جذب (جذب شدن به وسیله هیجان‌ات منفی) و تنظیم (تنظیم تلاش‌ها برای تسکین آشفتگی) است.

با توجه به این‌که صرع یک اختلال مزمن بوده و از جمله اختلالات شایع در دوران نوجوانی است، به طوری که صرع فعال در ۳۲ درصد از کودکان و نوجوانان گزارش شده است، اما مداخلات و درمان‌های روان‌شناختی کمی به آن توجه کرده است (جانسون، جانسون

1. distress tolerance

2. Zvolensky, Vujanovic, Bernstein and Leroy

کارآیی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ابعاد تحمل آشفتگی بیماران مبتلا به صرع ۱۲۵

و آگوالفسون^۱، ۲۰۱۴). بایستی در مطالعات مداخله‌ای جدید، به عوامل روان‌شناختی مرتبط با سلامت این بیماران را مورد توجه قرار داد و تنها به آسیب‌های جسمی و ناتوانی جسمی آن‌ها بسنده نشود (رجبی و یزدخواستی، ۱۳۹۳). در این میان استفاده از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۲ (ACT) به عنوان رایج‌ترین و پرکاربردترین روش می‌تواند بسیار مثمر ثمر باشد، این درمان جزء درمان‌های موج سوم است که توانایی خوبی در مهار ادراکات فرد در برابر پیش‌آمدهای استرس‌زای زندگی دارد و در آن به جای تغییر شناخت‌ها، سعی می‌شود تا ارتباط روان‌شناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد (هیس و استروسال^۳، ۲۰۱۰). ACT ریشه در یک نظریه فلسفی به نام زمینه‌گرایی عملکردی^۴ دارد و مبتنی بر یک برنامه تحقیقاتی درباره زبان و شناخت است که نظریه چارچوب رابطه‌های ذهنی خوانده می‌شود. ACT شش فرایند مرکزی دارد که به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی منجر می‌شوند. این شش فرایند عبارت از پذیرش^۵، گسلش شناختی^۶، خود به عنوان زمینه^۷، ارتباط با زمان حال^۸، ارزش‌ها^۹ و عمل متعهد^{۱۰} هستند. در این درمان ابتدا سعی می‌شود پذیرش روانی فرد در مورد تجارب ذهنی (افکار، احساسات و ...) افزایش یابد و متقابلاً اعمال کنترل نامؤثر کاهش یابد (هیس و استروسال^{۱۱}، ۲۰۱۰) و یک مداخله عملی موقعیتی است که مبتنی بر نظریه نظام ارتباطی است که رنج فرد را ناشی از انعطاف‌ناپذیری شناختی می‌داند که توسط آمیختگی شناختی^{۱۲} و اجتناب تجربی^{۱۳} پرورش می‌یابد (والیس، راگیرو، گرین، جونز، زیمان، راسی، ادواردز، راسی و پروچانک^{۱۴}، ۲۰۰۳). پژوهش‌های انجام شده حاکی از تأثیر مثبت مداخلات درمانی بر بهبود

-
1. Jonson, Jonson and Eeg-Olofsson
 2. Acceptance and Commitment Therapy
 3. Hayes and Strosahl
 4. functional context
 5. acceptance
 6. cognitive diffusion
 7. self as context
 8. being present
 9. values
 10. committed action
 11. Hayes and Strosahl
 12. cognitive fusion
 13. experiential avoidance
 14. Vallis, Ruggiero, Greene, Jones, Zinman, Rossi, Edwards, Rossi, Prochaska

علائم و مشکلات روان‌شناختی بیماران مبتلا به صرع است؛ به عنوان مثال: محمدپور، شاهی و تاجیک‌زاده (۱۳۹۶) در مطالعه خود نشان دادند که شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر خودارزشیابی، امیدواری و بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به صرع تأثیر دارد. برزگری-دهج، جرجندی و حسین‌ثابت (۱۳۹۶) نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود بهزیستی روان‌شناختی افراد مبتلا به صرع تأثیر دارد. قدم‌پور، رادمهر و یوسف‌وند (۱۳۹۶) در مطالعه‌ای که انجام دادند به این نتیجه رسیدند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش اضطراب سلامت بیماران مبتلا به صرع تأثیر معناداری دارد. روشن‌نیا (۱۳۹۵) در مطالعه‌ای که انجام داد به این نتیجه دست یافت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود حملات صرع، اضطراب و رفتارهای خودمدیریتی بیماران مبتلا به صرع تأثیر معناداری دارد. روحی و تجربه-کار (۱۳۹۷) در مطالعه خود نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش تحمل آشفتگی دانش‌آموزان با اختلال اضطراب اجتماعی تأثیر معناداری دارد. الینبرگ، کرونسترن، فینک و فروستلم^۱ (۲۰۱۳) نیز نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود اضطراب سلامت بیماران مبتلا به صرع تأثیر معناداری دارد. بنابراین، با توجه به اینکه تحقیقات حاکی از اثربخشی این درمان بر بیماری‌های مزمن از جمله بیماری صرع بوده است (مک‌کالین و زولنسکی^۲، ۲۰۱۵). پژوهش حاضر با هدف مشخص کردن کارآیی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ابعاد تحمل آشفتگی بیماران مبتلا به صرع در جامعه ایرانی انجام شد. فرضیه‌های پژوهش حاضر به صورت زیر است:

۱. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل آشفتگی بیماران مبتلا به صرع تأثیر دارد.
۲. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ابعاد تحمل آشفتگی (تحمل، ارزیابی، جذب، تنظیم) بیماران مبتلا به صرع تأثیر دارد.

روش

روش پژوهش حاضر به شیوه شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری سه ماهه با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل کلیه زنان مبتلا به بیماری صرع مراجعه‌کننده به

1. Eilenberg, Kronstrand, Fink and Frosthalm
2. McCallion and Zvolensky

کارآیی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ابعاد تحمل آشفتگی بیماران مبتلا به صرع ۱۲۷

مراکز درمانی در سطح شهر خرم‌آباد در سال ۱۳۹۵ بود که با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. بدین منظور، ابتدا با مراجعه به مطب‌های نورولوژی موجود، زنان مبتلا به بیماری صرع که توسط پزشک معالج، تشخیص صرع دریافت کرده، شناسایی و بررسی شدند و پس از جلب همکاری آن‌ها، مقیاس تحمل آشفتگی در بین آن‌ها توزیع شد و سپس افرادی از جامعه فوق که نمره پایین‌تر از میانگین دریافت کردند به عنوان نمونه انتخاب شدند؛ سپس بعد از هم‌تاسازی بر حسب ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، تعداد ۳۰ نفر به صورت تصادفی به عنوان نمونه انتخاب شد (۱۵ نفر گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه گواه). گروه آزمایش به صورت گروهی طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای هفته‌ای دو جلسه تحت مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفت و گروه گواه در طی این مدت هیچ مداخله‌ای را دریافت نکرد و در نهایت از هر دو گروه آزمایش و گواه پس‌آزمون و مجدداً سه ماه بعد پیگیری به عمل آمد. برای رعایت اصول اخلاقی، قبل از اجرای پژوهش، رضایت آگاهانه از شرکت‌کنندگان گرفته شد و بعد از مرحله پیگیری نیز گروه گواه به مدت ۳ جلسه تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفت.

معیارهای ورود به مطالعه شامل: ابتلا به بیماری صرع، داشتن رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، توانایی شرکت در جلسات درمانی گروه، داشتن حداقل تحصیلات سیکل، بین ۱۸ تا ۴۵ سال سن داشتن، عدم شرکت در کلاس‌های آموزشی و درمانی دیگر به‌طور هم‌زمان، قادر به تکلم زبان فارسی و داشتن آمادگی جسمانی و روانی لازم بود. معیارهای خروج شامل: مبتلایان به صرع که حملات صرع آن‌ها علت مشخصی نداشته، بیماران مصروع مبتلا به عقب‌ماندگی ذهنی یا دارای مشکلات آشکار ساختاری مغز و مبتلا بودن به اختلالات روانی شدید مانند سایکوز، دمانس و آلزایمر بود. بعد از انتخاب گروه‌های نهایی پژوهش، از آزمودنی‌های دو گروه خواسته شد که در یک جلسه توجیهی شرکت کنند، در این جلسه با تشریح اهداف پژوهش سعی شد که انگیزه و موافقت لازم مراجعان برای شرکت در پژوهش جلب شود.

ابزار پژوهش عبارت بود از:

پرسشنامه تحمل آشفتگی^۱: این پرسشنامه را سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) ساخته‌اند و یک ابزار ۱۵ گویه‌ای است که دارای زیرمقیاس‌های تحمل^۲ (گویه‌های ۱-۳-۵)، جذب^۳ (گویه‌های ۱۵-۴-۲)، ارزیابی^۴ (گویه‌های ۱۲-۱۱-۱۰-۹-۷-۶) و تنظیم^۵ (گویه‌های ۱۴-۱۳-۸) است، که در آن از شرکت‌کننده خواسته می‌شود میزان موافقت یا مخالفت خود با جملات را در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از کاملاً موافقم (۱) تا کاملاً مخالفم (۵) درجه‌بندی کند. نمره بالا نشان‌دهنده میزان بالای تحمل آشفتگی در فرد است و نقطه برش بین ۱۵ تا ۷۵ است. تحمل آشفتگی با ابزار بدتنظیمی ($r = -0/51$) رابطه منفی و با ابزارهای هیجان‌پذیری مثبت رابطه مثبت معناداری ($r = 0/26$) نشان داده است (شیدایی‌ا قدم، شمس‌الدینی، عباسی، یوسفی و همکاران، ۱۳۹۳). بر اساس داده‌های حاصل از پژوهش اعظمی و کاکابرایی (۱۳۹۵) میزان آلفای کرونباخ نمره کل این پرسشنامه ۰/۷۱ برآورد شد. پارسامنش، کراسکیان، حکمی و احدی (۱۳۹۶) میزان پایایی به روش آلفای کرونباخ را برای کل زیرمقیاس‌ها بالای ۰/۸۰ گزارش کردند. در پژوهش حاضر ضریب همسانی درونی با روش آلفای کرونباخ، برای زیرمقیاس‌ها به ترتیب ۰/۷۳، ۰/۷۵، ۰/۷۲، ۰/۷۶ و برای کل مقیاس ۰/۷۹ به دست آمد. خلاصه جلسات درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد مطابق بسته براتیان، کاظمی، خواجه، حقانی‌زمیدانی و داورنیا (۱۳۹۶) در جدول (۱) آمده است. در نهایت داده‌های گردآوری شده با استفاده از آزمون آماری تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و به کمک نرم‌افزار Spss نسخه ۲۱ تجزیه و تحلیل شدند.

-
1. distress tolerance scale
 2. tolerance
 3. absorb
 4. assessment
 5. tuning

جدول ۱: محتوای جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسه	هدف	محتوا	تغییر رفتار مورد انتظار	تکلیف خانگی
اول	آشنایی کلی با اهداف جلسات	بیان موضوع پژوهش و اهداف آن و بیان این موضوع که روی اهداف فکرشود	-	-
دوم	تمییز افکار، احساسات و خاطرات از هم	بیان اصل پذیرش و شناخت احساسات و افکار پیرامون مشکلات	توانایی تمییز افکار و احساسات و خاطرات از همدیگر	ارائه تکلیف پذیرش خود و احساسات ناشی از بیماری
سوم	آموزش و شناخت هیجانات	آموزش و شناخت هیجانات و تفاوت آن‌ها با افکار و احساسات	فرد بتواند انواع هیجانات را بشناسد.	ارائه تکلیف اینکه چقدر خود و احساسات خود و دیگران را می‌پذیریم.
چهارم	آموزش ذهن آگاهی	تمرکز بر تنفس و تکنیک حضور در لحظه و توقف فکر	توانایی حضور در لحظه و آگاهی از ذهن	تمرین مهارت‌های ذهن آگاهی
پنجم	آموزش پذیرش و تسلیم	آموزش و ایجاد شناخت در خصوص تفاوت بین پذیرش و تسلیم و آگاهی از اینکه آنچه نمی‌توانیم تغییر دهیم را بپذیریم	پذیرش اتفاقات غیرقابل تغییر و آگاهی از تفاوت پذیرش و تسلیم	ارائه این تکنیک که با ذهن- آگاه بودن در هر لحظه، از وجود احساسات خود آگاهی یابند، ولی قضاوت نکنند
ششم	آموزش اصول تعهد در آموزش و درمان	آموزش و ارائه اصل تعهد و لزوم آن در روند آموزش و درمان و تکنیک توجه انتخابی	کسب تعهد در روند آموزش و درمان	تمرین مهارت توجه انتخابی
هفتم	شناسایی مسائل حل نشده و حل آن‌ها	ارائه بازخورد و جستجوی مسائل حل نشده؛ شناسایی و ایجاد تعهد برای عمل به آنها؛ ایجاد توانایی انتخاب عمل	ایجاد تعهد برای عمل و توانایی انتخاب عمل در بین گزینه‌ها	نوشتن یک مورد انتخاب مؤثر در طول هفته
هشتم	جمع‌بندی و ختم جلسات	اخذ تعهد از اعضا جهت انجام تکالیف پس از پایان دوره؛ ارائه بازخورد به اعضای گروه؛ اجرای پس‌آزمون	انتقال آموزش‌ها به زندگی	-

یافته‌ها

در رابطه با مشخصات جمعیت‌شناختی بیماران، همه آن‌ها در دامنه سنی ۱۸-۴۵ سال قرار داشتند، میانگین و انحراف معیار سنی گروه مداخله $7/87 \pm 32/83$ و گروه گواه $7/51$ بود. جدول (۲)، میانگین و انحراف معیار نمرات تحمل آشفتگی و زیرمقیاس‌های آن (تحمل، ارزیابی، جذب و تنظیم) را در افراد مبتلا به بیماری صرع به تفکیک گروه‌ها و مراحل نشان می‌دهد.

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار تحمل آشفتگی و زیرمقیاس‌های آن به تفکیک گروه‌ها

متغیر	گروه آزمایش		گروه گواه	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
سن	۳۲/۸۳	۷/۸۷	۳۳/۲۱	۷/۵۱
تحمل	پیش‌آزمون	۶/۶۱	۰/۹۰	۱/۸۲
	پس‌آزمون	۸/۰۵	۱/۷۵	۱/۲۳
	پیگیری	۸/۸۲	۱/۶۵	۱/۶۰
ارزیابی	پیش‌آزمون	۱۵/۵۷	۱/۹۰	۲/۱۵
	پس‌آزمون	۱۹/۹۴	۲/۷۲	۲/۷۸
	پیگیری	۲۰/۹۶	۱/۹۴	۲/۴۷
جذب	پیش‌آزمون	۶/۵۸	۱/۳۷	۱/۴۷
	پس‌آزمون	۸/۰۷	۱/۵۹	۱/۷۸
	پیگیری	۸/۲۲	۱/۳۵	۱/۲۱
تنظیم	پیش‌آزمون	۶/۹۱	۱/۴۴	۱/۵۴
	پس‌آزمون	۸/۱۷	۱/۰۱	۱/۳۹
	پیگیری	۸/۲۴	۱/۴۹	۱/۰۶
تحمل آشفتگی	پیش‌آزمون	۴۰/۷۵	۳/۹۳	۵/۸۳
	پس‌آزمون	۵۱/۱۲	۴/۳۰	۴/۴۳
	پیگیری	۵۲/۹۶	۳/۴۵	۳/۷۸

کارآیی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ابعاد تحمل آشفتگی بیماران مبتلا به صرع ۱۳۱

برای مشخص کردن معناداری تفاوت بین متغیرهای فوق از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد و برای بررسی تفاوت‌های مشاهده شده، ابتدا مفروضه‌های لازم برای انجام تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر بررسی شد. آزمون شاپیرو-ویلک نشان داد که مفروضه نرمال بودن متغیرها رعایت شده است. همچنین بررسی نتایج آزمون ام باکس برای تحمل (۰/۰۷)، ارزیابی (۰/۹۱)، جذب (۰/۹۳)، تنظیم (۰/۴۳) و تحمل آشفتگی (۰/۵۵) درباره تساوی ماتریس‌های کوواریانس نیز حاکی از آن بود که مفروضه همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس برقرار است و ماتریس‌های کوواریانس مشاهده شده تحمل آشفتگی و زیرمقیاس‌های آن، در تمامی گروه‌ها مساوی است؛ تحمل (F=۳/۴۱، P=۰/۰۵)، ارزیابی (F=۱۲/۲۱، P=۰/۰۰۱)، جذب (F=۰/۰۵، P=۰/۰۰۱)، تنظیم (F=۳/۹۷، P=۰/۰۱) و تحمل آشفتگی (F=۱۸/۰۲، P=۰/۰۰۱). همچنین، با بررسی آزمون لوین در مورد تساوی واریانس‌های خطا، فرض تساوی واریانس‌ها رعایت شد و واریانس خطای تحمل آشفتگی و زیرمقیاس‌های آن، در تمام گروه‌ها مساوی بود.

جدول ۳: آزمون برابری واریانس‌ها بر اساس آزمون لوین برای متغیر تحمل آشفتگی و زیرمقیاس‌های آن

متغیر وابسته	F	درجه آزادی اول	درجه آزادی دوم	سطح معناداری
پیش‌آزمون تحمل	۳/۶۴	۱	۲۸	۰/۰۷
پس‌آزمون تحمل	۲/۲۳	۱	۲۸	۰/۱۲
پیگیری تحمل	۰/۰۰۷	۱	۲۸	۰/۹۳
پیش‌آزمون ارزیابی	۰/۲۸	۱	۲۸	۰/۶۱
پس‌آزمون ارزیابی	۰/۱۱	۱	۲۸	۰/۷۵
پیگیری ارزیابی	۰/۱۲	۱	۲۸	۰/۷۲
پیش‌آزمون جذب	۰/۱۴	۱	۲۸	۰/۷۱
پس‌آزمون جذب	۰/۱۷	۱	۲۸	۰/۶۸
پیگیری جذب	۰/۰۲	۱	۲۸	۰/۸۸
پیش‌آزمون تنظیم	۰/۲۶	۱	۲۸	۰/۶۱
پس‌آزمون تنظیم	۰/۴۴	۱	۲۸	۰/۵۰
پیگیری تنظیم	۳/۰۴	۱	۲۸	۰/۰۸
پیش‌آزمون تحمل آشفتگی	۲/۳۵	۱	۲۸	۰/۱۱
پس‌آزمون تحمل آشفتگی	۰/۰۲	۱	۲۸	۰/۸۸
پیگیری تحمل آشفتگی	۰/۴۲	۱	۲۸	۰/۵۱

همان‌طور که نتایج جدول (۴) نشان می‌دهد اندازه‌گیری‌های نمرات تحمل، ارزیابی و تحمل آشفستگی ($p < 0/001$)، جذب و تنظیم ($p < 0/05$) در سه زمان، تفاوت معناداری با هم دارند. این نتایج بیان‌کننده تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل آشفستگی و زیرمقیاس‌های آن است. بنابراین، آزمون چندمقیاسه‌ای نشان داد که در پس‌آزمون و پیگیری در مقایسه با پیش‌آزمون، میزان تحمل آشفستگی و زیرمقیاس‌های آن، در گروه آزمایش به‌طور معناداری پایدار مانده بود.

بررسی نتایج آزمون کرویت موخلی (Mauchlys Test) نشان داد که تحمل ($P = 0/11$)، ارزیابی ($P = 0/94$)، جذب ($P = 0/29$)، تنظیم ($P = 0/06$) و تحمل آشفستگی ($P = 0/24$) می‌باشد، لذا مفروضه کرویت برای اثرهای مربوط به زمان و گروه رعایت شده است.

جدول ۴: نتایج آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره با اندازه‌گیری مکرر برای اثرات بین گروهی و تعامل

متغیرها	تأثیرات بین گروهی	ارزش F	درجه آزادی فرض شده	درجه آزادی خطا	سطح معناداری	مجذور اتا	توان آماری
تحمل	زمان لامبدای ویلکز	۰/۵۴۰	۲	۲۷	۰/۰۰۱	۰/۴۶	۰/۹۹
	زمان ^{۹۹} گروه لامبدای ویلکز	۰/۷۹۹	۲	۲۷	۰/۰۵	۰/۲۱	۰/۵۹
ارزیابی	زمان لامبدای ویلکز	۰/۵۲۳	۲	۲۷	۰/۰۰۱	۰/۴۷	۰/۹۹
	زمان ^{۹۹} گروه لامبدای ویلکز	۰/۵۲۵	۲	۲۷	۰/۰۰۱	۰/۴۷	۰/۹۹
جذب	زمان لامبدای ویلکز	۰/۷۴۶	۲	۲۷	۰/۰۵	۰/۲۵	۰/۷۲
	زمان ^{۹۹} گروه لامبدای ویلکز	۰/۶۹۸	۲	۲۷	۰/۰۵	۰/۱۸	۰/۵۱
تنظیم	زمان لامبدای ویلکز	۰/۷۸۹	۲	۲۷	۰/۰۵	۰/۱۱	۰/۶۷
	زمان ^{۹۹} گروه لامبدای ویلکز	۰/۶۵۶	۲	۲۷	۰/۰۱	۰/۳۵	۰/۹۰
تحمل آشفستگی	زمان لامبدای ویلکز	۰/۳۰۴	۲	۲۷	۰/۰۰۱	۰/۶۹	۱
	زمان ^{۹۹} گروه لامبدای ویلکز	۰/۴۲۸	۲	۲۷	۰/۰۰۱	۰/۵۷	۱

همان‌طور که در جدول (۵) ملاحظه می‌شود، تأثیر زمان اندازه‌گیری بر نمرات تحمل آشفتگی و زیرمقیاس‌های آن معنادار است، به طوری که می‌توان بیان کرد، بین نمره‌های عامل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) در متغیرهای فوق تفاوت معناداری به‌دست آمد. همچنین اثر تعامل بین زمان و گروه نیز معنادار است؛ به طوری که تفاوت میانگین نمرات متغیرها در زمان‌های مختلف با توجه به سطوح متغیرهای گروه متفاوت است. از سویی دیگر، تأثیر گروه نیز بر نمرات تمام متغیرها معنادار است. بنابراین، تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل آشفتگی و زیرمقیاس‌های آن هم در مرحله پس‌آزمون و هم در مرحله پیگیری، تأیید شد.

برای مشخص کردن تفاوت بین میانگین نمرات تحمل آشفتگی و زیرمقیاس‌های آن، گروه‌های آزمایش و گواه، از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. نتایج نشان داد که در مرحله پس‌آزمون و پیگیری، میانگین نمرات تحمل و جذب ($p < 0/05$)، ارزیابی ($p < 0/001$)، تنظیم و تحمل آشفتگی ($p < 0/01$) به طور معناداری بیشتر از گروه گواه است.

جدول ۵: نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل آشفتگی و زیرمقیاس‌های آن

متغیرها	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا	توان آماری
تحمل	زمان	۵۶/۰۷۷	۲	۲۸/۰۳۸	۱۶/۱۰۳	۰/۰۰۱	۰/۳۶	۰/۹۹
	درون گروهی	۱۱/۷۵۱	۲	۵/۸۷۵	۳/۳۷۴	۰/۰۵	۰/۱۱	۰/۶۱
	خطا	۹۷/۵۰۶	۵۶	۱/۷۴۱				
بین گروهی	گروه	۲۴/۱۱۲	۱	۲۴/۱۱۲	۵/۰۱۲	۰/۰۵	۰/۱۵	۰/۵۷
	خطا	۴۶۸/۷۰۳	۲۸	۱۸/۰۲۷				
ارزیابی	زمان	۱۲۴/۶۳۲	۲	۶۲/۳۱۶	۱۳/۵۸۹	۰/۰۰۱	۰/۳۳	۰/۹۹
	درون گروهی	۱۲۳/۷۳۶	۲	۶۱/۸۶۸	۱۳/۴۹۲	۰/۰۰۱	۰/۳۲	۰/۹۹
	خطا	۲۵۶/۷۹۹	۵۶	۴/۵۸۶				
بین گروهی	گروه	۱۷۰/۳۸۵	۱	۱۷۰/۳۸۵	۲۲/۶۳۴	۰/۰۰۱	۰/۴۴	۰/۹۹
	خطا	۲۱۰/۸۸۳	۲۸	۷/۵۲۸				

متغیرها	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا	توان آماری
	زمان	۵۱/۲۹۱	۲	۲۵/۶۴۵	۱۴/۰۹۸	۰/۰۱	۰/۲۹	۰/۹۸
جذب	درون گروهی	۱۰/۲۵۸	۲	۵/۱۲	۳/۰۲۴	۰/۰۵	۰/۱۰	۰/۵۹
	خطا	۹۴/۳۴۱	۵۶	۱/۶۷۴				
بین گروهی	گروه	۱۳/۸۷۲	۱	۱۳/۸۷۲	۴/۷۴۸	۰/۰۵	۰/۱۴	۰/۵۶
	خطا	۸۱/۸۱۲	۲۸	۲/۹۲۲				
	زمان	۷۴/۳۲۴	۲	۳۷/۱۶۲	۱۵/۱۸۷	۰/۰۱	۰/۲۸	۰/۹۶
تنظیم	درون گروهی	۲۴/۸۷۷	۲	۱۲/۴۳۸	۷/۶۴۸	۰/۰۱	۰/۲۱	۰/۹۳
	خطا	۹۱/۰۷۷	۵۶	۱/۶۲۶				
بین گروهی	گروه	۸۲/۵۲۶	۱	۸۲/۵۲۶	۱۶/۸۸۲	۰/۰۱	۰/۳۰	۰/۹۸
	خطا	۹۷/۴۳۶	۲۸	۶/۳۷۲				
	زمان	۸۶۰/۱۹۶	۲	۴۳۰/۰۹۸	۳۵/۱۸۶	۰/۰۰۱	۰/۵۶	۱
تحمل آشفتگی	درون گروهی	۵۶۸/۰۶۴	۲	۲۸۴/۰۳۲	۲۳/۲۳۶	۰/۰۰۱	۰/۴۵	۱
	خطا	۶۸۴/۵۲۸	۵۶	۱۲/۲۲۴				
بین گروهی	گروه	۴۳۱/۵۰۳	۱	۴۳۱/۵۰۳	۱۳/۲۴۱	۰/۰۱	۰/۳۲	۰/۹۴
	خطا	۹۱۲/۴۵۲	۲۸	۳۲/۵۸۸				

بحث و نتیجه‌گیری

در پژوهش حاضر کارایی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ابعاد تحمل آشفتگی بیماران مبتلا به صرع بررسی شد. نتایج پژوهش نشان داد که اجرای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، منجر به بهبود و افزایش تحمل آشفتگی بیماران مبتلا به صرع شد، به گونه‌ای که این ارتقاء در دو مقطع زمانی پس از مداخله و سه ماه بعد از پایان مداخله قابل مشاهده است. بنابراین،

کارآیی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ابعاد تحمل آشفتگی بیماران مبتلا به صرع ۱۳۵

فرضیه اول پژوهش تأیید شد. این نتیجه با نتایج مطالعات محمدپور و همکاران (۱۳۹۶)، برزگری دهج و همکاران (۱۳۹۶)، قدمپور و همکاران (۱۳۹۶)، روشن‌نیا (۱۳۹۵)، روحی و تجربه‌کار (۱۳۹۷)، شیدایی‌اقدام و همکاران (۱۳۹۳)، البیرگ و همکاران (۲۰۱۳) و مک‌کالین و زولنسکی (۲۰۱۵) هماهنگ و همسو است. در تبیین این همسویی می‌توان به شباهت در ارتقای مهارت افراد در اصلاح، پذیرش و تحمل هیجانات منفی اشاره کرد. افراد مبتلا به صرع جهت کنترل استرس‌های موجود به رفتارهای اجتنابی روی آورده و با فرار از موقعیت‌های تنش‌زا به آن واکنش نشان می‌دهند، در مداخله ACT طی تکنیک مواجهه با هیجانات، افراد ضمن پذیرش هیجانات خود به دنبال تسکین فوری هیجانات منفی یا اجتناب از آن‌ها نیستند؛ اگرچه فرد نمی‌تواند شرایط زندگی خود را تغییر دهد، ولی می‌تواند شدت واکنش‌های هیجانی خود را نسبت به موقعیت‌های تنش‌زا و رویدادهای زندگی تغییر دهد؛ طی مواجهه با هیجان افراد در می‌یابند که هیجان‌ها قابل تحمل هستند و آن‌ها توانایی مقابله با هیجانات منفی را دارند و از این طریق توانایی تحمل آشفتگی آن‌ها بالا می‌رود، این توانایی در طی مرحله پیگیری نیز پایدار بود.

یافته دیگر مطالعه حاضر حاکی از آن بود که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ابعاد تحمل آشفتگی بیماران مبتلا به صرع معنادار است. بنابراین، فرضیه دوم پژوهش نیز تأیید شد. در تبیین معناداری مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بعد ارزیابی از ابعاد تحمل آشفتگی می‌توان گفت که ACT باعث می‌شود که فرد با نگاه و دیدگاه متفاوتی به ارزیابی رویدادها و وقایع منفی اقدام کند، هیجان‌های منفی را با شدت کمتری تجربه کند، شدت واکنش‌های هیجانی نسبت به آن‌ها را تغییر دهد و در مورد کنترل هیجانات خود احساس کفایت کند و در نتیجه ناراحتی و آشفتگی کمتری را تجربه کند.

در تبیین معناداری اثربخشی مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بعد جذب از ابعاد تحمل آشفتگی می‌توان این‌گونه استنباط کرد که مداخله اکت به افراد مبتلا به صرع کمک می‌کند تا باورها و راهبردهای ناکارآمدی که به تفسیر، قضاوت و عمل مطابق با هیجان‌ها می‌انجامد، شناسایی کنند و باورها و راهبردهای انطباقی‌تر و منعطف‌تری را در پاسخ به هیجانات خود اتخاذ کنند؛ در نتیجه اعمال این تغییرات، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی آن‌ها افزایش یافته و جذب و پذیرش هیجانات منفی در آن‌ها تسهیل می‌شود. همچنین در تبیین مداخله مبتنی بر

پذیرش و تعهد برای بعد تنظیم تحمل آشفتگی می‌توان اظهار داشت که تنظیم هیجان‌ها به عنوان فرایندهای درونی و بیرونی که عامل نظارت، ارزش‌گذاری و تعدیل عکس‌العمل‌های هیجانی، مخصوصاً هیجان‌های شدید و موقتی، برای دستیابی به اهداف شخصی دانسته می‌شود، در حقیقت تنظیم هیجان‌ها یعنی تلاش فرد برای تأثیر گذاشتن بر روی نوع، زمان و چگونگی بیان، تغییر طی دوره یا شدت فرایندهای رفتاری، تجربی و جسمانی هیجان‌هاست و به‌طور خودکار یا کنترل شده، هشیار یا ناهشیار و از طریق به‌کارگیری درمان اکت صورت می‌گیرد، لذا بررسی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم هیجان به‌عنوان یک مؤلفه روان‌شناختی مهم تأثیرگذار است؛ تحت این شرایط، بیماران دارای راهبردهای مثبت تنظیم هیجان در رخدادهای ناگوار پذیرش رضایت بیشتری نسبت به آنچه اتفاق افتاده است نشان می‌دهند و توانایی تحمل آشفتگی بالایی در این شرایط از خود بروز می‌دهند.

در مطالعه حاضر، با جایگزین کردن خود به عنوان زمینه، مراجعان توانستند رویدادهای درونی ناخوشایند را در زمان حال به سادگی تجربه کنند و قادر به جدا کردن خود از واکنش‌ها، خاطرات و افکار ناخوشایند شدند و به توانایی تحمل آشفتگی رسیدند. از محدودیت‌های این پژوهش، عدم بررسی مردان مبتلا به بیماری صرع و محدود بودن نمونه پژوهش، به بیماران مبتلا به صرع مراجعه‌کننده به مراکز درمانی سطح شهر خرم‌آباد بود، لذا پیشنهاد می‌شود پژوهش مورد نظر روی گروه مردان و در مناطق جغرافیایی دیگر، مجدداً اجرا شود تا اعتبار این روش با اطمینان بیش‌تری برآورد شود.

تشکر و قدردانی

نویسندگان این مقاله بر خود لازم می‌دانند از پزشکان نورولوژیست شهر خرم‌آباد و کلیه بیماران عزیزی که در انجام این پژوهش ما را یاری نمودند، تشکر و قدردانی نمایند.

منابع

اعظمی، ادریس و کاکابرای، کیوان. (۱۳۹۵). پیش‌بینی تحمل آشفتگی بر اساس سیستم‌های مغزی رفتاری و بدتنظیمی هیجانی: برازش یک مدل. *مجله کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار*، ۲۱(۳۹): ۳۷-۲۹.

کارایی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ابعاد تحمل آشفتگی بیماران مبتلا به صرع ۱۳۷

براتیان، امین، کاظمی، آمنه سادات، خواجه، نازنین، حقانی زمیدانی، مجتبی و داورنیا، رضا (۱۳۹۶). تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی مادران دارای کودک مبتلا به سرطان. *مجله ارمغان دانش*، ۲۲(۱۲۴): ۶۵۰-۶۳۷.

برزگری دهج، ابوالفضل، جرجندی، علیرضا و حسین ثابت، فریده (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روان‌شناختی افراد مبتلا به صرع بیمارستان امام حسین (ع) در پاییز و زمستان سال ۱۳۹۴. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایلام*، ۲۵(۱): ۱۴۷-۱۳۸.

پارسامنش، فریبا، کراکسیان، آدیس، حکمی، محمد و احدی، حسن (۱۳۹۶). اثربخشی مدل تنظیم هیجان گروس بر تحمل آشفتگی هیجانی و پرخوری هیجانی. *مجله روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی*، ۸(۲۹): ۵۲-۲۳.

رجبی، ساجده و یزدخواستی، فریبا (۱۳۹۳). اثربخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد بر اضطراب و افسردگی زنان مبتلا به بیماری ام اس. *مجله روان‌شناسی بالینی*، ۶(۱): ۳۸-۲۹. روحی، رمینا و تجربه‌کار، مهشید (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش تحمل آشفتگی و تنظیم شناختی در دانش‌آموزان با اختلال اضطراب اجتماعی. *فصلنامه روان‌شناسی تحلیلی-شناختی*، ۹(۳۲): ۵۴-۴۷.

روشن‌نیا، سمیه (۱۳۹۵). بررسی تأثیر درمان تعهد و پذیرش بر فراوانی حملات صرع، اضطراب و رفتارهای خود مدیریتی بیماران مبتلا به صرع مقاوم به دارو در شهر خرم‌آباد. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه لرستان.

شیدایی‌اقدام، شوان، شمس‌الدینی، سلوی، عباسی، سمیه، یوسفی، سارا، عبدالهی، صفیه و مردای‌جو، محمد (۱۳۹۳). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش پریشانی و نگرشهای ناکارآمد در بیماران مبتلا به M.S. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، ۹(۳۴): ۶۶-۵۷.

قدم‌پور، عزت‌اله؛ رادمهر، پروانه و یوسف‌وند، لیلا (۱۳۹۶). کارایی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب سلامت زنان مبتلا به صرع با پیگیری سه ماهه. *فصلنامه علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد پزشکی تهران*، ۲۷(۴): ۲۷۶-۶۹.

محمدپور، سمانه، شاهی، مرجان و تاجیک‌زاده، فخری (۱۳۹۶). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر خودارزشیابی مرکزی، بهزیستی روان‌شناختی و امیدواری بیماران مبتلا به صرع. *دو فصلنامه علمی-پژوهشی روان‌شناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار)*، ۱۵(۲): ۵۰-۳۷.

Azami, E. and Kakabraei, S. (2016). The prediction of disturbance tolerance based

- on behavioral and maladaptive emotional systems: the fit of a model. *Journal of Student Research Committee of Sabzevar University of Medical Sciences*, 21 (39): 29- 37(Text In Persian).
- Baratian, A., Kazemi, A. S., Khwaja, N., Haqqani Zemedani, M. and Davariya, R. (2017). Impact of treatment based on acceptance and commitment on the quality of life of mothers with a child with cancer. *Armaghan Danesh Magazine*, 22 (124): 637- 650(Text In Persian).
- Barzegari, Dej. A., Jarjandi, A. R. and Hossein Sabet, F. (2017). The Effectiveness of Acceptance and Commitment-Based Therapy on Psychological Well-being of People with Epilepsy in Imam Hossein Hospital in fall and winter of 1394. *Ilam University of Medical Sciences*. 25 (1): 138- 147(Text In Persian).
- Eilenberg, T., Kronstrand, L., Fink, P. and Frosthalm, L. (2013). Acceptance and commitment group therapy for health anxiety--results from a pilot study. *Journal Anxiety Disorder*; 27:461-468. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2013.06.001>
- Ghadampour, E; Radmehr, P. and Yousefvand, L. (2017). The efficacy of acceptance and commitment therapy on the health anxiety of women with epilepsy with a three month follow up. *Journal of Medical Sciences, Islamic Azad University Tehran Medical Branch*, 27 (4): 267- 269. (Text In Persian)
- Hayes, S.C and Strosahl, K.D. (2010). *A practical guide to acceptance and commitment therapy*. New York; Springer press.
- Jonson, P., Jonson, B. and Eeg-Olofsson, O. (2014). Psychological and social outcome of epilepsy in well-functioning children and adolescents. A 10-year follow-up study. *European Journal of Pediatric Neurology*, 18 (3): 381-390.
- McCallion, E.A. and Zvolensky, M.J. (2015). Acceptance and commitment Therapy (ACT) for smoking cessation: a synthesis. *Curentr opinion psychological*; (2): 47-51. DOI: 10.1016/j.copsyc.2015.02.005.
- Mohammadpour, S, Shahi, M. and Tajik Zadeh, F. (2017). The Effectiveness of Cognitive Therapy Based on Mindfulness on Central Self-Assessment, Psychological Well-being and Hope in Patients with Epilepsy. *Two Quarterly Journal of Clinical Psychology and Personality (Daneshvar Behavior)*, 15 (2): 37- 50(Text In Persian).
- Parsamish, F., Krakashian, A., Hakimi, M. and Ahadi, H. (2017). Effectiveness of Gross's emotional regulation model on tolerance of emotional turbulence and emotional overeating. *Journal of Methods and Psychological Models*, 8 (29): 23- 52(Text In Persian).
- Rajabi, S. and Yazdkhasti, F. (2014). Effectiveness of group acceptance and commitment therapy on anxiety and depression in women with MS. *Journal of Clinical Psychology*, 6 (1): 29- 38(Text In Persian).
- Roshanna, S. (2016). *Investigating the effect of commitment and acceptance therapy on the frequency of epileptic seizures, anxiety and self-management behaviors in*

- patients with drug-resistant epilepsy in Khorramabad city*. Master's Thesis, Lorestan University(Text In Persian)
- Rouhi, R. and Tajrobekar, M. (2018). The Effectiveness of Acceptance and Commitment-Based Therapy on Increased Tolerance of Confusion and Cognitive Adjustment in Students with Social Anxiety Disorders. *Quarterly Journal of Analytic-Cognitive Psychology*, 9 (32): 47- 54(Text In Persian).
- Shady Aghdam, S.H., Shamsoddini, S., Abbasi, S., Yusefi, S., Abdollahi, S. and Marday, J.o. M. (2014). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on reducing distress and ineffective attitudes in patients with M.S. *Quarterly Journal of Thought and Behavior*, 9 (34): 57- 66(Text In Persian).
- Simons, J., Gaher, R.M. (2005). The distress tolerance scale: Development and validation of a self- report measure. *Motivation and Emotion*; 29(2): 83- 102.
- Zvolensky, M.J, Vujanovic, A.A, Bernstein, A., Leroy, T. (2010). Distress tolerance: Theory, measurement, and relations to psychopathology. *Current Directions in Psychological Science*, 19(6): 406- 10.

**The Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy on
Distress Tolerance Dimensions of Woman with Epilepsy with
three- month follow-up**

Ezatullah Ghadampour*¹, Leila Heidariani² and Farnaz Radmehr³

Abstract

The purpose of this study was to investigate The efficacy of acceptance and commitment therapy on distress tolerance dimensions of woman with epilepsy with three- month follow-up The present study was quasi-experimental method included with pretest-posttest and follow-up design with control group. In order to select a sample, 30 women with available and targeted sampling method were selected from among women suffering from epilepsy referring to Khorramabad health centers in 1395. They were randomly divided into two groups: experimental and control (15 People each). Intervention acceptance and commitment therapy during 8 sessions, 90-minute, two sessions a week was administrated for the experimental group, while the control group did not receive any interventions during this period. After finishing session, posttest and three months after intervention follow-up was administrated to both groups. The data collection tools were Simmons and Gahir disturbance tolerance questionnaire. Data were analyzed using statistical tests, repeated measures analysis of variance. The study findings of the present study revealed that the acceptance and commitment therapy had a significant positive effect on increase distress tolerance. Findings were also preserved in the follow-up phase. According to the effect

1.* Corresponding Author: Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Lorestan University, Khorramabad, Iran. ghadampour.e@lu.ac.ir

2. PhD Student, Lorestan University, Department of Educational Psychology, Lorestan University, Khorramabad, Iran. yousefvand69@gmail.com

3. PhD student in Razi University, majoring in General Psychology, Lorestan University, Khorramabad, Iran. radmehr.p12@gmail.com

Submit Date:2018-08-12 Accept Date : 2019-04-09

DOI: 10.22051/psy.2019.21662.1707

<https://psychstudies.alzahra.ac.ir/>

Abstracts

the effect of acceptance and commitment therapy on increase distress tolerance in suffering and its effects, application of this method at all levels of prevention and treatment of physical illness seems necessary.

Keywords: Acceptance and Commitment treatment,, distress tolerance, epilepsy