

فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی

سال پانزدهم شماره ۵۷ بهار ۱۳۹۹

مقایسه اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر بهبود مؤلفه‌های کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به صرع کانونی

محمد محمدپور^۱، پروین رفیعی‌نیا^{۲*}، پرویز صباحی^۳، محمود نجفی^۴

۱- دانشجوی دکتری روان‌شناسی دانشگاه سمنان

۲- استادیار دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه سمنان

۳- استادیار دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه سمنان

۴- دانشیار دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه سمنان

تاریخ پذیرش: ۹۸/۱۲/۲۰

تاریخ وصول: ۹۸/۰۶/۲۰

چکیده

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر بهبود کیفیت زندگی و مؤلفه‌های آن در بیماران مبتلا به صرع کانونی صورت گرفت. طرح این پژوهش، نیمه آزمایشی از نوع گروه آزمایش و کنترل با پیش‌آزمون و پس-آزمون بود. جامعه آماری این پژوهش را کلیه بیماران مبتلا به صرع کانونی ساکن در استان‌های آذربایجان شرقی، آذربایجان غربی و تهران که از ابتدا تا پایان سال ۱۳۹۷ به مراکز درمانی و پژوهشی و مشاوره استان‌های فوق مراجعه کرده بودند، تشکیل داد. با استفاده از نمونه‌گیری در دسترس و چندمرکزی، تعداد ۴۵ نفر از میان بیماران معرفی شده از طرف مراکز فوق، انتخاب و با هم‌تاسازی از نظر سن، جنس و تحصیلات، به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل، جایگزین شدند. بیماران معین شده در گروه‌های آزمایش و کنترل، در دو نوبت؛ یعنی پیش از مداخله MBCT و ACT و پس از آن، مقیاس کیفیت زندگی ۳۱ سؤالی مختص بیماران مبتلا به صرع (QOLIE-31) که بر مبنای پرسشنامه کیفیت زندگی ویر و شربورن (SF-36) تدوین شده است را تکمیل کردند. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره نشان داد که درمان مبتنی بر ذهن آگاهی در مقایسه با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود کیفیت زندگی و مؤلفه‌های آن در بیماران مصروع اثر بخش‌تر است. افراد مصروع با بکارگیری فنون MBCT می‌آموزند که به افکار منفی و نشخوارهای فکری، به عنوان انعکاسی از واقعیت نگاه نکنند و در مقابل، آن‌ها را به عنوان وقایع ذهنی ساده‌ای ببینند که می‌آیند و می‌روند تا از این طریق بتوانند بین این افکار و خود، گسلسی ایجاد کنند و تمرکز زدایی افکار به وقوع بپیوندد. به این طریق، فرد از افکار منفی‌رهای یافته و اضطراب ناشی از عود حملات صرعی، بهبود می‌یابد و رفتارهای اجتنابی کاهش پیدا می‌کنند. بنابر این انتظار می‌رود کیفیت زندگی فرد، بهبود یافته و بیمار بتواند انطباق مؤثری با بیماری و شرایط پیش آمده ایجاد کند.

کلیدواژه: صرع کانونی؛ کیفیت زندگی؛ شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT)؛ درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)

مقدمه

صرع یکی از فراوان‌ترین اختلالات عصب شناختی با میزان شیوع تقریبی ۳ تا ۵ درصد در جهان است (اونیل^۱، ۲۰۰۵). سازمان جهانی بهداشت^۲ بیماری صرع را یک بیماری مزمن همراه با داغ اجتماعی^۳ معرفی می‌کند که با اختصاص یک درصد از بار جهانی بیماری-ها، حدود ۵۰ میلیون نفر از مردم جهان را مبتلا کرده است (WHO؛ ۲۰۰۵). در ایران، حدود یک میلیون نفر به بیماری صرع مبتلا هستند. شیوع صرع در بزرگسالان ایرانی ۴ تا ۸ نفر در هر ۱۰۰۰ نفر است (مصطفایی، ۱۳۹۰؛ به نقل از غلامی جم، ۱۳۹۳).

صرع، از نظر محل و نحوه شروع و انتشار، شامل صرع کانونی^۴ موضعی مرکب^۵، منتشر^۶ و صرع کوچک(حمله های صرع کوچک)^۷ است. صرع کانونی از موضع معینی شروع می‌شود و سپس گسترش می‌یابد. در این نوع صرع، حمله به صورت حسی یا حرکتی بوده و بیمار به هنگام حمله، به زمین نمی‌افتد و ممکن است کاملاً هوشیار باشد. تشنج غالباً از یک طرف صورت مثل گوشه دهان یا انگشت شروع و بدون اینکه به تنه سرایت کند، به دست همان طرف و سپس به پای همان طرف انتقال پیدا می‌کند. این نوع حمله، به ندرت ممکن است به طرف دیگر بدن انتقال یابد و در صورت انتقال، باید نیمه دیگر بدن، تشنج خود را به اتمام رسانده باشد. پس از اتمام حمله، بیمار برای مدتی، احساس سستی و ضعف عضلانی دارد. به نظر می‌رسد که این نوع حمله ی موضعی از قشر مغز مربوط به بازنمایی اندام های بدن، ناشی می‌شود(کلب^۸، ۱۹۹۶؛ به نقل از خدایانهی، ۱۳۸۲).

بیماران مبتلا به صرع با مشکلات متعددی مواجه هستند. مشکلات آنها علاوه بر بعد جسمانی، دارای بعد اجتماعی مثل محدودیت های قانونی، تبعیض، اشتغال، نگرش منفی جامعه و از همه مهم تر داغ اجتماعی ناشی از بیماری است (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۵). مطالعات متعدد در میان افرادی که شرایط سلامت ویژه‌ای دارند، سطح قابل توجهی از داغ اجتماعی را نشان می‌دهند (استولینک و همکاران، ۲۰۱۷). از نظر گافمن^۹ (۱۹۶۳) داغ اجتماعی ویژگی خاصی دارد که ممکن است موجب بی اعتبار شدن فرد در جامعه شود (جاکوبی و همکاران^{۱۰}، ۲۰۰۶). پژوهش‌ها نشان می‌دهند که داغ اجتماعی، یکی از پیش بینی کننده های مهم کیفیت زندگی^{۱۱} (QOL) در افراد مبتلا به صرع است. همچنین بزرگسالان با سطح بالاتر داغ اجتماعی، ممکن است دشواری بیشتری با کنترل بیماری و ابقا در درمان، مصرف دارو و رژیم غذایی داشته باشند(لی و همکاران^{۱۲}، ۲۰۰۵؛ جوزف و همکاران^{۱۳}، ۲۰۱۱). مطالعات نشان داده اند که مبتلایان به صرع، نیمرخ روانی خاصی داشته و شرایط روان شناختی و هیجانی متفاوتی را تجربه نموده و میزان مشکلات روانی مبتلایان به صرع در جامعه، ۱۱/۶ درصد؛ احساس شرم، ترس، نگرانی و اعتماد به نفس پایین، ۵۶/۶ درصد و احساس داغ اجتماعی و برچسب خوردن، ۲۶/۶ درصد است (سالگادو و سوزا^{۱۴}، ۲۰۰۶) و زمینه بالقوه خودکشی، از مسائل بسیار مهم روان شناختی در بیماران مبتلا به صرع، به شمار می‌رود (نیل^{۱۵}، ۲۰۰۵).

¹ O'Neill

² World Health Organization

³ Schema

⁴ Focal Epilepsy

⁵ Complex partial epilepsy

⁶ Generalized epilepsy

⁷ Petit mal epilepsy

⁸ Kulp

⁹ Goffman

¹⁰ Jacoby, Snape, & Baker

¹¹ quality of life

¹² Lee, Yoo, & Lee

¹³ Joseph, Ray, Reshma, bhat, Herady, & Kumar

¹⁴ Salgado & Souza

¹⁵ O'Neill

علم پزشکی تأکید روزافزونی به ابعاد عصب‌شناختی این بیماری دارد و غالباً جنبه‌های روان‌شناختی بیماری صرع که در کیفیت زندگی و رضایت از آن مؤثر است، مغفول می‌ماند. این بیماران، با توجه به دارا بودن ادراک منفی از خود، شکست‌ها را به ناکارآمدی خود نسبت می‌دهند و آن را به تجربه‌های دیگر خود نیز تعمیم داده و فرصت‌های عملکردی زیادی را از دست می‌دهند و بجای حل درست مسأله، دچار انزوا و درماندگی می‌شوند. بر اثر ابتلا به صرع، با توجه به ایجاد باورها و نگرش‌های ناکارآمد، مهارت‌های سازگارشدن و مواجهه‌ی مؤثر با مسائل و مشکلات خاص، تحت تأثیر قرار می‌گیرند. این باورها و نگرش‌ها به واسطه تجربه‌های منفی مرتبط با صرع، تقویت شده و به سطوح بالای افسردگی و اضطراب مزمن منجر می‌شوند (تدمن و همکاران^۱، ۱۹۹۵).

پژوهش‌های مرتبط با بیماری صرع و شیوع اختلالات روان‌پزشکی در این بیماران، اغلب تأثیر همراه شدن اختلال افسردگی با بیماری، حملات تشنجی و اعمال جراحی و نیز مصرف داروهای خاص این بیماری را بر کیفیت زندگی بیماران نشان می‌دهد (جانسون، جونز، سیدنبرگ و هومن^۲، ۲۰۰۴). از پیامدهای اجتناب ناپذیر ابتلا به صرع، بروز اختلال در کیفیت زندگی فرد است که بر تداوم بیماری و شکل‌گیری سایر اختلالات روانی همراه بیماری صرع نیز ممکن است منجر شود.

استرس به عنوان عامل خطر در گسترش اضطراب و افسردگی و نیز عامل بروز تشنج در بیماران صرعی، شناخته شده است و استرس مزمن با بسامد بالای تشنج مرتبط بوده است (تمکین و دیویس^۳، ۱۹۸۴؛ بتس و بدن^۴، ۱۹۹۲؛ هاوت و همکاران^۵، ۲۰۰۳ و مگوایر و سالپکار^۶، ۲۰۱۳). غیرقابل پیش بینی بودن وقوع مجدد تشنج و احساس ناشی از عدم کنترل و همینطور نگرانی از صدمه خوردن حین تشنج، می‌تواند استرس‌زا باشد (لی و همکاران^۷، ۲۰۱۵). علاوه بر این، داروهای ضد صرع می‌توانند پیامدهای جانبی ناخوشایندی داشته باشند (یوئن و همکاران^۸، ۲۰۰۷؛ فیشر و همکاران^۹، ۲۰۰۵ و هاردن^{۱۰}، ۲۰۱۴، به نقل از علایی، ۱۳۹۳). تشخیص صرع می‌تواند فرصت‌های شغلی فرد را محدود کرده و او را به عدم توانایی در تحرک سوق دهد (یوئن و همکاران، ۲۰۰۷ و لی و همکاران، ۲۰۱۵). اضطراب فراگیر، افسردگی و استرس، به صورت منفی، کیفیت زندگی را در افراد مبتلا به صرع، تحت تأثیر قرار می‌دهد (کانر و دیویدسون^{۱۱}، ۲۰۰۳؛ بینبرگ و همکاران، ۲۰۰۵؛ کارن وود و همکاران، ۲۰۱۷).

بطور کلی برآیند آنچه در ارتباط با بیماران مبتلا به صرع رخ می‌دهد و نحوه و نوع تعاملات متقابلشان و محدودیت‌ها و ابتلائات تابع آن، بر کیفیت زندگی آنان اثر بارزی دارد. اغلب صاحب نظران ضمن توافق بر این که کیفیت زندگی، چند بعدی است و واقعیت‌های مثبت و منفی زندگی را شامل می‌شود، آن را یک مفهوم ذهنی^{۱۲} و پویا^{۱۳} معرفی می‌کنند (هاگرتی و همکاران^{۱۴}، ۲۰۰۱؛ کامینز و توفیلو^{۱۵}، ۲۰۱۳). براساس تعریفی که سازمان جهانی بهداشت ارائه داده است، کیفیت زندگی، درک افراد از موقعیت خود در زندگی از نقطه نظر فرهنگ، نظام ارزشی، اهداف، انتظارات، معیارها و اولویت‌هایشان است. بنابر این و با توجه به تعریف فوق، کیفیت

¹ Tedman, Thernton, Bakert

² Johnson, Jones, Seidenberg, & Hermann

³ Temkin & Davis

⁴ Betts & Boden

⁵ Haut, Vouyiouklis, & Shinnar.

⁶ Maguire, Jamie & Salpekar

⁷ Lee et al

⁸ Yuen, Thompson, Flugel, Bell, & Sander

⁹ Fisher et al

¹⁰ Harden & Cynthia

¹¹ Connor, & Davidson

¹² Subjective

¹³ Dynamic

¹⁴ Hagerty et al.

¹⁵ Cummins & Theofilou

زندگی، مقوله ای کاملاً ذهنی بوده و برای دیگران قابل رویت نیست و مبتنی بر درک افراد از ابعاد گوناگون زندگی است (بونومی و همکاران^۱، ۲۰۰۰؛ سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۹۶، به نقل از بسطامی، ۱۳۸۷).

بهینه سازی کیفیت زندگی از ضرورت‌های بنیادین درمان بیماران مبتلا به صرع بوده و اغلب مطالعات گذشته نشان داده اند که صرع موجب بد نامی شده و روی کیفیت زندگی فرد و به طور اساسی بر وضعیت اجتماعی و روان‌شناختی نوجوانان و همچنین بزرگسالان مبتلا به صرع اثر می‌گذارد (دیو، دی‌بوئر، پرلیپکو و ساکسنا^۲، ۲۰۰۶). با این که استفاده از داروهای ضد صرع حملات را می‌توانند کنترل کنند و صرع لزوماً با اختلال رفتاری و روانی همراه نیست، لکن این نوع بیماران به دلیل محدودیت‌ها و تغییراتی که در روابط بین فردی ایجاد می‌شود، دچار مشکلاتی در زندگی روزمره‌شان هستند که همراه با احساس تنیدگی است؛ چرا که بیماری صرع از اوان کودکی شروع شده و تا بزرگسالی تداوم می‌یابد، این بیماران گذشته از تحمل عوارض و پیامدهای مصرف داروهای مربوط به صرع، از مشکلات بسیاری نظیر بی‌خوابی، مشکلات حافظه، تمرکز و مشکلات اجتماعی نیز رنج می‌برند (الخطیب و الخطیب^۳، ۲۰۱۴). با وجود این، داروها در ارتباط با همه ی بیماران، کارکرد بهینه ای نداشته و برخی از بیماران، مقاوم به درمان دارویی گزارش شده اند. از طرف دیگر، پژوهش‌های زیادی، اثربخشی درمان‌های روان‌شناختی را در ارتباط با بیماری‌های جسمی و روان‌تنی تأیید کرده اند. امروزه از این نوع درمان‌ها به عنوان درمان‌های حمایتی نام برده می‌شود.

آزمایش‌های به عمل آمده در خصوص انواع مختلف روان‌درمانی افراد مبتلا به صرع، از رویکردهای مبتنی بر درمان‌شناختی- رفتاری و ذهن- بدن، در بهبود حالات روان‌شناختی و کیفیت زندگی حمایت می‌کنند. امروزه درمان‌های موج سوم رفتاری، عرصه جدیدی را پدید آورده اند که مورد توجه درمانگران برای بهبود زندگی بیماران و حتی کاهش علائم بیماری قرار گرفته اند. از جمله این درمان‌ها که عنصر اساسی در آنها، ذهن آگاهی است، می‌توان به شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT)^۴ و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)^۵ اشاره کرد.

شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) به وسیله سگال^۶ و همکاران (۲۰۰۲) طراحی شده است. این رویکرد، انعطاف فعالیت‌های شناختی را گسترش و سطح نشخوار فکری، بیش‌تعمیمی و قضاوت‌های خود انتقادگرانه را کاهش داده و فرایندهای شناختی مفیدی همچون مشاهده‌گری بدون قضاوت در محتوای ذهنی را ارتقا می‌دهد. در این شیوه مراجعین، ترغیب می‌شوند تا تجربه را بدون قضاوت به همان گونه ای که شکل گرفته، پردازش کنند و رابطه‌شان را با افکار و احساسات چالش برانگیز تغییر دهند و آنها را بپذیرند (سگال، ویلیامز و تیزدل، ۲۰۰۲).

هارتون - داچ و همکاران^۷ (۲۰۰۳)، در پژوهش خود دریافتند که با گسترش ذهن آگاهی در پردازش اجتماعی، از ابعاد مختلف تعارضات متقابل درون فردی، تغییراتی ایجاد می‌شود. آن‌ها به این نتیجه رسیدند که خودآگاهی، خود تنظیمی و بدست آوردن مجدد تعادل نیز با افزایش ذهن آگاهی، ارتقا پیدا می‌کند. همچنین ذهن آگاهی، احساس آرامش، امیدواری و توانمندی بالا برای مقابله با تنش، ارتقای سطح اعتماد به نفس و کنترل درونی را به دنبال دارد (پاسینی و اپستین^۸، ۱۹۹۹). با ذهن آگاهی، فرد، ضمن حفظ ثبات کارکردی خود، انعطاف‌پذیری لازم در وضعیت‌های جدید را نیز کسب می‌کند (کاردا کیوتو^۹، ۲۰۰۵).

¹ Bonomi, Patrick, Bushnell, & Martin

² Due deBoer, Prilipko & Saxena

³ Al-Khateeb & Al-Khateeb

⁴ Mindfulness based Cognitive therapy

⁵ Acceptance and Commitment Therapy

⁶ Segal

⁷ Harton- Deutsch & Horton

⁸ Pacini & Epstein

⁹ Cardaciotto

تمرینات به کار رفته در MBCT باعث افزایش خودآگاهی و پذیرش خود در بیماران می شود (بائر^۱، ۲۰۰۶). این نوع درمان و تمرینات، موجب افزایش آگاهی از عملکرد ذهن، فعالیت های روزانه در گذشته و آینده و کنترل آگاهی از افکار، احساسات و حرکات در هر لحظه شود (سگال، ویلیامز و تیزدل^۲، ۲۰۰۲).

به مخاطره افتادن سلامت جسمی و روانی، اضطراب و نگرانی و درگیری فرد با نشخوار فکری و علائم افسردگی، از دست دادن موقعیت های شغلی و تحصیلی و خدشه در روابط اجتماعی مواردی از این قبیل بر کیفیت زندگی فرد، آثار قابل توجه منفی برجای می گذارد. از این رو بهره مندی از روش هایی که بتواند موجب رفع نشخوار فکری، کنترل درد، از بین بردن یا کاهش علائم اضطراب و افسردگی و تغییر نگرش های ناکارآمد و افزایش احساس کارآمدی و امید به زندگی شود، می تواند بر پذیرش وضعیت بیماری و کنار آمدن با آن و بهبود کیفیت زندگی مؤثر واقع شود. شمار زیادی از پژوهش ها، تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی را بر بهزیستی روانی، اضطراب و افسردگی (گروسمان و همکاران^۳، ۲۰۰۷)، تحمل درد، سلامت روان (کینگستون و همکاران^۴، ۲۰۰۷) و کاهش علائم جسمانی و روانی (پرادهان و همکاران^۵، ۲۰۰۷) تأیید کرده اند. نتایج پژوهش گیلورد و همکاران^۶ (۲۰۰۹) نشان می دهد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT)، بر روی علائم جسمی و کیفیت زندگی بیماران اثرگذار است. نتایج حاصل از پژوهش گودفرین و وان^۷ (۲۰۱۰) هم حاکی از اثربخشی MBCT بر بهبود حالات خلقی و کیفیت زندگی است. شواهد روزافزونی وجود دارد که اثر MBCT را بر بهبود کیفیت زندگی مورد تأیید قرار می دهند (شولتز و همکاران^۸، ۲۰۱۳).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) نیز از درمان های موج سوم رفتاری و درمان جدیدی برای درمانگران است. هدف ACT این است که به ما کمک کند از طریق پذیرفتن دردی که ناخواسته زندگی با خود دارد، زندگی غنی کامل و معناداری داشته باشیم. ACT این کار را به دو روش انجام می دهد: ۱) آموزش مهارت های روان شناختی (توجه آگاهی) برای تحمل افکار و احساسات دردآور و ۲) کمک به ما برای درک و فهم آنچه که برای ما مهم و معنادار است و روشن کردن ارزش های ما. بنابراین هدف از ACT، ایجاد زندگی غنی، کامل و پر معنا از طریق پذیرش دردی است که به ناچار همراه زندگی می آید. به زبان فنی تر، هدف اولیه ACT، افزایش انعطاف پذیری روان شناختی است. باید به این نکته عنایت داشت که ذهن آگاهی، عنصری اساسی و مهم در ACT، بشمار می رود. در مباحث قبلی، توضیحاتی در خصوص ذهن آگاهی داده شد، اما ACT مقوله ای فراتر از توجه آگاهی است. شش فرایند مرکزی درمانی در ACT عبارتند از: بودن در لحظه حال، هم جوشی زدایی، پذیرش، خود به عنوان زمینه، ارزش ها و عمل متعهدانه. هرچه توانایی ما برای هشیاری کامل، باز بودن نسبت به تجربیاتمان و انجام عمل مبتنی بر ارزش هایمان بالاتر باشد، کیفیت زندگی ما هم بالاتر خواهد بود چراکه می توانیم خیلی مؤثرتر به مشکلات و چالش هایی که به ناچار زندگی با خود دارد، پاسخ دهیم (هریس^۹، ۱۳۹۴).

تعداد زیادی از پژوهش ها در سطح جهان و ایران، نقش روش های مختلف روان درمانی نظیر شناخت درمانی، رفتار درمانی شناختی (CBT) و ... را در بهبود کیفیت زندگی افراد مبتلا به بیماری های مزمن، از جمله صرع بررسی کرده اند و بسیاری از مطالعات، معطوف به بررسی تأثیر این روش درمانی در بهبود سطح کیفیت زندگی در سایر بیماری های حاد و مزمن از جمله بیماری های قلبی - عروقی، HIV و MS و ... بوده اند. لکن دامنه مطالعات مربوط به اثر بخشی درمان های روان شناختی موج سوم

¹ Baer

² Segal, Williams, Teasdale

³ Grossman, Niemann, Schmidt, & Walach

⁴ Kingston, Chadwick, Meron, & Skinner

⁵ Pradhan, Baumgarten, & Langenberg

⁶ Gaylord et al

⁷ Godfrin & van Heeringen

⁸ Schoultz, Atherton, Hubbard & Watson

⁹ Harris, Russ

رفتاری، بویژه اقسام درمان‌های کوتاه مدت و محدود مثل MBSR و MBCT و ACT با اثر بخشی کوتاه مدت در ارتباط با بیماران مبتلا به صرع که شیوع بالایی نیز دارد رضایت بخش و کافی نیست، بنابراین، با توجه به پیشینه‌ی پژوهشی و ناکافی بودن اطلاعات در مورد تأثیر MBCT و ACT بر کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به صرع، هدف پژوهش حاضر مقایسه‌ی آثار این دو مداخله‌ی درمانی بر این متغیر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به صرع کانونی است.

روش پژوهش

طرح این پژوهش، نیمه آزمایشی از نوع گروه آزمایش و کنترل با پیش‌آزمون و پس‌آزمون بود که آزمودنی‌ها، از میان بیماران معرفی شده از طرف پزشکان متخصص مغز و اعصاب و مراکز درمانی، پژوهشی و مشاوره، انتخاب و با هم‌تاسازی از نظر سن، جنس و تحصیلات به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل، جایگزین شدند. بیماران جایگزین شده در گروه‌های آزمایش و کنترل، در دو نوبت؛ یعنی پیش از مداخله MBCT و ACT (در دو گروه آزمایش) و پس از آن، مقیاس کیفیت زندگی ۳۱ سؤالی مختص بیماران مبتلا به صرع (QOLIE-31) را تکمیل کردند. نتایج حاصل از آزمون‌ها قبل و بعد از مداخله‌ها در سه گروه، با هم مقایسه شدند تا میزان اثرگذاری روش مداخله‌های MBCT و ACT بررسی شده و تفاوت این دو روش درمانی نسبت به یکدیگر مشخص شود.

جامعه آماری این پژوهش را کلیه بیماران مبتلا به صرع کانونی ساکن در آذربایجان شرقی، آذربایجان غربی و تهران که تا پایان سال ۱۳۹۷ به پزشکان متخصص مغز و اعصاب و مراکز پژوهشی، درمانی و مشاوره استان‌های فوق‌الذکر مراجعه کرده بودند، تشکیل داد. نمونه‌گیری به صورت موارد در دسترس و چند مرکزی از میان بیماران معرفی شده انجام شد و تعداد نهایی افراد نمونه مطالعه حاضر، پس از غربالگری موارد معرفی شده، شامل ۴۵ نفر شدند. ملاک‌های ورود به مطالعه، عبارت بود از: تشخیص بیماری صرع کانونی توسط پزشک متخصص، سن حداقل ۱۸ سال بیماران، موافقت کتبی بیمار یا خانواده ایشان؛ ملاک‌های خروج از مطالعه نیز عبارت بود از: درخواست بیمار یا خانواده ایشان برای انصراف، وجود تروما و ضایعات مغزی، وجود بیماری‌های جسمانی شدید دیگر (با توجه به پرونده پزشکی)، وجود اختلالات روانی شدید (با استفاده از مصاحبه بالینی)، غیبت در بیش از دو جلسه درمان. به جای مواردی که در فرایند درمان، مشمول ملاک‌های خروج از مطالعه شدند، بیماران معرفی شده‌ی جدید جایگزین شدند که به صورت فردی تحت درمان و مطالعه قرار گرفتند.

ابزارهای پژوهش

برای بررسی کیفیت زندگی بیماران، از مقیاس کیفیت زندگی ۳۱ سؤالی مختص بیماران مبتلا به صرع (QOLIE-31) استفاده شد که ابزاری استاندارد برای سنجش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به صرع در سنین ۱۸ سالگی و بالاتر به شمار می‌رود. ۳۰ سؤال این پرسشنامه به منظور محاسبه ابعاد هفتگانه شامل نگرانی از تشنج، سلامت روانی، انرژی/خستگی، عملکرد شناختی، اثرات دارویی، عملکرد اجتماعی و کیفیت زندگی کلی به کار رفته و یک سؤال کلی هم اهمیت جنبه‌های مرتبط با بیماری را بررسی می‌کند. امتیازها در هر مقیاس، از صفر تا صد بوده و امتیاز بیشتر در هر بعد، وضعیت بهتر را نشان می‌دهد. براساس نتایج گونه فارسی ابزار استاندارد QOLIE-31-P، ابزاری پایا و معتبر برای اندازه‌گیری کیفیت زندگی وابسته به سلامت در مبتلایان به صرع است (منتظری و همکاران^۱، ۲۰۰۵).

¹ Montazeri, Goshtasebi, Vahdaninia, Gandek

برای آگاهی از مشخصات فردی، روند و سوابق بیماری، آثار و پیامدهای بیماری و نحوه رفتار و برخورد اطرافیان و میزان علائم موجود بیماری و داروها و نحوه مصرف آنها و ... پرسشنامه جمعیت شناختی محقق ساخته توسط بیماران شرکت کننده در مطالعه و همراهان آنان تکمیل شد.

اجرای مراحل درمانی MBCT: بعد از برگزاری پیش آزمون، روش درمانی MBCT در ۸ جلسه ۱ یک و نیم ساعته پی در پی و در ۸ هفته در ارتباط با بیماران در گروه آزمایشی MBCT مطابق با پروتکل ۸ جلسه‌ای ذیل، بکار گرفته شد:

جلسه اول: خوردن کشمش همراه با حضور ذهن، تمرین واریسی بدنی، معطوف کردن توجه به فعالیت روزمره توأم با حالت حضور ذهن.

جلسه دوم: تمرینات مربوط به واریسی بدنی، حضور ذهن بر روی جریان تنفس به مدت ۱۰ دقیقه، تمرین افکار و احساسات، تبیین هیجان و شناسایی هیجان‌های مثبت و منفی، آموزش ثبت کردن رویدادهای مطلوب، عطف توجه به فعالیت روزمره همراه با حضور ذهن.

جلسه سوم: مراقبه در حالت دیدن و شنیدن، مراقبه نشسته (حضور ذهن مربوط به تنفس و بدن)، قدم زدن به همراه حضور ذهن، تمرین فضای تنفس ۳ دقیقه‌ای، ثبت رخدادهای نامطلوب.

جلسه چهارم: مراقبه دیدن و شنیدن، مراقبه در وضعیت نشسته (آگاهی از تنفس، بدن، اصوات، افکار)، تعریف اصول و قوانین حاکم بر هیجان، فضای تنفس سه دقیقه‌ای بطور منظم، فضای تنفس سه دقیقه‌ای مقابله‌ای.

جلسه پنجم: مراقبه نشسته (آگاهی از تنفس، اجزای بدن، صداها و افکار) و چگونگی واکنش دهی به افکار، احساسات و حس‌های بدنی، سه دقیقه فضای تنفس منظم و مقابله‌ای، خواندن داستان پادشاه و سه پسرش و معرفی مفهوم پذیرش.

جلسه ششم: مراقبه در وضعیت نشسته (آگاهی یافتن از تنفس، اجزای بدن، صداها و افکار)، برقرار کردن ارتباط با افکار و احساسات خود و توسعه آنها و پذیرفتن افکار و هیجان‌های ناخوشایند.

جلسه هفتم: مراقبه در وضعیت نشسته (آگاهی یافتن از تنفس، اجزای بدن، صداها و افکار)، آگاهی از رابطه بین فعالیت و خلق، تهیه فهرستی از فعالیت‌های لذت بخش و فعالیت‌هایی که احساس تسلط در فرد ایجاد می‌کند. ۳ دقیقه فضای تنفس منظم و مقابله‌ای.

جلسه هشتم: تأمل در واریسی بدن، مرور کل دوره، شیوه حفظ دستاوردهای فرا گرفته شده، در نظر گرفتن برنامه‌ای برای تمرینات خانگی قابل تداوم تا ماه آینده، بحث و تبادل نظر در خصوص دلایل مثبت و محدودیت‌ها و موانع احتمالی تمرین‌ها در پایان دوره و تکمیل فرم نظرسنجی پیرامون دوره توسط شرکت‌کنندگان (سگال، ویلیامز و تیزدل، ۲۰۰۲).

اجرای مراحل درمانی ACT: بعد از مصاحبه بالینی و اجرای پیش آزمون و تکمیل پرسشنامه، مراحل درمانی ACT مطابق با پروتکل درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد، طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، در ۸ هفته پیاپی اجرا شد:

جلسه اول: برقراری رابطه درمانی (با استفاده از استعاره دو کوه) - آشنا نمودن افراد با موضوع پژوهش و قوانین گروه، تبیین بیماری صرع کانونی، علائم و نشانه‌ها، درمان‌های دارویی و غیر دارویی، ارزیابی میزان تمایل فرد برای تغییر، ارزیابی انتظارات افراد از درمان.

جلسه دوم: مروری بر صحبت‌های جلسه اول، هدف اصلی این جلسه، ایجاد درماندگی خلاق بود یعنی مراجع در نهایت به این بینش برسد که تاکنون هر نوع تلاشی که برای حل مشکل اش انجام داده بی‌فایده بوده و از این پس به جای سرزنش خود شیوه‌های جدیدی را به کار گیرد تا موقعیت را تغییر دهد، با استفاده از تمثیل انسان در چاه، مسابقه ی طناب‌کشی با هیولا و ببر گرسنه به

مراجع می‌آموزیم که اجتناب یا هر شیوه‌ی کنترل دیگر، فقط اهمیت و نقش آنچه او از آن اجتناب می‌ورزد را تقویت می‌کند. دریافت بازخورد و ارائه‌ی تکلیف.

جلسه سوم: هدف اصلی در این جلسه آموزش و تفهیم این موضوع بود که کنترل خود، مسئله هست نه راه حل. تبیین اینکه وقایع درونی را نمی‌توان مانند وقایع بیرونی کنترل کرد و آموزش تشخیص کنترل وقایع شخصی مثل افکار و خاطرات و تشخیص راهبردهای ناکارآمد کنترل‌گری و پی بردن به بیهودگی آنها، پذیرش وقایع شخصی دردناک بدون کشمکش با آنها و عدم کنترل آنها با استفاده از تمثیل (پلیگراف و عاشق شدن)، دریافت بازخورد و ارائه‌ی تکلیف.

جلسه چهارم: هدف اصلی در این جلسه، آموزش تمایل جایگزینی بهتر برای کنترل بود. آموزش پذیرش تمام رویدادهای درونی و توضیح در مورد اجتناب از تجارب دردناک و آگاهی از پیامدهای اجتناب با استفاده از تمثیل مهمان ناخوانده و گیر کردن پای گربه در کلاف، تغییر مفاهیم زبان با استفاده از تمثیل (تمثیل شیر، شیر، شیر)، آموزش تن آرامی، دریافت بازخورد و ارائه‌ی تکلیف.

جلسه پنجم: بیان مفهوم گسلش شناختی با استفاده از تمثیل‌های اتوبوس و رژه رفتن سربازان که هدف نهایی ایجاد فاصله‌ی ای بین مراجع و افکار، احساسات، خاطرات و احساسات بدنی اش هست و در نهایت مراجع واکنش‌های درونی را در یک سطح مشاهده-گر می‌بیند و با آنها آمیخته نمی‌شود. مثال: متوجه شدم که دارم مضطرب می‌شوم.

جلسه ششم: توضیح مفاهیم نقش و زمینه، مشاهده خویشتن به عنوان یک بستر و برقراری تماس با خود با استفاده از تمثیل شطرنج و استعاره‌ی خانه با مبلمان، آگاهی از دریافت‌های حسی مختلف و جدایی از حس‌هایی که جزء محتوای ذهنی هستند. در این تمرینات، شرکت‌کنندگان آموزش می‌بینند تا بر فعالیت‌های خود (نظیر تنفس، پیاده روی) تمرکز کنند و در هر لحظه از احوال خود آگاه باشند و زمانی که هیجانات، حس‌ها و شناخت‌ها پردازش می‌شوند، بدون قضاوت مورد مشاهده قرار گیرند. زمانی که شرکت‌کنندگان در می‌یابند که ذهن در درون افکار، خاطرات یا خیال‌پردازی‌ها سرگردان شده در صورت امکان و بدون توجه به محتوا و ماهیت آنها توجه خود را به زمان حال باز می‌گردانند. بنابراین شرکت‌کنندگان آموزش دیدند تا به افکار و احساسات شان توجه کنند ولی به محتوای آن نچسبند، دریافت بازخورد و ارائه‌ی تکلیف.

جلسه هفتم: توضیح مفهوم ارزش‌ها و بیان تفاوت بین ارزش‌ها، اهداف و نیازها، روشن نمودن ارزش‌های مراجع، ایجاد انگیزه برای تغییر و توانمند کردن مراجع برای زندگی بهتر و کمک به مراجع تا بر زندگی کردن به شیوه مؤثر متمرکز شود، درحقیقت در این جلسه بین ارزش به عنوان احساس و ارزش به عنوان یک عمل، تمایز قائل می‌شویم، اجرای تمرین‌هایی برای شناسایی ارزش‌های مراجع مثل تمرین تشییع جنازه خود و ارائه فرم درجه بندی سنجش ارزش‌ها، دریافت بازخورد و ارائه‌ی تکلیف.

جلسه هشتم: آموزش تعهد به عمل، شناسایی طرح‌های رفتاری مطابق با ارزش‌ها و ایجاد تعهد برای عمل به آنها یعنی مراجع بین تمایل و خواستن تمیز قائل شود با استفاده از تمثیل "گدای دم در" این کار به طور تجربی انجام شد و نهایتاً مراجع به این نتیجه برسد که خودداری کردن از تمایل آرامش ذهن را افزایش نخواهد داد، مرور تکالیف و جمع بندی جلسات به همراه مراجع و اجرای پس آزمون.

یافته ها

چنانچه در جدول ۱ درج شده است، در این تحقیق به طور کلی ۶۰ درصد شرکت کننده ها (۲۷ نفر) مرد و ۴۰ درصد آن ها (۱۸) زن بودند. در عین حال ۶۰ درصد (۹ نفر) شرکت کننده ها در گروه ACT مرد و ۴۰ درصد (۶ نفر) شرکت کنندگان در این گروه زن بودند. همینطور ۶۶/۷ درصد (۱۰ نفر) شرکت کنندگان در گروه MBCT مرد و (۵ نفر) آنان در این گروه زن بودند. و در گروه کنترل، ۵۳/۳ درصد (۸ نفر) شرکت کنندگان مرد و ۴۶/۷ درصد (۷ نفر) آنان زن بودند. سطح تحصیلات ۱۶ نفر (۳۵/۵۵٪) از شرکت کنندگان، دیپلم و پایین تر، ۲۱ نفر (۴۶/۶۷٪) کارشناسی و ۸ نفر (۱۷/۷۸٪) کارشناسی ارشد بودند. دامنه سنی شرکت کنندگان در تحقیق از ۱۸ تا ۵۰ سال بودند که در سه سطح عبارت بودند از: ۱۵ نفر (۳۳/۳۳٪) در گروه سنی ۱۸ تا ۳۰ سال، ۲۲ نفر (۴۸/۸۹٪) در گروه سنی ۳۱ تا ۴۰ سال و ۸ نفر (۱۷/۷۸٪) در گروه سنی ۴۱ تا ۵۰ سال.

جدول (۱) شاخص های توصیفی جمعیت شناختی (سن، جنس و سطح تحصیلات) شرکت کنندگان

گروه	جنسیت	سطح تحصیلات			سن	
		کارشناسی و پایین تر	کارشناسی	کارشناسی ارشد		
مرد	زن	دیپلم	کارشناسی	کارشناسی ارشد	۳۱-۴۰	۴۱-۵۰
ACT	۹	۶	۷	۳	۷	۴
MBCT	۱۰	۵	۸	۱	۸	۲
کنترل	۸	۷	۶	۴	۷	۲
کل	۲۷	۱۸	۲۱	۸	۲۲	۸
	(۶۰٪)	(۴۰٪)	(۳۵/۵۵٪)	(۴۶/۶۷٪)	(۱۷/۷۸٪)	(۳۳/۳۳٪)

جدول ۲، شاخص های توصیفی مربوط به نمره کل کیفیت زندگی و مؤلفه های آن به تفکیک گروهها و مراحل آزمون را نشان می دهد.

جدول (۲) شاخص های توصیفی مربوط به متغیر کیفیت زندگی و زیرمؤلفه های آن به تفکیک گروهها و مراحل آزمون

گروه	متغیر	پیش آزمون		پس آزمون	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
ACT	نگرانی از تشنج	۳۹/۲۶	۶/۶۳	۴۳/۵۳	۶/۴۸
	سلامت روانی	۳۰/۴۷	۴/۱۷	۳۸/۸۰	۵/۴۵
	انرژی/خستگی	۳۱/۷۳	۴/۷۳	۴۱/۰۱	۴/۹۹
	عملکرد شناختی	۳۱/۶۰	۴/۴۴	۴۰/۶۰	۵/۵۸

۷/۵	۳۶/۰۱	۶/۰۹	۳۴/۵۳	۴/۴۹	۲۹/۲۰	اثرات دارویی	
۶/۰۱	۴۳/۰۷	۵/۵۷	۴۱/۸۰	۵/۱۸	۳۳/۱۳	عملکرد اجتماعی	
۵/۵	۷۰/۲۹	۳/۹۹	۶۸/۲۷	۶/۱۱	۵۳/۹۳	ارزیابی کلی از کیفیت زندگی	
۳۴/۰۱	۳۲۲/۸۷	۴۰/۶۵	۲۶۹/۸۷	۳۵/۲۲	۲۵۲/۵۳	نمره کل کیفیت زندگی	
۵/۰۳	۵۵/۰۵	۴/۰۵	۵۳/۰۱	۶/۵۶	۴۰/۰۱	نگرانی از تشنج	MBCT
۶/۲۱	۵۲/۱۳	۵/۱۸	۴۹/۷۳	۳/۹۵	۳۳/۰۱	سلامت روانی	
۴/۰۱	۵۳/۱۴	۳/۶۱	۵۱/۲۰	۳/۵۲	۳۵/۵۳	انرژی/خستگی	
۴/۰۲	۵۵/۱۱	۳/۶۰	۵۳/۸۷	۳/۹۲	۳۴/۰۷	عملکرد شناختی	
۴/۵	۴۴/۰۳	۳/۸۱	۴۲/۶۰	۳/۳۱	۳۱/۸۷	اثرات دارویی	
۶/۰۱	۵۶/۰۸	۵/۰۱	۵۴/۴۷	۴/۳۲	۳۶/۲۷	عملکرد اجتماعی	
۶/۰۷	۸۱/۰۲	۴/۵۷	۷۹/۸۰	۴/۲۵	۵۸/۸۰	ارزیابی کلی از کیفیت زندگی	
۴۵/۶	۳۹۶/۵۶	۴۴/۰۲	۲۹۲/۹۳	۳۳/۸۳	۲۵۷/۱۳	نمره کل کیفیت زندگی	
۶/۲۳	۴۴/۲۲	۵/۷۱	۴۳/۴۷	۵/۹۳	۴۰/۸۰	نگرانی از تشنج	کنترل
۵/۰۱	۳۴/۱۱	۴/۰۵	۳۳/۵۳	۴/۷۲	۳۱/۸۰	سلامت روانی	
۵/۰۵	۳۷/۰۸	۴/۳۹	۳۶/۳۳	۴/۰۳	۳۴/۶۰	انرژی/خستگی	
۵/۴۱	۳۶/۵	۴/۷۱	۳۶/۰۷	۴/۸۷	۳۴/۷۳	عملکرد شناختی	
۴/۰۱	۳۴/۶۶	۳/۸۸	۳۳/۰۷	۳/۸۸	۳۱/۹۳	اثرات دارویی	
۵/۲۲	۳۶/۰۴	۵/۴۸	۳۵/۸۷	۵/۴۴	۳۴/۹۳	عملکرد اجتماعی	
۶/۰۳	۵۹/۰۱	۵/۵۴	۵۹/۶۰	۵/۰۱	۵۷/۵۳	ارزیابی کلی از کیفیت زندگی	
۳۵/۱۳	۲۸۱/۶۲	۱۵/۳۵	۲۵۹/۸۰	۱۴/۵۳	۲۵۷/۶۷	نمره کل کیفیت زندگی	

جدول ۲ نشان می‌دهد:

در مرحله پیش آزمون، میانگین نمره کل کیفیت زندگی در گروه کنترل نسبت به دو گروه دیگر، بیشتر بود. در مرحله پس آزمون، میانگین نمره کل کیفیت زندگی در گروه (MBCT)، نسبت به دو گروه دیگر بیشتر شد. با این حال در گروه (ACT) هم نمره کیفیت زندگی نسبت به گروه کنترل تا حدودی بیشتر بود.

در مورد زیرمؤلفه های متغیر کیفیت زندگی:

۱) در مرحله پیش آزمون، میانگین نگرانی از تشنج در گروه کنترل نسبت به دو گروه دیگر، بیشتر بود. در مرحله پس آزمون، میانگین نگرانی از تشنج در گروه (MBCT) نسبت به دو گروه دیگر، بیشتر شد. با این حال در گروه (ACT) نیز میزان نگرانی از تشنج، تا حدودی بیشتر از گروه کنترل بود.

۲) در مرحله پیش آزمون، میانگین سلامت روانی در گروه (MBCT) نسبت به دو گروه دیگر بیشتر بود. در مرحله پس آزمون، میانگین سلامت روانی در گروه (MBCT) نسبت به دو گروه دیگر به طور قابل توجهی بیشتر شد. از سویی در گروه (ACT)، نیز میزان سلامت روانی نسبت به گروه کنترل بیشتر شد.

۳) در مرحله پیش آزمون، میانگین انرژی/خستگی در گروه (MBCT) نسبت به دو گروه دیگر بیشتر بود. در مرحله پس آزمون، میانگین انرژی/خستگی در گروه (MBCT) نسبت به دو گروه دیگر به طور قابل توجهی افزایش یافت. در گروه (ACT) نیز میزان انرژی/خستگی نسبت به گروه کنترل بیشتر بود.

۴) در مرحله پیش آزمون، میانگین عملکرد شناختی در گروه کنترل نسبت به دو گروه دیگر بیشتر بود. در مرحله پس آزمون، میانگین عملکرد شناختی در گروه (MBCT) نسبت به دو گروه دیگر، به طور قابل ملاحظه افزایش داشت. در گروه (ACT) هم میانگین عملکرد شناختی نسبت به گروه کنترل بیشتر بود.

۵) در مرحله پیش آزمون، میانگین اثرات دارویی در گروه کنترل نسبت به دو گروه دیگر، بیشتر بود. در مرحله پس آزمون، میانگین اثرات دارویی در گروه (MBCT) نسبت به دو گروه دیگر افزایش قابل ملاحظه ای داشت و در گروه (ACT) نیز میانگین اثرات دارویی تا حدودی بیشتر بود.

۶) در مرحله پیش آزمون، میانگین عملکرد اجتماعی در گروه (MBCT) نسبت به دو گروه دیگر بیشتر بود. در مرحله پس آزمون، میانگین عملکرد اجتماعی در گروه (MBCT) نسبت به دو گروه دیگر بیشتر بود. و در گروه ACT نیز میانگین عملکرد اجتماعی نسبتاً افزایشی شد.

۷) در مرحله پیش آزمون، میزان کلی کیفیت زندگی در گروه (MBCT) نسبت به دو گروه دیگر بیشتر بود. در مرحله پس آزمون، میانگین نمره کلی کیفیت زندگی در گروه (MBCT) نسبت به دو گروه دیگر به صورت قابل ملاحظه بیشتر بود. با این حال در گروه (ACT) هم میانگین نمره کلی کیفیت زندگی افزایش داشت.

در راستای تحلیل داده های به دست آمده، از روش تحلیل کوواریانس چند منظوره استفاده شد. در این راستا ابتدا پیش فرض - های این روش، بررسی گردید به نحوی که نتایج آزمون کالموگروف و اسپیرنف، نشان داد توزیع متغیرهای وابسته در گروه های مورد مطالعه، نرمال است و واریانس خطای متغیرهای وابسته با توجه به نتایج آزمون لون، در گروه های مورد مطالعه همگن است. از سویی نتایج آزمون M-Box نشان داد ماتریس های کوواریانس متغیرهای وابسته در گروه ها همگن است. همچنین نتایج آزمون کرویت بارتلت نشان داد بین متغیرهای وابسته، همبستگی متعارف وجود دارد.

جدول (۳) نتایج آزمون چند متغیره اثر پیلایی به منظور مقایسه گروه ها در مرحله پس آزمون با کنترل اثر پیش آزمون

منبع تغییر	مقدار	df ₁	df ₂	F	سطح معنی داری	اندازه اثر
گروه	۰,۹۹	۱۰	۹	۹۶,۷۱	۰,۰۰۱	۰,۹۹

چنانچه جدول ۳ نشان می دهد با توجه به مقدار F (۹۶,۷۱) و سطح معناداری ($P < 0.05$) در ترکیب وزنی مؤلفه های کیفیت زندگی بین ۳ گروه تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول (۴) نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیره به منظور مقایسه زیر مؤلفه های کیفیت زندگی بین گروه ها

منبع تغییر	متغیروابسته	SS	df	F	سطح معنی داری	اندازه اثر
گروه	نگرانی از تشنج	۲۵,۴۷	۱	۳۴,۴۴	۰/۰۰۱	۰,۶۲
	سلامت روحی	۷۶,۹۵	۱	۱۲۸,۶۰	۰/۰۰۱	۰,۸۶
	انرژی/خستگی	۶۵,۸۵	۱	۳۹۸,۸۷	۰/۰۱	۰,۹۵
	عملکرد شناختی	۸۴,۴۸	۱	۳۰۶,۹۱	۰/۰۰۱	۰,۹۳
	اثرات دارویی	۶,۹۰	۱	۹,۷۱	۰/۰۰۱	۰,۳۲
	عملکرد اجتماعی	۱۰۵,۲۶	۱	۲۱۵,۷۴	۰/۰۰۱	۰,۹۱
	ارزیابی کلی از کیفیت زندگی	۱۴۲,۲۹	۱	۲۰۱,۵۳	۰/۰۰۱	۰,۹۱

چنانچه در جدول ۴ مشاهده می شود با توجه به مقدار F و سطح معناداری تفاوت بین گروه ها (ACT, MBCT) و گروه کنترل) در تمام زیر مؤلفه های کیفیت زندگی معنادار است.

جدول (۵) نتایج مقایسه زوجی زیر مؤلفه های کیفیت زندگی در بین گروه ها در مرحله پس آزمون

متغیروابسته	گروه	در مقایسه با گروه	اختلاف میانگین	سطح معنی داری
نگرانی از تشنج	ACT	MBCT	-۹/۴۸	۰/۰۰۱
	ACT	کنترل	-۰/۰۶	۰/۸۰
سلامت روانی	ACT	کنترل	۹/۵۴	۰/۰۰۱
	ACT	MBCT	-۱۰/۹۳	۰/۰۰۱
انرژی/خستگی	ACT	کنترل	۵/۲۷	۰/۰۰۱
	ACT	MBCT	۱۶/۲	۰/۰۰۱
عملکرد شناختی	ACT	کنترل	-۱۰/۱۹	۰/۰۰۱
	ACT	MBCT	۴/۶۸	۰/۰۰۱
اثرات دارویی	ACT	کنترل	۱۴/۸۷	۰/۰۰۱
	ACT	MBCT	-۱۳/۲۷	۰/۰۰۱
عملکرد اجتماعی	ACT	کنترل	۴/۵۳	۰/۰۰۱
	ACT	MBCT	۱۷/۸	۰/۰۰۱
	ACT	کنترل	-۸/۰۷	۰/۰۰۱
	ACT	کنترل	۱/۴۶	۰/۷۸
	ACT	کنترل	۹/۵۳	۰/۰۰۱
	ACT	MBCT	-۱۲/۶۷	۰/۰۰۱
	ACT	کنترل	۵/۹۳	۰/۰۰۱
	ACT	کنترل	۱۸/۶	۰/۰۰۱

ارزیابی کلی از کیفیت زندگی	ACT	MBCT	-۱۱/۵۳	۰/۰۰۰۱
	ACT	کنترل	۸/۶۷	۰/۰۰۰۱
	MBCT	کنترل	۲۰/۲	۰/۰۰۰۱

چنانچه جدول ۵ نشان می دهد تفاوت میانگین گروه (ACT, MBCT و گروه کنترل) در همه متغیرها به جز نگرانی از تشنج و اثرات دارویی معنی دار است. به این معنی که دو روش ACT و MBCT بر مؤلفه های کیفیت زندگی اثربخش بوده و موجب بهبود آنها نسبت به گروه کنترل گردیده است. از طرفی، روش MBCT نسبت به روش ACT در بهبود زیرمؤلفه های کیفیت زندگی اثربخش تر بوده است.

جدول (۶) نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره اثرات روش های درمانی بر نمره کل کیفیت زندگی

منبع تغییر	SS	df	MS	F	سطح معنی داری	ضریب تأثیر
گروه	۱۱۲۴/۲۹	۲	۵۶۲/۱۴۵	۱۶۱/۱۲	۰/۰۰۱	۰/۹۰

جدول ۶ نشان می دهد تفاوت میانگین گروهها (ACT, MBCT و گروه کنترل) در نمره کل کیفیت زندگی معنی دار است.

جدول (۷) نتایج مقایسه زوجی نمره کل کیفیت زندگی در بین گروه ها در مرحله پس از آزمون

متغیروابسته	گروه	گروه	اختلاف میانگین	سطح معناداری
نمره کل کیفیت زندگی	ACT	MBCT	-۲۳/۰۶	۰/۰۰۰۱
	ACT	کنترل	۱۰/۰۷	۰/۰۰۰۱
	MBCT	کنترل	۳۳/۱۳	۰/۰۰۰۱

چنانچه جدول ۷ نشان می دهد که دو روش ACT و MBCT بر بهبود نمره کل کیفیت زندگی اثربخش بوده و موجب بهبود آن نسبت به گروه کنترل گردیده است. از طرفی، روش MBCT نسبت به روش ACT در بهبود نمره کل کیفیت زندگی اثربخش تر بوده است.

بحث و نتیجه گیری

تحلیل داده ها نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) در مقایسه با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) در بهبود کیفیت زندگی و مؤلفه های آن در بیماران مصروع اثر بخش تر است. این یافته با یافته های کابات زین^۱ و همکاران (۱۹۹۲)، فجوریک و همکاران (۲۰۱۱)، فولی و همکاران^۲ (۲۰۱۰) و وان آلدن و همکاران^۳ (۲۰۱۱) همسو و با یافته های ایزن و همکاران (۲۰۰۸) و کنی و ویلیامز^۴ (۲۰۰۷) ناهمسو است. در راستای تبیین این یافته می توان به نظریه کابات زین (۱۹۹۴) استناد نمود که معتقد است ذهن آگاهی، ناظر بر ارتباط با رویدادها به شیوه ای است که در آن قضاوتی در مورد آنها اتفاق نمی افتد و این ارتباط به

¹ Kabat-Zinn

² Foley, Baillie, Huxter, Price, & Sinclair

³ Van Aalderen, Donders, Giommi, Spinhoven, Barendregt, & Speckens

⁴ Kenny & Williams

اینجا و اکنون معطوف می‌شود. در فرآیند درمان MBCT با بکارگیری فنون «وارسی بدن»، مشاهده تنفس و نظاره‌گری افکار که زمینه‌ساز حضور یافتن فرد در زمان حال و اکنون است، زمینه برای گسلس از گذشته و عدم قضاوت در مورد افکار و احساسات رنج آور مهیا می‌شود. از سویی تیزدل و همکاران (۱۹۹۵) در مورد اثر بخشی MBCT عنوان می‌کنند که این روش درمانی، زمینه را برای تمرکز زدایی افکار فرد مهیا می‌کند به این شیوه که به افراد آموزش داده می‌شود افکار و احساساتشان را بدون قضاوت مشاهده کرده و آنها را به عنوان وقایع ذهنی ساده ای ببینند که می‌آیند و می‌روند و از طرفی افکار و احساسات خود را به عنوان بخشی از خودشان یا انعکاسی از واقعیت در نظر نگیرند. از این رو با چنین مواجهه ای با افکار و احساسات، از تشدید افکار منفی جلوگیری می‌شود. بر این اساس می‌توان استنباط کرد که چرا در بیماران مصروع با بکارگیری فنون MBCT، کیفیت زندگی بهبود می‌یابد، چراکه در این بیماران، نشخوارهای فکری در مورد احتمال بروز حملات صرعی، موجب رنج و اضطراب آنها می‌گردد و زمینه را برای اجتناب از موقعیت‌های اجتماعی و بین فردی مهیا نموده و عرصه‌های تحصیلی، شغلی و اجتماعی فرد را تحت تأثیرات منفی قرار می‌دهند. بنابراین، افراد مصروع با بکارگیری فنون MBCT می‌آموزند که به افکار منفی و نشخوارهای فکری، به عنوان انعکاسی از واقعیت نگاه نکنند و در مقابل، آنها را به عنوان وقایع ذهنی ساده ای ببینند که می‌آیند و می‌روند تا از این طریق بتوانند بین این افکار و خود، گسلس ایجاد کنند و تمرکز زدایی افکار به وقوع بپیوندد. با این فن، فرد از افکار منفی‌هایی یافته و اضطراب ناشی از عود حملات صرعی، بهبود می‌یابد و رفتارهای اجتنابی کاهش پیدا می‌کنند. از طرفی در توضیح اثر بخشی MBCT در کیفیت زندگی بیماران مصروع، می‌توان به نظر گشویند و همکاران (۲۰۱۱) استناد نمود که توضیح می‌دهند که MBCT هیجان‌های مثبت گذرا را افزایش داده و به بیماران دارای تاریخچه ای بلندمدت از رنج روانی - جسمانی می‌آموزد که از پاداش‌های طبیعی زندگی روزانه، بهره‌برند به این نحو که این روش می‌آموزد که افراد بتوانند هیجان‌های مثبت را به طور معنی‌داری تجربه کنند و با تقویت هیجان‌های مثبت‌آنی، به فعالیت‌های خوشایند وارد شوند.

همچنین در توجیه اثربخشی MBCT بر کیفیت زندگی بیماران مصروع، مک (۲۰۰۶) عنوان می‌کند رویکرد MBCT با دنبال کردن اهداف سه‌گانه یعنی تنظیم توجه، توسعه‌ی آگاهی‌فراشناختی و تمرکز زدایی و توسعه‌ی پذیرش نسبت به حالت‌ها و محتویات ذهنی، بیماران را قادر می‌سازد تا به صورت آشکارانه تری برانگیخته شدن واکنش‌های نشخواری و منفی مربوط به حملات صرعی را مشاهده کنند و بتوانند از چنین الگوهای فکری، تمرکز زدایی کنند و به آنها به عنوان رویدادهای ذهنی بنگرند که بازنمایی‌هایی از واقعیت یا ویژگی خود نیستند. در همین راستا، سگال و همکاران (۲۰۰۲) و رای و همکاران (۲۰۰۴) در توجیه اثربخشی MBCT بر کیفیت زندگی بیماران صرعی عنوان می‌کنند که ذهن آگاهی به رشد سه کیفیت خودداری از قضاوت، آگاهی قصدمندانه و تمرکز بر لحظه کنونی در توجه فرد منجر می‌شود و توجه متمرکز بر لحظه حال، پردازش تمام جنبه‌های تجربه بلا واسطه شامل فعالیت‌های شناختی، فیزیولوژیکی یا رفتاری را موجب می‌شود. از این رو به واسطه‌ی تمرین‌ها و فنون مبتنی بر MBCT فرد نسبت به فعالیت‌های روزانه خود، آگاهی پیدا می‌کند و به کارکرد اتوماتیک ذهن در دنیای گذشته و آینده، آگاهی می‌یابد و از طریق آگاهی لحظه به لحظه از افکار، احساسات و حالت‌های جسمانی (حملات صرعی) بر آنها کنترل پیدا می‌کند و از ذهن روزمره و اتوماتیک متمرکز بر گذشته و آینده رها می‌شود.

در همین راستا کابات زین (۲۰۰۳) عنوان می‌کند که فنون ذهن آگاهی در افزایش آرامبخشی عضلانی و کاهش نگرانی، استرس و اضطراب مؤثر بوده و به نظر سمپل و همکاران^۱ (۲۰۰۵) این اثربخشی، ریشه در خودکنترلی توجه دارد چراکه متمرکز کردن مکرر توجه روی یک محرک خنثی مثل تنفس، یک محیط توجهی مناسب به وجود می‌آورد. علاوه بر این، تیزدل و همکاران^۲ (۲۰۰۳) در اثر بخشی MBCT در بهبود کیفیت زندگی عنوان می‌کنند که این درمان شامل مجموعه‌ای از تمرین‌های مختلف از قبیل تمرین خوردن ذهن آگاهانه، کسب آگاهی از اثرات بیماری‌ها، تمرین واریسی بدن، راه رفتن ذهن آگاهانه است که رابطه بین افکار، احساس

¹ Semple, Patterson, & Grant

² Teasdale, Segal, & Williams

حواس بدن را آشکارتر می کنند و توجه به موقعیت های بدنی و پیرامونی را در لحظه حاضر امکان پذیر ساخته و فرد را از نشخوار فکری معطوف به اتفاقات گذشته و حوادث آینده، رهایی می بخشند و رنج حاصل از آنها را کم می کنند و به بهبود کیفیت زندگی در همه جنبه هایش منجر می شوند. از سوی سگال و همکاران (۲۰۰۲) عنوان داشته اند که اثربخشی MBCT در کیفیت زندگی بیماران، ناشی از آن است که در این درمان، تمرین هایی به بیماران ارائه می شود که آنها قادر می شوند آگاهی را در فعالیت های روزانه تمرین نمایند تا حدی که بدانند چه اتفاقی در حال رخ داده است و بتوانند از این طریق ماهیت تجربه ی خودشان را تغییر دهند. لذا چنانچه بیمار بتواند به طور کامل نسبت به افکار، احساسات و حواس بدنی خود، آگاهی پیدا کند در آن صورت خواهد توانست تجربه ی خودش را تغییر داده و آزادی و انتخاب های زیادی داشته باشد و در نتیجه، از جنبه های زندگی خود چه خوب و چه بد آگاه خواهد شد و از این طریق به نشخوار حوادث بد و رویدادهای بد آتی تمرکز نخواهد کرد.

از سوی ویلیامز و همکاران (۲۰۰۷) در تبیین اثربخشی MBCT در کیفیت زندگی بیماران، عنوان می کنند که بخش عمده ی مشکلات بیماران، معطوف به مشکلات هیجانی و ترس ها و نگرانی های آنهاست که بر همه ی جوانب زندگی شان سایه افکنده است و کیفیت زندگی آنها را محدود تر می کند. بر این اساس آگاهی نسبت به ارتباط بین افکار و احساسات، نقطه اساسی در درمان MBCT است که با روشن سازی این ارتباط، تلاش می شود بیماران، دلایل منطقی برای تلاش جهت زیر سؤال بردن آن را در فرآیند برنامه درمانی بدانند. در این راستا به بیماران گفته می شود که در هر موقعیتی (A) یک احساسی هم به طور همایند یا پیامد (C) بوجود می آید و این دو (A و C) چیزهایی هستند که افراد بدان ها آگاهی دارند ولی در اغلب موارد افراد نسبت به افکاری که مربوط به هر دوی (A و C) آنهاست، آگاهی ندارند و این افکار، چندان آشکار نبوده و عملاً آنها تعیین می کنند که فرد چه احساسی را تجربه کند و با چه شدتی آن را تجربه نماید. از این رو، در فرآیند MBCT، با آوردن این افکار به سطح هوشیاری، افراد توانایی بیشتری برای دوری جستن از هیجانات برخاسته از آنها (افکار) به دست می آورند و با این کار، افراد به اطلاعات تازه ای در باره ی افکار و احساسات خود توجه می کنند و از این طریق می توانند آنچه را که بعد از این افکار و احساسات بروز می کند (اعمال) به کنترل در آورند. بنابراین هدف MBCT، توانمندسازی بیماران، جهت حرکت به سوی آگاهی از طریق انتخاب گام عملی است و بدین سان، کنترل اعمال فرد توسط خودش مهیا گردیده و افتادن در دام عادت های قدیمی ذهن متوقف می شود. به تعبیر دیگر، در این فرآیند، به بیمار آموخته می شود شیوه ی ارتباط خودش با افکار را تغییر بدهد به این صورت که به افکار به عنوان چیزهایی که وجود دارند بنگریم و آنها را همانند سیلی از وقایع ذهنی بدانیم که در حال گذر هستند نه این که در آنها غرق شویم. بنابراین، وقتی به کمک فنون MBCT ذهن منحرف می شود، به بیمار آموخته می شود که بپذیرد، ذهن دچار حواسپرتی شده است و به این توجه کند که ذهن اش به کجا رفته است و سپس به آرامی توجه خود را به کاری که انجام می دهد، معطوف نماید. به تناسب این توانمندی، فرد از افکار نشخوار شونده و نگرانی ها رهایی یافته و کنترل رفتارهای خویش را به دست گرفته و می تواند گشایشی در انتخاب ها و رفتارهای خویش داشته باشد و مرزهای زندگی خویش را گسترش دهد.

منابع

بسطامی، فاطمه، بهرامی احسان، هادی؛ و رحیمی نژاد، عباس (۱۳۸۷) بررسی روایی و اعتبار مقیاس کوتاه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (BREF- WHOQOL) و ارزیابی روایی افزایشی آن؛ پایان نامه، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران

خدانپاهی، محمدکریم. (۱۳۹۸). **نوروسایکولوژی و سایکوفیزیولوژی**، تهران؛ سازمان مطالعه و تدوین کتب علوم انسانی دانشگاه ها (سمت)

عزیزی کرج، معصومه؛ دهقانی، فهیمه؛ و کمالی زارچ، محمود (۱۳۹۶) نقش واسطه ای خود تنظیمی هیجانی در رابطه بین ذهن آگاهی و خودکارآمدی در بیماران دیابتی نوع دو. **فصلنامه افق دانش** ۲۳(۳): ۲۴۴-۲۵۰

علایی، بنفشه (۱۳۹۳) تأثیر رژیم غذایی پر چربی و کم کربوهیدرات در بهبود صرع مقاوم به درمان؛ ترجمه مقاله ای تحقیقی از Health Day (2014) News (www.medlineplus.com)؛ **مجله صرع و سلامتی**، ۴۶، ۱۲؛ ۵-۶

غلامی جم، فاطمه (۱۳۹۳) بررسی رابطه بین انگ اجتماعی و خودکارآمدی در بزرگسالان مبتلا به صرع. **پایان نامه، تهران، گروه مددکاری اجتماعی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی**

کرین، ربکا. (۱۳۹۰) **شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی**، ترجمه انیسی خوش لهجه صدق تهران؛ مؤسسه انتشارات بعثت هریس، راس. (۱۳۹۴)؛ ACT به زبان ساده (الفبای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد)؛ ترجمه انوشه امین زاده تهران؛ نشر ارجمند

- Al-Khateeb J.M., & Al-Khateeb A.J. (2014) Research on psychosocial aspects of epilepsy in Arab countries: A review of literature. *Epilepsy & Behavior*. 31: 256–262
- Baer.R.A. (2006). *mindfulness based treatment approaches :A clinician’s guide*. Elsevier
- Betts T, & Boden S. (1992) Diagnosis, management and prognosis of a group of 128 patients with non-epileptic attack disorder. Part I. *Seizure*. 1(1):19–26.
- Beyenburg S, Mitchell AJ, Schmidt D, Elger CE, & Reuber M. (2005) Anxiety in patients with epilepsy: systematic review and suggestions for clinical management. *Epilepsy & Behavior*. 7 (2):161-71.
- Bonomi, A, E. Patrik, D, L. Bushnell, D, M. Martin, M (2000) validation of the United States version of the world health organization quality of life (WHQOL) instrument. *Journal of clinical Epidemiology*. 53: 19-23.
- Cardaciotto, L. A. (2005) Assessing mindfulness: The develop of a bi -dimensional measure of awareness and acceptance *Doctoral dissertation. University of Drexel, USA*
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18(2): 76-82.
- Cummins R., Theofilou, P. (2013) Quality of life research: interview with Professor Robert Cummins. *Health Psychology Research*; volume 1: e31
- Dahl, JoAnne, Wilson, Kelly G. & Nilsson, Annika (2004) Acceptance and commitment therapy and the treatment of persons at risk for long-term disability resulting from stress and pain symptoms: A preliminary randomized trial. *Behavior Therapy* 35(4): 785-801
- Due T., deBoer HM., Prilipko LL., Saxena S. (2006). Epilepsy care in the world: results of an ILAE/IBE/WHO global campaign against epilepsy survey. *Epilepsia*; 47(7): 1225-31
- Fisher R, van Emde Boas W, Blume W, Elger C, Genton P, Lee P, Engel J (2005). "Epileptic seizures and epilepsy: definitions proposed by the International League Against Epilepsy (ILAE) and the International Bureau for Epilepsy (IBE)". *Epilepsy*. 46 (4): 470–2.
- Foley E, Baillie A, Huxter M, Price M, Sinclair E. (2010) Mindfulness based cognitive therapy for individuals whose lives have been affected by cancer: a randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol*. 78(1):72–79
- Gaylord SA., Whitehead WE., Coble RS., Faurot KR., Palsson OS., Garland EL., Frey W., Mann JD. (۲۰۰۹) Mindfulness for irritable bowel syndrome: protocol development for a controlled clinical trial. *BMC Complement Altern Med*. (۲۴)۹
- Godfrin KA., van Heeringen C. (۲۰۱۰) The effects of mindfulness-based cognitive therapy on recurrence of depressive episodes, mental health and quality of life: A randomized controlled study. *Behav Res Ther*. 48(8): ۷۴۶–۷۳۸
- Goffman, E. (1963). *Stigma. Notes on the management of spoiled identity*. Penguin books, Middlesex, England.
- Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S., & Walach, H. (200۷). Mindfulnessbased stress reduction and health benefits: A meta-analysis. *Journal of psychosomatic research*, 57(1), 35-43.
- Hagerty, M.R., R.A Cummins, A.L. Ferriss, K. Land, A.C. Michalos, M. Peterson, A. Sharpe, J. Sirgy & J. Vogel (2001). "Quality of Life Indexes for National Policy: Review and Agenda for Research". *Social Indicators Research*, 55 (1): 1-96
- Harton- Deutsch. L. Sars & Horton. M. Janell. (۲۰۰۳). Mindfulness: overcoming intractable conlilit. *Archives of Psychiatric Nursing* 17(4): ۱۹۳–۱۸۶
- Haut, SR., Vouyiouklis, M., & Shinnar, S. (2003) Stress and epilepsy: a patient perception survey. *Epilepsy Behav*. 4(5): 511-514
- Jacoby, Ann. Snape, Dee; Baker, Gus. A. (۲۰۰۶). Epilepsy and Social identity the stigma of a chronic neurological disorder. *Lancet Neurol*. 4: 178-179

- Joseph, Nitin; Ray, Ananya; Reshma, B.K; bhat, Shruthi; Herady, Madhumitha; Kumar, Ashith. (2011). Assessment of quality of life, stigma associated and self-management practices among patients suffering from epileptic seizures : A cross sectional study. *Neuroscience and Behavioural Health*.3(7): 91 – 97.
- Johnson EK¹, Jones JE, Seidenberg M, Hermann BP. (2004). The relative impact of anxiety, depression, and clinical seizure features on health-related quality of life in epilepsy. *Epilepsia* 45(5):544-550.
- Kabat-Zinn J, Massion AO, Kristeller J, Peterson LG, Fletcher KE, Pbert L, Lenderking WR, Santorelli SF. (1992) Effectiveness of a meditationbased stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *Am J Psychiatry*. (149): 936-943.
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. New York: Hyperion.
- Kabat-Zinn J. (2003) Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 10(2): 144-156.
- Karen Wood, Maggie Lawrence, Bhautesh Jani, Robert Simpson and Stewart W. Mercer .(۲۰۱۷) .Mindfulness-based interventions in epilepsy: a systematic review .*BMC Neurology*.
- Kenny, M.A., Williams, M.G. (2007). Treatment-resistant depressed patients show a good response to Mindfulness-based cognitive therapy. *Behavior Research and Therapy*, 45:617-625.
- Kingston, J. Chadwick, P., Meron, D. & Skinner, T. C. (۲۰۰۷) A pilot randomized control trial investigating the effect of mindfulness practice on pain tolerance, psychological well-being, and physiological activity .*Journal of Psychosomatic Research*. 62: 297-300
- Lee, Sang – Ahm; Yoo, Hee – Jung; Lee, Byung – In. (2005). Factors contributing to the stigma of epilepsy. *Seizure*.14: 157 – 163.
- Lee I, Strawn JR, Dwivedi AK, Walters M, Fleck A, Schwieterman D, Haut SR, Polak E, Privitera M. (2015) Childhood trauma in patients with self-reported stress-precipitated seizures. *Epilepsy Behav*. 51:210-214
- Maguire, Jamie & Salpekar, Jay A. (2013) Stress, Seizures, and Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Axis Targets for the Treatment of Epilepsy. *Epilepsy Behav*. 26(3): 9- 40
- Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, Gandek B. (2005) The Short Form Health Survey (SF-36): Translation and validation study of the Iranian version. *Qual Life Res*. 14: 875-82.
- O'Neill, A. (2005) *Neurobiological, Demographic and Psychological factors associated with depression and anxiety in individual with epilepsy*, University of Hartford Pacini R.,
- Pacini R., Epstein S. (۱۹۹۹) The relation of rational and experiential information processing styles to personality, basic beliefs and the ratio-bias phenomenon *J Pers Soc Psychol*. 76: 972-987
- Pradhan, E. Baumgarten, M. & Langenberg, P. (۲۰۰۷) The Effect of Mindfulness Based Stress on Reduction in rheumatoid patients of arthritis .*Arthritis Rheum*,57(7): 24-42
- Salgado PCB, Souza EAP. (2006). A psychosocial view of anxiety and depression in epilepsy. *Epilepsy Behav*.8(1):232 – 238.
- Schoultz, M., Atherton, I. M., Hubbard G, and Watson A. JM. (۲۰۱۳) The use of mindfulness-based cognitive therapy for improving quality of life for inflammatory bowel disease patients: study protocol for a pilot randomised controlled trial with embedded process evaluation *BioMed Central Ltd*. 431(14): 1-9
- Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. (2002). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression: A New Approach to Preventing Relapse*. New York: Guilford Press
- Semple, S., Patterson, T., & Grant, I. (2005). Methamphetamine use and depressive symptoms among heterosexual men and women. *Journal of Substance Use*, 10(1): 31-47.
- Stevellink, S. A., Coleman, S. J. M., Hatch, S. L., Denny J. A. & Greenberg. N. (2017). Stigma-related barriers and facilitators to help seeking for mental health issues in the armed forces: a systematic review and thematic synthesis of qualitative literature. *Psychological Medicine*, 47(11):1880-1892
- Teasdale, J.D. Segal, Z.V. & Williams, M.G. (1995). How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness training) help? *Behaviour Research and Therapy*, 33 (1): 25–39.
- Teasdale, J. D., Segal, Z. V., and Williams, J. M. (2003). *Mindfulness Training and Problem Formulation*. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10 (2): 157-160.
- Tedman S., Thernton E., & Bakert G.(1995)Development of scale for measure core beliefs and perceived self - efficacy in adults with epilepsy. *Seizure*4(3): 221-231
- Temkin NR, Davis GR. (1984) Stress as a risk factor for seizures among adults with epilepsy. *Epilepsia*. 25(4): 450-

- Van Aalderen, J. R., Donders, A. R. T., Giommi, F., Spinhoven, P. & Barendregt, H. P., Speckens, A. E. M. (2011). The efficacy of mindfulness-based cognitive therapy in recurrent depressed patients with and without a current depressive episode: A randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 1-13
- World Health Organization. (2005) International Epilepsy Bureau and International League against Epilepsy. Atlas. Epilepsy Care in the World. WHO: Geneva, ۱-96
- Yuen, A.W., Thompson, P.J., Flugel, D., Bell, G.S., & Sander, J.W. (2007) Mortality and morbidity rates are increased in people with epilepsy: is stress part of the equation? *Epilepsy Behave.* 10: 1-7

