

کارآیی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد گروهی بر اضطراب سلامت زنان مبتلا به صرع با پیگیری سه ماهه

عزت اله قدم پور^۱، پروانه رادمهر^۲، لیلا یوسف وند^۳

^۱دانشیار، دکترای روان شناسی تربیتی، گروه روان شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، لرستان، خرم آباد، ایران

^۲دانشجوی دکتری روان شناسی، گروه روان شناسی، دانشکده علوم اجتماعی و تربیتی دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران

^۳دانشجوی دکترای روان شناسی تربیتی، گروه روان شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، لرستان، خرم آباد، ایران

چکیده

سابقه و هدف: یکی از روش‌های درمانی که ارتباط مستقیم و دو سویه‌ای با کاهش اضطراب سلامت دارد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است. هدف پژوهش حاضر بررسی کارآیی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد گروهی بر اضطراب سلامت زنان مبتلا به صرع با پیگیری سه ماهه بود.

روش بررسی: طرح پژوهش حاضر به شیوه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. برای انجام پژوهش ابتدا از میان بیماران زن مبتلا به بیماری صرع مراجعه کننده به مراکز درمانی شهر خرم آباد ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به شکل تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه (۱۵ نفر آزمایش و ۱۵ نفر گواه) جایگزین شدند. هر دو گروه با استفاده از مقیاس اضطراب سلامت ارزیابی شدند. مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد گروهی به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برای گروه آزمایش اجرا شد. پس از اتمام جلسات، پس از آزمون و سه ماه بعد از مداخله، پیگیری بر روی دو گروه آزمایش و گواه انجام شد. تحلیل داده‌های خام با استفاده از SPSS19 و اجرای آزمون‌های توصیفی و استنباطی از جمله تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر صورت گرفت. یافته‌ها: یافته‌های حاصل از نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان داد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد گروهی بر کاهش اضطراب سلامت در مبتلایان تأثیر معنی داری دارد. این نتایج در مرحله پیگیری نیز حفظ گردید. نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش نشان داد که مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد گروهی می‌تواند به عنوان روشی کارآمد برای کاهش اضطراب سلامت زنان مبتلا به صرع استفاده شود. واژگان کلیدی: پذیرش و تعهد، اضطراب سلامت، صرع.

مقدمه

صرع شایع‌ترین بیماری مزمن عصبی پس از سردرد است که با حملات عودکننده تشنجی مشخص می‌شود. این بیماری نوعی اختلال شدید مغزی است که در تمام نژادها، طبقات اجتماعی و کشورها دیده می‌شود (۱) و فقط یک بیماری جسمی نیست، بلکه ابعاد فیزیکی، روانی و اجتماعی زندگی

فرد را تحت تأثیر قرار داده (۲) و اثرات زیانبار اجتماعی اقتصادی فراوانی را بر جا می‌گذارد. یکی از ابعادی که سلامت روان شناختی بیماران مبتلا به صرع را تحت تأثیر قرار می‌دهد، اضطراب سلامت است. اضطراب سلامت اختلال شناختی گسترده‌ای است که به صورت ادراک نادرست درباره علائم و تغییرات بدنی که نتیجه باورهای فرد در مورد بیماری یا سلامت است، شکل می‌گیرد (۳). اضطراب سلامت پیوستاری است که در یک سوی آن نگرانی‌های خفیف مرتبط با احساسات بدنی و در سوی دیگر آن ترس‌های شدید مرتبط با

آدرس نویسنده مسئول: کرمانشاه، گروه روان شناسی، دانشکده علوم اجتماعی و تربیتی، پروانه رادمهر
(email: radmehr.p12@gmail.com)

تاریخ دریافت مقاله: ۹۶/۲/۲۶

تاریخ پذیرش مقاله: ۹۶/۸/۲۶

و فروستلم در پژوهش خود با عنوان درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای اضطراب سلامت، نشان دادند که این درمان بر کاهش اضطراب سلامت بیماران تأثیر قابل توجهی دارد (۱۴). رجبی و یزدخواستی در مطالعه خود تحت عنوان اثربخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد بر اضطراب و افسردگی زنان مبتلا به بیماری ام اس به این نتیجه رسیدند که درمان مبتنی بر تعهد بر کاهش اضطراب بیماران تأثیر معنی داری دارد (۱۵). مولوی، میکاییلی، رحیمی و مهری نیز در پژوهش خود نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب کاهش اضطراب می شود (۱۶). بنابراین، پژوهش حاضر با هدف مشخص کردن کارآیی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب سلامت بیماران مبتلا به صرع در جامعه ایرانی انجام شد تا بتوان از این نوع درمان به عنوان یک درمان مکمل در زمینه ارتقای بهداشت روانی و یکی از فاکتورهای پیشگیری از بروز اضطراب سلامت در زنان مبتلا به صرع استفاده کرد.

مواد و روشها

روش پژوهش حاضر با طرح آزمایشی از نوع پیش آزمون - پس - آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعه آماری، کلیه زنان مبتلا به بیماری صرع (منتشر و کانونی) مراجعه کننده به مراکز درمانی در سطح شهر خرم آباد در سال ۱۳۹۵ بود که با استفاده از روش نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند. بدین منظور، ابتدا با مراجعه به مطب های نورولوژی موجود، زنان مبتلا به بیماری صرع که توسط پزشک معالج، تشخیص صرع دریافت کرده، شناسایی و بررسی شدند و پس از جلب همکاری آنان، مقیاس اضطراب سلامت در بین آنان توزیع شد و سپس افرادی از جامعه فوق که طبق معیار نقطه برش مقیاس، در وضعیت غیر طبیعی بودند (یک انحراف معیار بالاتر از میانگین) بود، به عنوان نمونه انتخاب شدند و برای تشخیص دقیق ابتلای آن ها به اضطراب سلامت، مورد مصاحبه بالینی ساختاریافته قرار گرفتند. پس از همتاسازی از نظر ویژگی های جمعیت شناختی، همسان از نظر جنسیت، نمره اضطراب سلامت، نوع صرع، سابقه بیماری و با عنایت به این که طرح پژوهش حاضر آزمایشی است و با توجه به این که ادبیات بالینی تعداد مناسب اعضای یک مداخله گروه درمانی را بین ۷ تا ۱۰ عضو پیشنهاد می کند (۱۷) و تحقیقات آزمایشی معمولاً از نمونه های ۱۵ نفری برای هر گروه استفاده می کنند (۱۸) نمونه مورد نیاز برای این پژوهش شامل ۳۰ نفر زن مبتلا به بیماری صرع بود؛ از این تعداد ۱۵ نفر به صورت

سلامت و اشتغال ذهنی با احساسات بدنی قرار می گیرد (۴). سالکوسکیس و وارویک (۲۰۰۶) در مطالعه ای، شیوع اضطراب سلامتی را حداقل ۵۱ درصد در میان بیماران مزمن برآورد کردند (۵). سطوح خفیف اضطراب سلامتی در افرادی که دچار بیماری های مزمن هستند و یا در افرادی که وضعیت سلامتی شان برای دوره های طولانی نامشخص و مبهم است به شدت رایج است و سطوح شدیدتر آن در افراد دچار بیماری های مزمن از جمله بیماری صرع، بیش تر مشاهده می شود (۶). در این وضعیت، ممکن است روابط اجتماعی فرد به دلیل داشتن اشتغال ذهنی با بیماری خود و اغلب انتظار توجه ویژه، رو به تیرگی رود. در بسیاری از موارد، اشتغال ذهنی با عملکردهای فرد تداخل کرده و حتی موجب شکست شغلی وی می شود (۷). پاتریکا فرر و همکارانش بیان داشتند که در افراد با درجه اضطراب سلامت بالا، میزان مراجعه به مراکز درمانی نیز بالا است و این افراد هزینه های زیادی برای ملاقات با پزشک می پردازند، به علاوه، این افراد بیش تر از دیگران آزمایش های تشخیص پزشکی و اعمال جراحی انجام می دهند (۸، ۹). لذا، روش های مقابله با چنین تنش ها و تشویش های روانی می تواند تا حدودی شریط روانی آن ها را مساعدتر نماید. یکی از روش های درمانی که ارتباط مستقیم و دو سویه ای با کاهش اضطراب سلامت دارد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است. این درمان جزء درمان های موج سوم است که از توانایی خوبی در مهار ادراکات فرد در برابر پیش آمدهای استرس زای زندگی برخوردار است و در آن به جای تغییر شناخت ها، سعی می شود تا ارتباط روان شناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد (۱۰). ACT ریشه در یک نظریه فلسفی به نام زمینه گرایی عملکردی دارد و مبتنی بر یک برنامه تحقیقاتی در مورد زبان و شناخت است که نظریه چارچوب رابطه های ذهنی خواننده می شود. ACT شش فرایند مرکزی دارد که منجر به انعطاف پذیری روان شناختی می شوند. این شش فرایند عبارتند از پذیرش، گسلش، خود به عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزش ها و عمل متعهد. در این درمان ابتدا سعی می شود پذیرش روانی فرد در مورد تجارب ذهنی (افکار، احساسات و ...) افزایش یابد و متقابلاً اعمال کنترل نامؤثر کاهش یابد (۱۱) و یک مداخله عملی موقعیتی است که مبتنی بر نظریه نظام ارتباطی می باشد که رنج فرد را ناشی از انعطاف ناپذیری شناختی می داند که توسط آمیختگی شناختی و اجتناب تجربی پرورش می یابد (۱۲). تحقیقات حاکی از اثربخشی این درمان بر کاهش اختلال اضطراب بیماری های مزمن از جمله بیماری صرع بوده است (۱۳)، برای مثال، الینبرگ، کرونسترن

ذهنی با دارای مشکلات آشکار ساختاری مغز و مبتلا بودن به اختلالات روانی شدید مانند سایکوز، دمانس و آزیمر. 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. فرم موافقت برای همکاری در پژوهش توسط مراجعان تکمیل شد و به مراجعان اطمینان داده شد که مطالب ارائه شده در جلسات مداخله و نتایج محرمانه خواهد بود. بعد از پایان مداخله و جمع آوری داده‌های آماری، با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه نوزدهم داده‌ها در دو سطح توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای توصیف داده‌ها از جداول و شاخص‌های آمار توصیفی مثل میانگین، انحراف معیار و برای استنباط آماری داده‌ها، تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر محاسبه شد.

ابزار پژوهش

مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالات محور یک (SCID-I)؛ (SCID-I) برای سنجش اختلالات محور یک کاربرد دارد و دارای دو نسخه بالینگر (SCID-CV) و نسخه پژوهشی می‌باشد که در پژوهش حاضر از نسخه بالینگر

تصادفی برای گروه آزمایش و ۱۵ نفر برای گروه گواه انتخاب شدند. گروه آزمایش به صورت گروهی طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای هفته‌ای یک جلسه، تحت مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد گروهی به صورت گروهی 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 دوباره سه ماه بعد، پیگیری به عمل آمد. جهت رعایت اصول اخلاقی، بعد از مرحله پیگیری، گروه گواه به مدت ۳ جلسه نیز تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد گروهی قرار گرفت.

معیارهای ورود به مطالعه شامل تشخیص ابتلا به بیماری صرع توسط متخصص نورولوژی، تکمیل فرم رضایت آگاهانه از شرکت در پژوهش، توانایی شرکت در جلسات درمانی گروه، داشتن حداقل تحصیلات سیکل، سن بیماران بین ۱۸ تا ۴۵ سال، عدم شرکت در کلاس‌های آموزشی و درمانی دیگر به‌طور همزمان، کاملاً هوشیار و قادر به همکاری بودن، قادر به تکلم به زبان فارسی، و برخوردار بودن آمادگی جسمانی و روانی لازم برای پاسخ‌گویی به سؤالات بودند. معیارهای خروج عبارت بودند از: مبتلایان به صرع که حملات صرع آن‌ها علت مشخصی نداشته باشد، بیماران مصروع مبتلا به عقب‌ماندگی

جدول ۱. محتوای جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسات	محتوا
اول	آشنایی گروه با یکدیگر و برقراری رابطه درمانی، آشنا نمودن افراد با موضوع پژوهش، بررسی بیماری ام اس در هر یک از افراد گروه اعم از مدت بیماری و اقدامات انجام شده، سنجش کلی و سنجش شیوه‌های کنترلی و ایجاد درماندگی خلاق و پاسخ به پرسش‌نامه‌ها، ارائه تکلیف خانگی.
دوم	مروری بر تجارب جلسه قبل و دریافت بازخورد از بیماران، بررسی دنیای درون و بیرون در درمان ACT، ایجاد تمایل به ترک برنامه ناکارآمد تغییر و تفهیم این موضوع که کنترل مسأله است نه راه حل و معرفی جایگزینی برای کنترل یعنی تمایل، جمع‌بندی بحث‌های مطرح شده در جلسه و ارائه تکلیف خانگی.
سوم	مروری بر تجارب جلسه قبل و دریافت بازخورد از بیماران، شناسایی ارزش‌های افراد، تصریح ارزش‌ها، تصریح اهداف و تصریح موانع، توضیح دادن مفهوم پذیرش و تفاوت آن با مفاهیم شکست، یأس، انکار، مقاومت و... و این که پذیرش یک فرایند همیشگی است، نه مقطعی و سپس مشکلات و چالش‌های پذیرش بیماریمولتیپل اسکروزیس مورد بحث قرار گرفت، جمع‌بندی بحث‌های مطرح شده در جلسه و ارائه تکلیف خانگی.
چهارم	مروری بر تجارب جلسه قبل و دریافت بازخورد از بیماران، تکلیف و تعهد رفتاری، معرفی و تفهیم آمیختگی به خود مفهوم‌سازی شده و گسلس، کاربرد تکنیک‌های گسلس شناختی، بررسی ارزش‌های هر یک از افراد و تعمیق مفاهیم قبلی، جمع‌بندی بحث‌های مطرح شده در جلسه و ارائه تکلیف خانگی.
پنجم	مروری بر تجارب جلسه قبل و دریافت بازخورد از بیماران، نشان دادن جدایی بین خود، تجربیات درونی و رفتار، تفهیم آمیختگی و گسلس و انجام تمارینی برای گسلس، جمع‌بندی بحث‌های مطرح شده در جلسه و ارائه تکلیف خانگی.
ششم	مروری بر تجارب جلسه قبل و دریافت بازخورد از بیماران، تفهیم آمیختگی به خود مفهوم‌سازی شده و آموزش چگونگی گسلس از آن، شناسایی ارزش‌های زندگی بیماران و تصریح و تمرکز بر این ارزش‌ها، جمع‌بندی بحث‌های مطرح شده در جلسه و ارائه تکلیف خانگی.
هفتم	مروری بر تجارب جلسه قبل و دریافت بازخورد از بیماران، ذهن‌آگاهی و تأکید برای در زمان حال بودن، بررسی ارزش‌های هر یک از افراد و تعمیق مفاهیم قبلی، تفاوت بین ارزش‌ها، اهداف و اشتباهات معمول در انتخاب ارزش‌ها توضیح داده شد، موانع درونی و بیرونی احتمالی در دنبال کردن ارزش‌ها بحث شد، اعضا مهم‌ترین ارزش‌هایشان و موانع احتمالی در پیگیری آن‌ها را فهرست نموده و با سایر اعضا در میان گذاشتند.
هشتم	درک ماهیت تمایل و تعهد (آموزش تعهد به عمل)، شناسایی طرح‌های رفتاری مطابق با ارزش‌ها و ایجاد تعهد برای عمل به آن‌ها، بررسی داستان زندگی و عمل متعهدانه.

۰/۹۵ متغیر بوده است (۵). ضریب پایایی مقیاس از طریق بازآزمایی به فاصله یک هفته ۰/۹۰ به دست آمد که نشان دهنده این است که مقیاس مذکور می‌تواند به خوبی بیماران خودبیمارانگار را از گروه‌های کنترل غیربالیینی متمایز سازد. کریمی و همکاران در پژوهش خود پایایی مقیاس را با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۷۹ محاسبه کردند و روایی همگرایی را نیز از طریق همبسته کردن آن با سلامت عمومی، اجتناب تجربی، اضطراب، استرس و افسردگی به ترتیب ۰/۴۲، ۰/۳۱، ۰/۴۷، ۰/۳۲، ۰/۳۴ به دست آوردند و با استفاده از روش تحلیل عاملی تأییدی (CFA) نیز نشان دادند که ساختار دو عاملی و ساختار سه عاملی این مقیاس هر دو از پردازش قابل قبولی برخوردار است (۲۲). میزان پایایی در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۲ محاسبه شد. خلاصه جلسات درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد گروهی در جدول ۱ گزارش شده است.

یافته‌ها

در رابطه با مشخصات جمعیت شناختی بیماران، همه آنان در دامنه سنی ۴۵-۱۸ سال قرار داشتند. میانگین و انحراف معیار سنی گروه مداخله $32/83 \pm 7/87$ و گروه گواه $32/21 \pm 7/51$ بود. در هر دو گروه آزمایش و گواه از نظر ویژگی‌های جمعیت شناختی همتا شده بودند. پس از اجرای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد گروهی، از هر دو گروه آزمایش و گواه، پس از آزمون و پیگیری به عمل آمد و سپس داده‌های مرتبط با پیش آزمون، پس از آزمون و پیگیری استخراج شد. جدول ۲، میانگین و انحراف معیار نمرات اضطراب سلامت را در زنان مبتلا به بیماری صرع به تفکیک گروه‌ها و مراحل نشان می‌دهد. از آن جا که کسب نمره بیشتر در اضطراب سلامت نشان از مشکل دارد، ملاحظه می‌شود که میانگین نمرات گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون و پیگیری در اضطراب سلامت کاهش معنی‌داری نسبت به گروه گواه دارد. به علاوه، بعد از گذشت سه ماه از اجرای مداخله، مشخص شد که کاهش اضطراب سلامت در اعضای گروه آزمایش، در مرحله پیگیری نیز به صورت معنی‌داری ادامه دارد ($P < 0/001$).

استفاده شد. این نسخه، اختلال‌هایی که در کلینیک‌ها شایع‌تر هستند را پوشش می‌دهد و نسبت به نسخه پژوهشی کوتاه‌تر است و با یک مصاحبه باز درباره‌ی بیماری فعلی و دوره‌های قبلی بیماری آغاز می‌گردد، در این نسخه هر کدام از ماده‌ها به سه صورت؟ (اطلاعات ناکافی درباره نشانه)، - (عدم وجود نشانه) و + (وجود نشانه) علامت‌گذاری می‌گردند و شش حوزه اختلالات (دوره‌های خلقی، نشانگان روان‌پریشی، اختلال‌های روان‌پریشی، اختلال‌های خلقی، اختلال‌های مصرف مواد و اضطراب) را پوشش می‌دهد (۱۹). شریفی و همکاران (۱۹۹۹) توافق تشخیصی متوسط تا خوب (ضریب کاپای بالای ۰/۶۰) برای تشخیص‌های کلی و خاص به دست آورده‌اند. آن‌ها همچنین کاپای کل تشخیص‌های فعلی را ۰/۵۲ و کاپای کل تشخیص‌های طول عمر را ۰/۵۵ برآورد کرده‌اند (۲۰). SCID-II نیز برای سنجش اختلالات شخصیت (محور دو) به کار می‌رود و تمامی اختلالات مربوطه را پوشش می‌دهد. در این ابزار نشانه‌ها با چهار علامت؟ (اطلاعات ناکافی درباره نشانه)، ۱ (عدم وجود نشانه)، ۲ (پایین‌تر از حد آستانه)، ۳ (در حد آستانه) علامت‌گذاری می‌شوند. شاخص توافق کاپا برای تشخیص‌های مقوله‌ای از ۰/۴۸ تا ۰/۹۸ و برای تشخیص‌های درون طبقه‌ای از ۰/۹۰ تا ۰/۹۸ برآورد شده است. همچنین ضریب همسانی درونی آن از ۰/۷۱ تا ۰/۹۴ گزارش شده است (۲۱).

مقیاس اضطراب سلامت

این پرسش‌نامه یک مقیاس خودسنجی با ۱۸ عبارت است و در رابطه با هریک از عبارات مذکور چهار گزینه مطرح شده است و عباراتی را که به بهترین وجه، وضعیت او را طی ۶ ماه اخیر توصیف می‌کند، انتخاب نماید. عبارات این آزمون در رابطه با نگرانی‌های مرتبط با سلامت، توجه به احساسات یا تغییرات بدنی و پیامدهای هولناک ابتلا به یک بیماری است. به هنگام نمره‌گذاری به گزینه‌های مطرح شده برای هر یک از عبارات نمره‌ای بین صفر تا ۳ تعلق می‌گیرد. در صورتی که فرد بیش از یک گزینه را انتخاب کند، گزینه‌ای که نمره بالاتری به آن تعلق می‌گیرد برای نمره‌گذاری انتخاب می‌شود. دامنه نمرات این آزمون بین صفر و ۵۴ قرار دارد که نمرات بالاتر بیانگر اضطراب سلامت بیشتر است. بررسی‌های متعدد نشان دادند که این مقیاس از همسانی درونی مناسبی برخوردار است. ضرایب همسانی درونی بین ۰/۷۱ تا

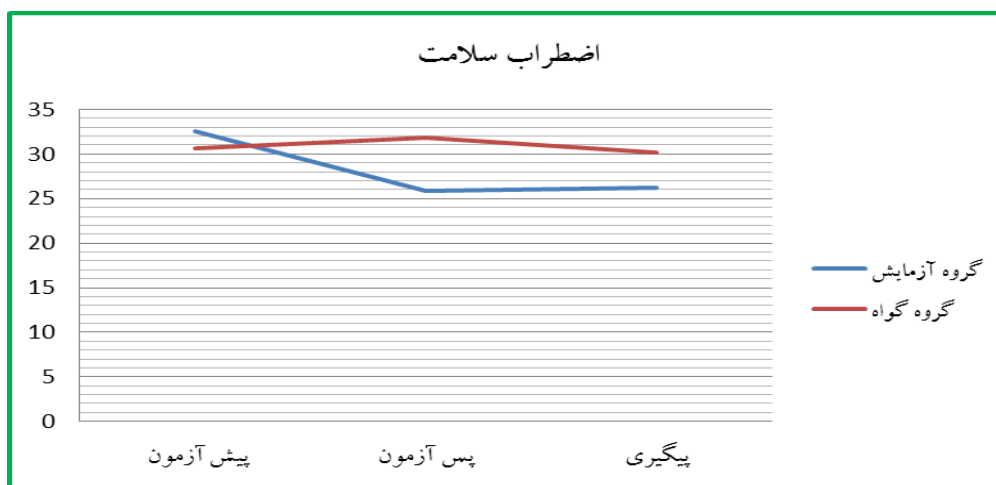
واریانس-کوواریانس برقرار است و ماتریس‌های کوواریانس مشاهده شده متغیرهای وابسته در تمامی گروه‌ها مساوی است ($F=2/01, P>0/05$). برای بررسی پیش فرض کرویت از آزمون موخلی (Mauchly's Test) استفاده شد که با توجه به عدم سطوح معنی‌داری مشاهده شده ($P=0/097$)، می‌توان نتیجه گرفت که فرض کرویت بودن نمرات آزمودنی‌ها در متغیر اضطراب سلامت برقرار است. همچنین، با بررسی آزمون لوین در مورد تساوی واریانس‌های خطا، فرض تساوی واریانس‌ها رعایت شد و واریانس خطای متغیر وابسته در تمام گروه‌ها مساوی بود (پیش آزمون اضطراب سلامت $P=0/57$ ، $F=0/326$ ، پس آزمون اضطراب سلامت $P=0/93$ ، $F=0/006$ ، پیگیری اضطراب سلامت $P=0/09$ ، $F=0/536$). بنابراین، مفروضه استفاده از تحلیل واریانس رعایت شده است. لذا برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر با عامل درون موردی اندازه‌گیری نمره اضطراب سلامت در سه مرحله متوالی و عامل بین موردی گروه انجام شد.

نتایج نمودار ۱ نشان می‌دهد که میانگین اضطراب سلامت در پس آزمون (۲۵/۸۵) و پیگیری (۲۶/۲۱) گروه آزمایش، نسبت به پیش آزمون آن (۳۲/۴۹)، کاهش قابل ملاحظه‌ای داشته، اما میانگین اضطراب سلامت در پس آزمون (۳۱/۸۱) و پیگیری (۳۰/۱۷) گروه گواه، نسبت به پیش آزمون آن (۳۰/۶۹)، کاهش قابل توجهی نداشته است؛ لذا می‌توان گفت در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه، شاهد کاهش میزان اضطراب سلامت قابل توجهی هستیم.

برای مشخص کردن معنی‌داری تفاوت بین متغیرهای فوق از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد و برای بررسی تفاوت‌های مشاهده شده در متغیر اضطراب سلامت، ابتدا مفروضه‌های لازم جهت 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 (۱۲/۸۹۱) در مورد تساوی ماتریس‌های کوواریانس نیز حاکی از آن بود که مفروضه همگنی ماتریس

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار اضطراب سلامت به تفکیک گروه‌ها

اضطراب سلامت				گروه
گواه	آزمایش	انحراف معیار	میانگین	
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	پیش آزمون
۳/۱۱	۳۰/۶۹	۲/۵۴	۳۲/۴۹	پس آزمون
۱/۸۱	۳۱/۸۱	۲/۰۱	۲۵/۸۵	پیگیری
۲/۹۶	۳۰/۱۷	۱/۸۸	۲۶/۲۱	



نمودار ۱. مقایسه تغییرات میانگین اضطراب سلامت در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری گروه‌های آزمایش و گواه

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس برای اثرات بین گروهی و تعامل اضطراب سلامت

توان آماری	سطح معناداری	درجه آزادی	درجه آزادی فرض شده	F	ارزش	تأثیر بین گروهی آموزش
۱	۰/۰۰۱	۲۷	۲	۲۴/۷۸	۰/۳۵۳	زمان لامبدای ویلکز
۱	۰/۰۰۱	۲۷	۲	۲۳/۲۳	۰/۳۶۶	زمان* گروه لامبدای ویلکز

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در مراحل پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پس‌آزمون - پیگیری

متغیر	شاخص‌ها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
پیش‌آزمون - پس‌آزمون		۲۲۵/۲۴	۱	۲۲۵/۲۴	۴۲/۹۵	۰/۰۰۱
پس‌آزمون - پیگیری		۱۲۹/۰۲	۱	۱۲۹/۰۲	۳۹/۱۴	۰/۰۰۱

صرع، هم در مرحله پس‌آزمون و هم در مرحله پیگیری، تأیید شد.

همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، نمرات اضطراب سلامت آزمودنی‌ها در مرحله پس‌آزمون نسبت به نمرات آزمودنی‌ها در مرحله پیش‌آزمون ($F=42/95, p<0/001$) و نمرات اضطراب سلامت آزمودنی‌ها در مرحله پیگیری نسبت به نمرات آزمودنی‌ها در مرحله پس‌آزمون ($p<0/001$)، $F=39/14$) به طور معنی‌داری کاهش یافته است. این نتایج بیانگر آن است که این نوع درمان هم در مرحله پس‌آزمون و هم در مرحله پیگیری اثر بخش بوده است که نشان دهنده ثبات اثر درمان است.

بحث

هدف پژوهش حاضر، بررسی کارآیی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد گروهی بر اضطراب سلامت زنان مبتلا به صرع بود. با مروری بر نتایج، مشاهده می‌شود که اضطراب سلامت بیماران بعد از مداخله در گروه آزمایش کاهش قابل توجهی داشته است که در گروه گواه دیده نمی‌شود. سه ماه بعد از مداخله نیز اضطراب سلامت بیماران تفاوت معنی‌داری را نشان نداد و در همان سطح بعد از مداخله باقی ماند که نشانگر تداوم تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش اضطراب سلامت بیماران است. نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش‌های الینبرگ و همکارانش (۱۴)، رجیبی و یزدخواستی (۱۵) و مولوی و همکارانش (۱۶) هماهنگ و همسو است. در تبیین این یافته باید خاطر نشان کرد که اضطراب سلامت اختلال شناختی گسترده‌ای است که به صورت ادراک نادرست درباره علائم و تغییرات بدنی که نتیجه باورهای فرد در مورد بیماری یا سلامت است، شکل می‌گیرد. بیمارانی که اضطراب سلامتی شدید دارند نه تنها در مورد بیماری‌ها نگران هستند بلکه در

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد اندازه‌گیری‌های نمره اضطراب سلامت در سه مرحله تفاوت معنی‌داری با هم دارند. به عبارتی، بین نمرات دوره‌های زمانی (پیش‌آزمون، پس‌آزمون، پیگیری) در هر سه حیطه اضطراب سلامت تفاوت معنی‌داری به دست آمد ($p<0/001$). همچنین، بین نمرات دوره‌های زمانی (پیش‌آزمون، پس‌آزمون، پیگیری) و گروه‌ها در حیطه‌های سه‌گانه اضطراب سلامت تعامل تفاوت معنی‌داری مشاهده شد ($p<0/001$). همچنین توان آماری ۱۰۰ درصد هم حاکی از دقت آماری بسیار بالا و کفایت حجم نمونه است. این نتایج بیانگر کارآیی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد گروهی بر اضطراب سلامت زنان مبتلا به صرع است. بنابراین، آزمون چند مقایسه‌ای نشان داد که در پس‌آزمون و پیگیری در مقایسه با پیش‌آزمون، میزان اضطراب سلامت گروه‌های آزمایش به طور معنی‌داری تغییر کردند.

همان‌طور که در جدول ۳ ملاحظه می‌شود، تأثیر زمان اندازه‌گیری بر نمرات اضطراب سلامت معنی‌دار است ($p<0/001$)، $F=25/62$). می‌توان بیان کرد که صرف نظر از گروه آزمایشی، بین میانگین نمرات اضطراب سلامت در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌داری وجود دارد. همچنین اثر تعامل بین زمان و گروه نیز معنی‌دار است ($p<0/001$)، $F=32/62$). می‌توان بیان کرد که تفاوت میانگین نمرات اضطراب سلامت در زمان‌های مختلف با توجه به سطوح متغیر گروه متفاوت است.

همان‌طور که در جدول ملاحظه می‌شود، تأثیر گروه نیز بر نمرات اضطراب سلامت معنی‌دار است ($p<0/001$)، $F=16/21$). می‌توان نتیجه گرفت که صرف نظر از زمان اندازه‌گیری، بین میانگین نمرات اضطراب سلامت گروه‌های آزمایش و گواه تفاوت معنی‌داری وجود دارد. لذا کارآیی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد گروهی بر اضطراب سلامت زنان مبتلا به

(۱۱). لذا، با توجه به نقش اضطراب سلامت، رعایت اصول بهداشت روانی در خانواده‌ها به منظور پیش‌گیری از اضطراب سلامتی توصیه می‌شود؛ چرا که به پیش‌گیری از اضطراب سلامتی و یا شناسایی به موقع این افراد و در نتیجه صرفه‌جویی در هزینه‌های درمانی کمک می‌کند. بنابراین پیشنهاد می‌شود پژوهش بر نمونه‌های دیگر نیز اجرا شود تا صحت یافته‌های آن در نمونه‌های دیگر بررسی شود. از محدودیت‌های این پژوهش، عدم بررسی مردان مبتلا به بیماری صرع بود؛ لذا پیشنهاد می‌شود پژوهش مورد نظر روی گروه مردان، مورد آزمایش مجدد قرار گیرد تا اعتبار این روش با اطمینان بیشتری برآورد شود. به طور خلاصه می‌توان گفت رویکرد درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد گروهی منجر به کاهش اضطراب سلامت در بین زنان مبتلا به صرع شده است. افراد با این درمان یاد می‌گیرند که چگونه شناخت‌ها و باورهای غیرمنطقی خود را کنترل کرده و آن را تغییر دهند و در پی تغییر شناخت، در رفتار خود نیز تغییر به وجود آورند. از این رو برای استفاده بهتر از نتایج تحقیق حاضر پیشنهاد می‌شود تا این مداخله در دوره‌های طولانی‌تر و در نمونه‌های بیش‌تر نیز اجرا شود و اثربخشی آن بررسی شود.

تشکر و قدردانی

نویسندگان این مقاله بر خود لازم می‌دانند از پزشکان محترم نورولوژیست شهر خرم‌آباد و کلیه بیماران عزیزی که در انجام این پژوهش ما را یاری نمودند، تشکر و قدردانی کنند. لازم به ذکر است که این پژوهش با رعایت تمامی موازین مندرج در آیین‌نامه رعایت اخلاق در پژوهش با شماره ۱۹۴۷۷، مصوب دانشگاه لرستان است.

مورد ناتوانی در کنترل نگرانی‌های مرتبط با بیماری و سلامت نیز نگران می‌شوند. این نگرانی در مورد نگرانی ممکن است بعضی از افراد را برای جستجوی درمان اضطراب سلامت، ترغیب کند (۳). تیرر و همکارانش به عنوان بخشی از یک مطالعه گسترده، به بررسی میزان شیوع این اختلال در ۵ مرکز درمانی مختلف اقدام کردند. این محققین افراد مراجعه کننده به کلینیک‌های تخصصی قلب، تنفس، معدی روده‌ای، نورولوژی و غدد ۶ بیمارستان را در مدت ۲۱ ماه با استفاده از مقیاس اضطراب سلامت مورد ارزیابی قرار دادند. نتایج این بررسی نشان داد که میزان شیوع این اختلال در بین مراجعین مبتلا به کلینیک‌های نورولوژی بیش‌تر مشاهده می‌شود (۲۳). روش‌های مقابله با چنین تنش‌ها و تشویش‌های روانی می‌تواند تا حدودی شریط روانی آن‌ها را مساعدتر کند. در رویکرد درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد هدف از تأکید بسیار بر تمایل افراد به تجربه‌های درونی این بود که به آن‌ها کمک کنیم تا افکار آزاردهنده‌شان را فقط به عنوان یک فکر تجربه کنند و از ماهیت ناکارآمد برنامه فعلی‌شان آگاه شوند و به جای پاسخ به آن، به انجام آن‌چه در زندگی برایشان مهم و در راستای ارزش‌هایشان است بپردازند. در این‌جا 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 سطح پایین اضطراب سلامت رسیدند. هدف درمانگر ACT کاهش نشانه‌ها نیست، اما این چیزی است که به عنوان محصول جانبی در فرآیند درمانی به آن دست خواهیم یافت. ACT ارتباط بین افکار و احساسات مشکل‌زا را تغییر می‌دهد تا افراد آن‌ها را به عنوان علایم مرضی درک نموده و حتی یاد بگیرند که آن‌ها را بی‌ضرر (حتی اگر ناراحت کننده و ناخوشایند باشند) درک کنند

REFERENCES

- Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH. Medical Surgical Nursing. 11th ed: Philadelphia: Lippincott; Williams & Wilkins 2008; 2196-7.
- Baker GA, Jacoby A, Gorry J, Doughty J, Ellina V; SIGN Group. Quality of life of people with epilepsy in Iran, the Gulf, and Near East. *Epilepsia* 2005;46:132-40.
- Mohamadkhani shali E. The effect of cognitive therapy in reducing anxiety. Gary shift control health and health and cognitive beliefs in nursing students, master's thesis, Payam Noor University of Tehran, Faculty of Humanities. 2011. [In Persian]
- Salkovskis PM, Warwick HM. Morbid preoccupations, health anxiety and reassurance: a cognitive-behavioural approach to hypochondriasis. *Behav Res Ther* 1986;24:597-602.
- Salkovskis PM, Rimes KA, Warwick HM, Clark DM. The Health Anxiety Inventory: development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. *Psychol Med* 2002;32:843-53.
- Hadjistavropoulos HD, Owens KMB, Hadjistavropoulos T, Asmundson GJG. Hypochondriasis and health anxiety among pain patients. In: Asmundson GJG, Taylor S, Cox BJ, eds. *Health anxiety: clinical and research perspectives on hypochondriasis and related conditions*. Chichester: Wiley 2001:298- 323.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4 ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.

8. Furer P, Walker JR, Stein MB. Treating health anxiety and fear of death: a practitioners guide. La Jolla: Springer publ; 2007.
9. Barsky AJ, Ettner SL, Horsky J, Bates DW. Resource utilization of patient with hypochondriacal health anxiety and somatization. *Med Care* 2001;39:705-15.
10. Hayes SC, Strosahl KD. A practical guide to acceptance and commitment therapy. New York; Springer press: 2010.
11. Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behav Res Ther* 2006;44:1-25.
12. Vallis M, Ruggiero L, Greene G, Jones H, Zinman B, Rossi S, et al. Stages of change for healthy eating in diabetes: relation to demographic, eating-related, health care utilization, and psychosocial factors. *Diabetes Care* 2003;26:1468-74.
13. McCallion EA, Zvolensky MJ. Acceptance and commitment Therapy (ACT) for smoking cessation: a synthesis. *Curr opin psychological* 2015;2:47-51.
14. Eilenberg T, Kronstrand L, Fink P, Frosthholm L. Acceptance and commitment group therapy for health anxiety--results from a pilot study. *J Anxiety Disord* 2013;27:461-8.
15. Rajabi S, Yazdkhasti F. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on anxiety and depression in women with MS. *J Clin Psychol* 2014;6:29-38.
16. Molavi P, Michaeli N, Rahimi N, Mehri S. The effect of acceptance and commitment therapy based on reducing anxiety and depression in students with social phobia, University of medical sciences 2014;14:412-23.
17. Biyabangard E, ed. Research methodology in psychology and education. Tehran: Tehran Doran Co; 2008. [In Persian]
18. Ballinger B, Yalom I. Group therapy in practice. In: Bongar B and Beutler LE, eds. Comprehensive text book of psychotherapy. New York: Oxford University Press; 1995.
19. Mohamamdkhani P, ed. Structured clinical interview for disorders- DSM-IV-TR. Tehran: Danjeh; 2010. [In Persian]
20. Hasani J, Tajodini E, Ghaedniyaie-Jahromi A, Farmani-Shahreza Sh. The Assessments of Cognitive Emotion Regulation Strategies and Emotional Schemas in Spouses of People with Substance Abuse and Spouses of Normal People. *J Clin Psychol* 2014;1:91-101.
21. Maffei C, Fossati A, Agostoni I, Donati D, Namia C, Novella L, et al. Inter-rater reliability and internal consistency of the structured clinical interview for DSM-IV Axis II personality disorders (SCID-II), version 2.0. *J Pers Dis* 1997;11:279- 284.
22. Karimi J, Homayouni Najaf Abadi A, Humayun Najaf-Abadi F. Mental Health Anxiety Inventory feature-assessment surveys, health system. *Hakim Research Journal* 2014;17: 297-305. [In Persian]
23. Tyrer P, Cooper P, Crawford M, Dupont Green J, Murphy D, Salkovskis P, et al. Prevalence of health anxiety problems in medical clinics. *J Psychosom Res* 2011;71:392-4.