مجله علوم پزشکی زانکو/ دانشگاه علوم پزشکی کردستان/ تابستان ۱۴۰۰/ ۱۵-۴

مقاله پژوهشی
(Original paper)

بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سبک‌های اسنادی در بیماران مبتلا به صرع

سید مجتبی عقیلی[1*]، سحر چیذری[2]

۱- استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه پیام نور، گلستان، ایران.

۲- کارشناس ارشد روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

نویسنده مسئول: تلفن: ۰۹۰۱۵۰۹۱۳۴۶ پست الکترونیک: dr_aghili1398@yahoo.com

چکیده

زمینه و هدف: صرع، یکی از شناخته شده‌ترین و شایع‌ترین اختلالات دستگاه عصبی است. هدف از پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سبک‌های اسنادی در بیماران مبتلا به صرع است.

مواد و روش‌کار: پژوهش حاضر، به روش نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون، با گروه کنترل انجام شد. جامعه پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به صرع شهر تهران بود که در انجمن صرع تهران دارای پرونده پزشکی بودند. با نمونه‌گیری هدفمند، ۴۰ نفر بر اساس معیارهای ورود و خروج انتخاب شدند که به صورت تصادفی در دو گروه مداخله (۲۰ نفر) و گروه کنترل (۲۰ نفر) جای گرفتند. انتخاب نمونه‌های پژوهش از اردیبهشت ۹۸ آغاز شد و به مدت ۱۰ هفته به طول انجامید. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه سبک اسنادی (DSQ) جمع‌آوری و به وسیله نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ و با استفاده از آمار توصیفی، و آنالیز واریانس، تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: یافته‌های آماری نشان داد که میانگین سبک‌های اسنادی مثبت در گروه آزمایش قبل از مداخله ۹۷/۴۷±۰/۴، و بعد از مداخله ۵/۸۷ ± ۰/۸۵ بود و در سبک‌های اسنادی منفی، در گروه آزمایش قبل از مداخله ۳/۵۷ ± ۱/۲۶، و بعد از مداخله ۲/۷۲ ± ۱/۰۸ بود که از لحاظ آماری، این اختلاف بین سبک‌های اسنادی معنادار بود ($p< =۰/۰۰۱$).

بحث و نتیجه‌گیری: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بیماران مبتلا به صرع، سبک اسنادی درونی منفی را کاهش داده و سبک اسنادی پایدار مثبت را افزایش می‌دهد.

واژه‌های کلیدی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، صرع، ایران

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-19]

مقدمه

صرع (Epilepsy) یکی از شناخته شده‌ترین و شایع‌ترین اختلالات دستگاه عصبی است و بیش از ۷۰ میلیون نفر در سراسر جهان مبتلا به صرع هستند (۱). سازمان جهانی بهداشت (WHO) بیماری صرع را یک بیماری مزمن همراه با داغ اجتماعی معرفی می‌کند (۲). بیماری صرع، نوعی آشفتگی متناوب و شدید در سیستم اعصاب است که از تخلیه غیرطبیعی سلول‌های مغزی ناشی می‌شود (۳). در نوار مغزی این بیماران الگوهای غیر طبیعی دیده می‌شود. این وضعیت ممکن است در یک موضع مغز رخ دهد که آن را حملات موضعی می‌نامند و اگر اثرات حمله در تمام کانال‌های EEG مشخص باشد به آن حملات فراگیر می‌گویند (۴). افراد مبتلا به صرع، اغلب در زمینه سطح کارکرد و شرکت در فعالیت‌های زندگی، با چالش‌های مختلفی مواجهه می‌شوند و معمولاً این افراد با عملکرد پایین (۵)، انزوای اجتماعی و پریشانی روانشناختی روبه رو می‌شوند (۶). یکی از جنبه‌های تأثیرگذار روانی- اجتماعی در رویارویی بیماران مبتلا به صرع با مسائل و مشکلات مختلف زندگی، سبک‌های اسنادی (Documentary styles) است (۷).

سبک اسناد، شیوه‌ای است که به وسیله آن تلاش می‌شود علل پایدار و زیربنایی رفتار دیگران و دلایلی که افراد به شیوه‌های معین عمل می‌کنند را درک کرد (۸). سلیگمن (Seligman) در اواسط دهه ۱۹۶۰ با ارائه مفهوم سبک تبیینی، معتقد بود که تنها فقدان کنترل تحت شرایط درماندگی آموخته شده بر سلامتی ما تأثیر نمی‌گذارد، بلکه عامل تأثیرگذار، نحوه توجیه کردن فقدان کنترل برای خودمان است (۹). مطالعات نشان داده‌اند که اگر شکست به عنوان کنترل ناپذیر، پایدار و درونی نسبت داده شود، مانعی برای رفتارهای پیشرفت در آینده می‌شود در حالی که اگر شکست به عوامل درونی، ناپایدار و قابل کنترل (مانند کمبود تلاش یا راهبرد ضعیف یادگیری) نسبت داده شود، پیامدهای بهتری برای دستیابی به رفتارهای پیشرفت در آینده خواهد شد (۱۰).

سبک‌های اسنادی، دو نوع رویداد را در برمی‌گیرند: الف) رویدادهای مثبت و ب) رویدادهای منفی. هر کدام از این مؤلفه‌ها نیز سه بعد دارند. اسناد درونی- بیرونی، اسناد پایدار- ناپایدار و اسناد کلی- جزئی. اسناد درونی- بیرونی عبارت است از نسبت دادن علل موفقیت و شکست به عوامل درون شخص، در مقابل نسبت دادن آن به عوامل خارج از شخص، محیط یا موقعیت. اسناد پایدار- ناپایدار شامل نسبت دادن علل موفقیت و شکست به عوامل پایدار و همیشگی، در مقابل علل کوتاه مدت و ناپایدار است. همچنین، اسناد کلی- جزئی به نسبت دادن علل موفقیت و شکست به تمام موقعیت‌ها در برابر نسبت دادن آن به یک موقعیت خاص مربوط است (۱۱).

طی سال‌های اخیر مداخلات غیردارویی، کانون تمرکز در درمان مبتلایان به صرع بوده است. درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش (ACT) یکی از رفتاردرمانی‌های مبتنی بر توجه آگاهی (mindfulness) است که اثربخشی آن برای درمان طیف گسترده‌ای از وضعیت‌های بالینی معلوم شده است. در این درمان، رویکردی التقاطی از استعاره، جمله‌های متناقض نما، و مهارت‌های توجه آگاهی، و طیف گسترده‌ای از تمرین‌های تجربه گرایانه، و مداخلات رفتاری هدایت‌شده توسط ارزش‌ها به‌کاربرده می‌شود (۱۲).

شش فرآیند اصلی در قالب یک فرآیند زیربنایی (انعطاف پذیری روان شناختی) به عنوان اجزای اصلی فرآیند تغییر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد معرفی شده است که عبارتند از: ۱- ارتباط با زمان حال، ۲- پذیرش،۳- گسلش، ۴- خود به عنوان زمینه، ۵-

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-19]

ارزش‌ها و ۶- عمل متعهدانه (۱۳). این درمان، با ادغام مداخلات پذیرش و ذهن آگاهی در راهبردهای تعهد و تغییر، به درمانجویان برای دستیابی به زندگی پرنشاط، هدفمند و بامعنا کمک می‌کند (۱۴). هدف اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، تقویت انعطاف پذیری روان‌شناختی است. مراد از انعطاف‌پذیری روان-شناختی، توانایی تماس با لحظه لحظه‌های زندگی و تغییر یا تثبیت رفتار است (۱۵). روشنیان و همکاران (۱۳۹۷) در پژوهشی دریافتند که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، به طور معناداری منجر به کاهش فراوانی تشنج و بالارفتن رفتارهای خودمدیریتی می‌گردد (۱۶). ابراهیم‌پور، میرزاییان و حسن‌زاده (۱۳۹۷) نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، در افزایش بهزیستی روان‌شناختی و کاهش افسردگی در بیماران مبتلا به صرع، به‌طور معنی‌داری مؤثر است (۱۷). قدم‌پور، حیدری‌نیا و رادمهر (۱۳۹۹) نشان‌دادند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بر ابعاد تحمل آشفتگی بیماران مبتلا به صرع تأثیرگذار است (۱۸). با توجه به موارد بیان شده، مساله اصلی تحقیق این است که آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بر سبک‌های اسنادی در بیماران مبتلا به صرع تأثیرگذار است؟

مواد و روش کار

روش این پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری این پژوهش، شامل تمامی بیماران مرد مبتلا به صرع شهر تهران در سال ۱۳۹۷ بود. از آنجایی که معیار انتخاب نمونه برای مطالعات آزمایشی حداقل ۱۵ نفر در هر گروه توصیه می‌شود (۱۹)، پژوهشگر به دلیل احتمال ریزش نمونه با توجه به بدحال شدن بیماران و یا مرگ، هر گروه را ۲۰ نفر در نظر گرفت که در مجموع ۴۰ نفر از بیماران مراجعه‌کننده به انجمن صرع شهر تهران به روش نمونه‌گیری هدفمند، انتخاب و به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل قرار داده شدند؛ ۲۰ نفر در گروه آزمایش (مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) و ۲۰ نفر در گروه کنترل شرکت نمودند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: تشخیص بیماری صرع از سوی پزشک، نداشتن بیماری مزمن به جز صرع، سن بین ۲۰ تا ۵۰ سال، علاقه به شرکت در جلسات مداخله، و متعهد شدن به حضور در تمامی جلسات درمانی مداخله، و شرکت نکردن هم زمان در دیگر برنامه‌های درمانی. ملاک خروج نیز شامل غیبت بیش از دو جلسه در جلسات مداخله، دریافت روان درمانی هم زمان با آموزش، داشتن اعتیاد و اختلال‌ها و بیماری‌های روانی و جسمانی، فوت یا بدحال شدن به طوری که امکان ادامه مداخله را نداشته باشد. ابزار جمع آوری داده‌ها پرسشنامه بود. از هر دو گروه پیش‌آزمون پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه سبک‌های اسنادی، تکمیل و جمع آوری شد. سپس، گروه آزمایش تحت ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای (هر هفته یک جلسه) درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، با استفاده از بسته درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هیز (Hayes) (۱۴) قرار گرفتند؛ در حالی که برای گروه کنترل، هیچ مداخله‌ای صورت نگرفت. در پایان جلسه هشتم آموزش، از هر دو گروه خواسته شد تا مجددا به پرسشنامه سبک‌های اسنادی پاسخ دهند و بدین نحو، پس‌آزمون نیز برگزار شد. لازم به ذکر است که به گروه کنترل اطمینان داده شد که پس از اتمام مداخله دوره آموزشی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر روی این گروه هم اجرا می‌شود.

پرسشنامه سبک‌های اسنادی [1](DSQ)

یک ابزار خود گزارش‌دهی است و نخستین بار برای اندازه‌گیری اسنادهای افراد برای رویدادهای غیرقابل کنترل، توسط پیترسون و سلیگمن (۱۹۸۴)

1- Documentary Styles Questionnaire

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-19]

ساخته شد. پرسش‌نامه سبک اسنادی، دربرگیرنده دوازده موقعیت فرضی (شش رویداد خوب و شش رویداد بد) است. برای هر رویداد، چهار پرسش مطرح شده است (۲۰). نخستین پرسش که درباره مهم‌ترین علت این رویداد است؛ اگرچه در نمره‌گذاری به کار برده نمی‌شود اما ضروری است تا آزمودنی به سه پرسش بعد بر حسب موارد زیر پاسخ دهد. این موارد شامل درونی یا بیرونی، پایدار (باثبات) یا ناپایدار (بی-ثبات) و کلی یا اختصاصی بودن رویداد می‌باشد. نمره‌ها را می‌توان برای هر یک از سه بعد یادشده در نظر گرفت. برای نمونه، بعد درونی – بیرونی از مجموع نمره‌های پرسش اول به دست می‌آید. برای هر کدام از وقایع مثبت، گزینه ۱ پایین‌ترین یا بدترین نمره و گزینه ۷ بالاترین یا بهترین نمره است. در مقابل، برای موقعیت‌های منفی،گزینه ۱ بهترین نمره و گزینه ۷ بدترین نمره است. برای همه وقایع مثبت، بالاترین نمره ۲۱ و پایین‌ترین نمره ۳ است (هر موقعیت شامل ۳ سؤال است). در پژوهش پیترسون، ضرایب آلفای کرونباخ برای موقعیت‌های مثبت، شامل بعد درونی/ بیرونی بودن ۰/۶۵، پایدار/ ناپایدار ۰/۷۷، خاص/ کلی ۰/۶۴ و موقعیت‌های منفی، شامل بعد درونی/ بیرونی بودن ۰/۶۶، پایدار/ ناپایدار ۰/۷۲، خاص/ کلی ۰/۶۷ به دست آمد. اسلامی و همکاران، آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه را ۰/۷۴ گزارش کرده است. پایایی پرسش‌نامه سبک اسنادی با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸ گزارش شده است (۲۱).

همچنین، برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، از دو سطح آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد. در سطح آمار توصیفی، از میانگین و انحراف معیار، و در سطح آمار استنباطی، از آنالیز کوواریانس جهت تحلیل داده‌های پژوهش استفاده شد. نتایج آماری با استفاده از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۲ در سطح معناداری ۰/۰۵ مورد تجزیه و تحلیل قرارگرفت.

پروتکل اجرایی جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هیز (۲۰)

جلسه	محتوا
اول	آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و برقراری رابطه درمانی؛ آشنا نمودن افراد گروه با موضوع پژوهش؛ بررسی بیماری صرع در هر یک از افراد گروه اعم از مدت بیماری و اقدامات انجام شده؛ بیان اصل رازداری و احترام متقابل اعضای گروه به یکدیگر؛ بیان موضوع پژوهش و اهداف آن و بیان این موضوع که روی اهداف فکر شود؛ روشن‌سازی ارزش‌های بیماران؛ ایجاد درماندگی خلاق، تکلیف خانگی.
دوم	شرح جلسه قبل، ایجاد تمایل به ترک شیوه‌های کنترل ناکارآمد برای تغییر و تفهیم این موضوع که کنترل مسئله است نه راه حل و معرفی جایگزینی برای کنترل، یعنی تمایل. بیان اصل پذیرش و شناخت احساسات و افکار پیرامون مشکلات مربوط به بیماری؛ آگاهی بخشی در این زمینه که افکار را به عنوان افکار و احساسات را به عنوان احساسات و خاطرات را فقط به عنوان خاطرات بپذیریم؛ ارائه تکلیف خانگی در زمینه پذیرش خود و احساسات ناشی از بیماری و ثبت مواردی که بیماران موفق به کنار گذاشتن شیوه‌های ناکارآمد کنترل حملات صرعی شده اند.
سوم	بررسی تکالیف جلسه قبل، ارائه توضیحاتی در زمینه اهمیت به کارگیری رفتارهای خود مدیریتی صرع شامل (مدیریت اطلاعات، مدیریت تشنج، مدیریت دارویی، مدیریت امنیت، و مدیریت زندگی) در راستای کاهش عوارض بیماری صرع، بررسی و تمرکز بر ارزش‌ها و توجه به قدرت انتخاب آن‌ها، صحبت درباره‌ی احساسات و افکار اعضای گروه؛ آموزش این مطلب که اعضا بدون قضاوت در مورد خوب یا بد بودن افکار و احساسات خود، آن‌ها را بپذیرند؛ آموزش شناخت هیجانات و تفاوت آن‌ها با افکار و احساسات؛ استفاده از تکنیک‌های

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-19]

	ذهن آگاهی مربوط به درمان پذیرش و تعهد، تعیین تکلیف خانگی.
چهارم	بررسی تکالیف؛ ارائه تکنیک‌های ذهن آگاهی و تمرکز بر تنفس؛ توجه به اهمیت خواب، غذا و ورزش و غیره در مدیریت صرع، ارائه تکنیک‌های حضور در لحظه و توقف فکر؛ تأکید دوباره بر اصل پذیرش در شناخت احساسات و افکار؛ تأکید بر شناخت احساسات و افکار با نگاهی دیگر؛ تکالیف؛ رویدادهای زندگی (آزار-دهنده) را به نوعی دیگر نگاه کنیم.
پنجم	بررسی تکالیف؛ معرفی مفهوم گسلش از افکار و احساست ناکارآمد، آموزش و ایجاد شناخت در خصوص تفاوت بین پذیرش و تسلیم و آگاهی به این موضوع که آنچه نمی‌توانیم تغییر دهیم را بپذیریم؛ شناخت موضوع قضاوت و تشویق اعضا به اینکه احساسات خود را قضاوت نکنند؛ ارائه این تکنیک که با ذهن آگاه بودن در هر لحظه از وجود احساسات خود آگاهی یابند، فقط شاهد آن باشند ولی قضاوت نکنند؛ ارائه تکلیف خانگی ذهن آگاهی همراه با پذیرش بدون قضاوت.
ششم	ارائه بازخورد؛ نظرسنجی کوتاه از فرآیند آموزش؛ درخواست از اعضای گروه جهت برون‌ریزی احساسات و هیجانات خود در خصوص تکالیف جلسه قبل؛ معرفی تمایز خود مفهوم‌سازی شده در مقابل خود مشاهده‌گر، تمرین تخته شطرنج، تمرین خود مشاهده‌گر، تمرین شناسایی هدف‌های رفتاری ساده که نیازمند گسلش و تمایل هستند.؛ ارائه تکلیف خانگی.
هفتم	چگونگی مدیریت استرس و مقابله؛ چگونگی رفتار با افکار و احساسات در رابطه با صرع، نشان دادن اهمیت ارزش‌ها و تفهیم به مراجع که چگونه ارزش‌ها تمایل/ارزش‌ها را ارزشمند جلوه می‌دهند، تمرین ارزش به عنوان رفتار در مقابل ارزش به عنوان احساسات؛ تمرین جوراب، تمرین انتخاب ارزش‌ها؛ انتخاب در برابر قضاوت‌ها و تصمیم‌ها، تمرین مراسم دفن و تمرین سنگ قبر، تمرین شناسایی رفتار مبتنی بر ارزش‌ها، ارائه تکلیف خانگی.
هشتم	آموزش و ارائه اصل تعهد و لزوم آن در روند آموزش و درمان، (آموزش تعهد به عمل یعنی بعد از انتخاب مسیر ارزشمند و درست در خصوص رسیدن به آرامش یا قبول هر رویدادی در زندگی، به آن عمل کنیم و خود را نسبت به انجام آن متعهد سازیم)؛ ارائه تکنیک توجه انتخابی برای آرامش بیشتر در خصوص هجوم افکار خودآیند منفی، تمرین مجدد ذهن آگاهی
نهم	ارائه بازخورد و جستجوی مسائل حل نشده در اعضای گروه؛ شناسایی طرح‌های رفتاری در خصوص امور پذیرفته شده و ایجاد تعهد برای عمل به آن‌ها؛ ایجاد توانایی انتخاب عمل در بین گزینه‌های مختلف، به گونه‌ای که مناسب‌تر باشند نه عملی‌تر
دهم	بررسی داستان زندگی و عمل متعهدانه. آموزش به درمان‌جو که خود یک درمانگر باشد، برای به حداکثر رساندن این احتمال که درمان جو مهارت‌های آموخته در درمان را پس از اتمام درمان به کار ببرد.

یافته‌ها

نتایج توصیفی پژوهش نشان داد که تعداد ۱۱ نفر از پاسخ‌دهندگان در بازه سنی زیر ۳۰ سال قرار داشتند. تعداد ۲۹ نفر از افراد پاسخ‌دهنده ۴۱ تا ۵۰ سال سن داشتند. بیشترین فراوانی مربوط به بازه سنی ۴۱ تا ۵۰ سال بود که با ۲۹ نفر، ۶۰ درصد حجم نمونه را تشکیل دادند. تنها تعداد ۷ نفر (۱۶/۷ درصد) از افراد دارای مدرک کاردانی بودند. تعداد ۱۱ نفر از پاسخ‌دهندگان نیز دارای تحصیلات کارشناسی بودند. بیشترین فراوانی مربوط به افراد دارای مدرک تحصیلی دیپلم (۲۲ نفر (۳۳/۳ درصد) بود. از میان شرکت‌کنندگان، تعداد ۳۲ نفر (۷۰ درصد) متأهل بودند. همچنین، تعداد ۲۲ نفر (۵۷ درصد) از شرکت‌کنندگان، شغل آزاد داشتند.

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-19]

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار متغیرهای تحقیق

		پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
متغیر	گروه	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
درونی مثبت	کنترل	۳/۵۲	۱/۳۸	۳/۵۷	۱/۷۳
	آزمایش	۳/۵۸	۱/۱۷	۴/۵۴	۱/۳۱
پایدار مثبت	کنترل	۴/۱۴	۱/۱۵	۴/۴۴	۰/۸۸
	آزمایش	۴/۴۷	۰/۹۷	۵/۸۷	۰/۸۵
کلی مثبت	کنترل	۳/۷۸	۱/۱	۴/۱۱	۱/۶۵
	آزمایش	۳/۳۸	۰/۹۶	۳/۷۹	۱/۴
درونی منفی	کنترل	۳/۰۵	۰/۸۵	۳/۳۴	۱/۱۴
	آزمایش	۳/۱۹	۱/۰۹	۲/۴۸	۱/۲۱
پایدار منفی	کنترل	۴/۰۹	۱/۱۳	۳/۸۳	۰/۸۱
	آزمایش	۴/۲	۱/۰۵	۴/۱۱	۱/۰۷
کلی منفی	کنترل	۴/۱۴	۱/۵	۳/۵۷	۰/۹۲
	آزمایش	۳/۵۷	۱/۲۶	۲/۷۲	۱/۰۸
بیرونی مثبت	کنترل	۶/۰۶	۰/۷۹	۵/۸۶	۰/۹۱
	آزمایش	۷/۱۰	۰/۵۶	۱/۹۰	۰/۵۶
ناپایدار مثبت	کنترل	۶/۷۸	۰/۸۶	۶/۵۴	۱/۰۱
	آزمایش	۶/۶۶	۰/۵۲	۲/۰۹	۰/۷۹
جزئی مثبت	کنترل	۶/۹۳	۰/۷۹	۶/۸۶	۱/۵۹
	آزمایش	۶/۸۰	۰/۶۳	۱/۶۰	۰/۶۹
بیرونی منفی	کنترل	۲	۰/۶۵	۱/۷۳	۰/۷۰
	آزمایش	۲/۱۰	۰/۵۶	۶/۶۰	۰/۵۱
ناپایدار منفی	کنترل	۲/۷۳	۱/۲۷	۲/۶۰	۱/۰۹
	آزمایش	۲/۱۰	۰/۵۶	۶	۰/۶۶
جزئی منفی	کنترل	۶/۲۶	۰/۷۰	۶/۰۶	۰/۸۸
	آزمایش	۶/۵۰	۰/۸۴	۲/۹۰	۰/۸۷

نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد نمرات در گروه آزمایش در پس آزمون نسبت به پیش آزمون به طور برجسته‌ای تغییر کرده است، در حالی که میانگین‌های گروه کنترل در دو مرحله تغییر چندانی ندارند.

جدول ۲: آزمون F لوین برای همگنی واریانس متغیرها

	آماره لوین	df1	df2	سطح معناداری
درونی مثبت	۲/۴۱	۱	۳۸	۰/۱۲۸
پایدار مثبت	۰/۶۸	۱	۳۸	۰/۴۱۲
کلی مثبت	۰/۹۳	۱	۳۸	۰/۳۴
درونی منفی	۰/۵۴	۱	۳۸	۰/۴۶
پایدار منفی	۰/۲۱	۱	۳۸	۰/۲۷۷
کلی منفی	۲/۶۳	۱	۳۸	۰/۱۱۳

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-19]

بیرونی مثبت	۰/۱۹	۱	۳۸	۰/۲۰
ناپایدار مثبت	۰/۱۶	۱	۳۸	۰/۲۰
جزئی مثبت	۰/۲۰	۱	۳۸	۰/۲۰
بیرونی منفی	۰/۱۸	۱	۳۸	۰/۲۰
ناپایدار منفی	۰/۱۶	۱	۳۸	۰/۲۰
جزئی منفی	۰/۱۹	۱	۳۸	۰/۲۰

برای بررسی همگنی واریانس‌های دو گروه از نظر متغیرهای وابسته، از آزمون لوین استفاده شد. با توجه به اینکه سطوح معناداری در آزمون فوق بزرگتر از ۰/۰۵ بود، شرط همگنی واریانس‌ها برقرار است (P>۰/۰۵). بنابراین، آزمون تحلیل کواریانس مورد استفاده قرار گرفت.

جدول ۳: نتایج آزمون‌های چند متغیری

	اثر	مقدار	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	معناداری
گروه	پیلایی	۰/۵۵	۵/۵۴	۶	۲۷	۰/۰۰۱
	لامبدای ویلکز	۰/۴۴	۵/۵۴	۶	۲۷	۰/۰۰۱
	اثر هتلینگ	۱/۲۳	۵/۵۴	۶	۲۷	۰/۰۰۱
	بزرگترین ریشه رویز	۱/۲۳	۵/۵۴	۶	۲۷	۰/۰۰۱

*در مورد اثر گروه، مقادیر F گروه در هر چهار آزمون در سطح خطای کوچک تر از ۰/۰۵ معنادار بود. بنابراین، می‌توان گفت که درمان پذیرش و تعهد، بر حداقل یکی از سبک‌های اسنادی تأثیر معنادار داشته است.

جدول ٤: تحلیل کوواریانس چندمتغیره نمره‌های پس آزمون سبک های اسنادی با درمان پذیرش و تعهد

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا
درونی مثبت	۰/۰۱	۱	۰/۰۱	۰/۰۱	۰/۹۹۹	۰/۰۰۱
پایدار مثبت	۱۹/۱۵	۱	۱۹/۱۵	۲۴/۸۷	۰/۰۰۱	۰/۴۳۷
کلی مثبت	۳/۰۶	۱	۳/۰۶	۱/۲۸	۰/۲۶۶	۰/۰۳۹
درونی منفی	۷/۱۹	۱	۷/۱۹	۴/۸۱	۰/۰۳۶	۰/۱۳۱
پایدار منفی	۰/۲۶	۱	۰/۲۶	۰/۳۲	۰/۵۷۲	۰/۰۱
کلی منفی	۳/۷۸	۱	۳/۷۸	۳/۵۹	۰/۰۶۷	۰/۱۰۱
بیرونی مثبت	۳۱/۵۴	۱	۱/۵۴	۸۰/۶۳	۰/۰۰۱	۰/۹۰
ناپایدار مثبت	۲۱/۷۵	۱	۲۱/۷۵	۱۱۸/۹۵	۰/۰۰۱	۰/۹۳
جزئی مثبت	۵۷/۵۱	۱	۵۷/۵۱	۶۸/۳۴	۰/۰۰۱	۰/۸۸
بیرونی منفی	۲۵/۶۸	۱	۲۵/۶۸	۲۴۶/۳۷	۰/۰۰۱	۰/۹۶
ناپایدار منفی	۳۶/۵۶	۱	۳۶/۵۶	۱۰۲/۳۹	۰/۰۰۱	۰/۹۱
جزئی منفی	۴۴/۵۶	۱	۴۴/۵۶	۱۰۰/۸۶	۰/۰۰۱	۰/۹۱

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-19]

با توجه به جدول فوق، سطوح معناداری مربوط به گروه (درمان پذیرش و تعهد)، در مورد سبک اسنادی پایدار مثبت و درونی منفی، کمتر از ۰/۰۵ بود. بنابراین، آزمون فوق با اطمینان ۹۵ درصد معنادار بود و می‌توان پذیرفت که آموزش درمان پذیرش و تعهد بر سبک اسنادی پایدار مثبت و درونی منفی بیماران میتلا به صرع تأثیر دارد. با ملاحظه میانگین‌ها مشخص شد که مقدار سبک اسنادی پایدار مثبت پس از آموزش درمان پذیرش و تعهد افزایش یافته است و مقدار سبک اسنادی درونی منفی، پس از آموزش درمان پذیرش و تعهد کاهش یافته است. مقادیر مجذور اتا نشان می‌دهد که ۴۳ درصد واریانس سبک اسنادی پایدار مثبت و ۱۳ درصد واریانس سبک اسنادی درونی منفی، از طریق آموزش درمان پذیرش و تعهد تبیین می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های آماری نشان داده‌اند که آموزش درمان پذیرش و تعهد، بر سبک اسنادی پایدار مثبت و درونی منفی بیماران مبتلا به صرع، تأثیر دارد. با ملاحظه میانگین‌ها، در می‌یابیم مقدار سبک اسنادی پایدار مثبت پس از آموزش درمان پذیرش و تعهد، افزایش یافته است و مقدار سبک اسنادی درونی منفی، پس از آموزش درمان پذیرش و تعهد کاهش یافته است. نتایج تحقیق حاضر، با یافته‌های ابراهیم‌پور و همکاران (۱۷)، وحیدی مطلق و همکاران (۳)؛ قدم‌پور و همکاران (۱۸)، محمدپور و همکاران (۸)، میشلز (Michels) و همکاران (۲۲)؛ لتم (Lethem) و همکاران (۲۳) همخوانی دارد.

در تبیین نتایج به طور کلی، با توجه به پیشینه پژوهش های انجام شده بر متغیرهای دیگر، می‌توان گفت که بیمارانی که تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفتند، با استفاده از تکنیک‌هایی چون توجه به زمان حال، پذیرش و ناهم‌جوشی شناختی، بهزیستی روان‌شناختی، و کیفیت زندگی آنان افزایش داشته و افسردگی در بیماران مبتلا به صرع کاهش یافته است. بنابراین، کاهش سبک اسنادی درونی منفی و افزایش سبک اسنادی پایدار مثبت از پیامدهای آن بوده است.

همچنین ادراک و برداشت شخص از موقعیتی که در آن قرار دارد تأثیر قابل توجهی بر سبک‌های اسنادی او دارد. یکی از واکنش‌های بیماران مبتلا به صرع، احساس ناکامی و محرومیت است که زمانی شدت می‌یابد که فرد احساس می‌کند بیماری صرع ، تعادل روانی و اقتصادی او و خانواده را به خطر انداخته و ممکن است برای سایر افراد خانواده مضر باشد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، به درمان‌جویان برای دستیابی به زندگی پرنشاط، هدفمند، و بامعنا کمک می‌کند و هدف اصلی آن، تقویت انعطاف‌پذیری روان شناختی یعنی توانایی تماس با لحظه لحظه‌های زندگی و تغییر یا تثبیت رفتار است. رفتاری که به مقتضای موقعیت، همسو با ارزش‌های فرد است. به بیانی دیگر، به افراد یاری می‌رساند تا حتی با وجود افکار، هیجانات، و احساسات ناخوشایند، زندگی پاداش بخش‌تری داشته باشند. در نتیجه، با تغییر نگرش افراد و ایجاد دید مثبت در آنها، رضایت زندگی بیشتری برایشان به ارمغان می‌آورد و در نتیجه، سبک‌های اسنادی مثبت، تقویت و سبک‌های اسنادی منفی، کاهش می‌یابد (۱۷). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، با تغییر سبک اسناد، حس مبارزه برای تغییر شرایط بیرونی و درونی را به وجود می‌آورد یعنی منجر به ایجاد اراده و روحیه‌ای قوی و آسیب ناپذیر در برابر مصائب بیماری می‌شود. می‌توان گفت این درمان با انعطاف پذیری بیمار، سبب ایجاد این ادراک می‌شود که او احساس دستیابی به کنترل موقعیت دارد و لذا باعث می‌شود مردان مبتلا به صرع در موقعیت ناخوشایند بیماری، اسنادهای درونی پایدار و کلی خود را کاهش دهند (۲۴). همچنین، می‌توان

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-19]

گفت بر اساس مدل ترس- اجتناب لتم (Lethem) و همکاران (۲۳)، ترس از درد، احتمال ایجاد خطاهای شناختی یا ارزیابی‌های منفی از درد را افزایش داده و باعث می‌شود فرد از فعالیت هایی که تصور می‌کند درد را گسترش می‌دهند، اجتناب کند. به باور نظریه پردازان، درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش این اجتناب تجربی، عامل مهمی در ایجاد و حفظ آسیب‌های روانی از جمله اضطراب است. اجتناب تجربی به معنای ارزیابی منفی اغراق آمیز از تجارب درونی و عدم تمایل به تجربه آنهاست که به تلاش برای کنترل یا فرار از آنها منجر می‌شود و می‌تواند در عملکرد شخص مداخله کند. بر همین اساس، هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، کاهش اجتناب تجربی و افزایش انعطاف پذیری روانشناختی از طریق پذیرش احساسات ناخوشایند غیر قابل اجتناب و پریشان کننده مانند اضطراب، پرورش ذهن آگاهی، و مشخص کردن ارزش‌های شخصی مرتبط با هدف رفتاری است (۲۵). در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمانجویان آموختند که بتوانند افکارشان را تنها به صورت افکار محض در نظر بگیرند و آنها را از نوع رویدادهای ذهنی قابل آزمون ببینند و قادر شوند وقوع رویدادهای ذهنی منفی را از پاسخ‌هایی که آنها معمولاً بر می‌انگیزانند، جدا کنند و در نهایت معنای آها را تغییر دهند. در جلسات، به شرکت کنندگان آموزش داده شد تا نسبت به تغییر خلق آگاه‌تر باشند و شیوه‌هایی جدید را برای مدیریت چنین شرایطی بیاموزند (۲۶). پایدار بودن باورهای علّی، سبب مزمن شدن درماندگی پس از حوادث ناگوار می‌شود. اگر حادثه‌ای ناگوار به علتی پایدار نسبت داده شود، واکنش‌های درماندگی متعاقب آن، گرایش به تداوم دارد؛ اما اگر حادثه مذکور با یک عامل گذرا توضیح داده شود، واکنش‌های درماندگی نیز کوتاه مدت خواهند بود. از طرفی نیز، چنانچه حوادث خوب به عواملی پایدار نسبت داده شود، درماندگی کاهش می‌یابد. بنابراین، پس از آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، شرکت‌کنندگان آموختند که با ایجاد انعطاف‌پذیری روان شناختی، از طریق تضعیف اثرات اغراق‌آمیز شناخت‌ها، حوادث منفی زندگی را به صورت کوتاه مدت و گذرا در نظر بگیرند و اثرات منفی آن را ناپایدار بدانند (۳). تمرین‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، با افزایش آگاهی افراد نسبت به جزئی بودن حوادث ناخوشایند در موقعیت‌های متعدد، نارسایی‌ها و مشکلات بعدی را محدود نموده است (۸).

یافته‌های هر پژوهش، با توجه به محدودیت‌های آن قابل بهره‌برداری است. از محدودیت‌های پژوهش حاضر، تمرکز بر مردان مبتلا به صرع بود. از این رو، نتایج آن قابل تعمیم به زنان نیست. همچنین، دوره پیگیری وجود نداشت. با توجه به نتایج تحقیق، پیشنهاد می‌شود درمان پذیرش و تعهد در مراکز مشاوره، بیمارستان‌ها، و مراکز بهداشتی، برای بیماران مبتلا به صرع، مورد استفاده قرار گیرد.

ملاحظات اخلاقی

این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی‌ارشد روانشناسی با کد ۲۵/۱/۲۶۳۷ است. در این پژوهش، سایر ملاحظات اخلاقی مانند رضایت کامل افراد نمونه، رعایت اصل رازداری و محرمانه ماندن اطلاعات نیز در نظر گرفته شده است.

تشکر و قدردانی

با تشکر از کلیه افرادی که در به انجام رسیدن این پژوهش، همکاری نمودند.

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-19]

Reference

1. Thijs RD, Surges R, O'Brien TJ, Sander JW. Epilepsy in adults. The Lancet. 2019 Feb 16;393(10172):689-701.
2. WHO. WHO Director-General's Identification of patients with epilepsy. Available in: https://wwwwhoint/dg/speeches/detail/who-director-general-sopeni remarks-at-the-media-briefing-11-march-2015; 2015.
3. Vahidi Motlagh L, Makvand Hosseini S, Najafi M, Zamani Ghaleh Taki G. Effectiveness of acceptance and commitment group therapy on improving the quality of life and its components of drug refractory epileptic patients. Koomesh. 2020;22(3):419-27. [In Persian].
4. khftan P, Gholami Jam F. Comparison of self – efficacy between single and married people with epilepsy (emphasizing the family role to improve health). Rooyesh. 2018;6(4):29-44. [In Persian].
5. Sung, C., Muller, V. R., Ditchman, N., Phillips, B., Chan, F. Positive coping, self-efficacy, and self-esteem as mediators between Seizure severity and life satisfaction in epilepsy. Rehabil Res Policy Educ.2013;27:155-70.
6. Shahi M, Tajikzadeh F. The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on central self-assessment, psychological well-being and hope in patients with epilepsy. Clinical Psychology and Personality. 2020;15(2):37-50. [In Persian].
7. Stevelink, S. A., Coleman, S. J. M., Hatch, S. L., Denny J. A. & Greenberg. N. 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. Psychol Med.2017; 47(11):1880-92.
8. Mohammadpour M, Rafieinia P, Sabahi P, Najafi M. Comparison of the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) and acceptance and commitment-based therapy (ACT) on improving quality of life components in patients with focal epilepsy. Journal of New Psychological Research. 2020;15(57):1-8. [Persian].
9. Ryckman RM. Theories of personality. Cengage Learning; 2012 Mar 13.
10. Yazıcı S, Güven S. Development and validation of a citizenship attributional style questionnaire. The Social Science Journal. 2017;54(4):403-10.
11. Kharamin SA. The effectiveness of treatment based on acceptance of and commitment to mental health and experiential avoidance in PTSD patients. Zanko Journal of Medical Sciences. 2020 Dec 10;21(70):21-31. [In Persian].
12. Harris R. Embracing the Demons of the mind: An introduction to acceptance and commitment therapy. Tehran: Arjmand. 2013.
13. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. Acceptance and commitment therapy. Washington, DC: American Psychological Association; 2009.
14. Hayes SC, Strosahl KD. A practical guide to acceptance and commitment therapy. Springer Science+ Business Media; 2005.
15. Flexman, Black and Band. Acceptance and adherence therapy based on the cognitive behavioral therapy accelerator set. Tehran: Arjmand. 2015.
16. Roshnunia S, Rezaei F, Ghadampour E. The effectiveness of commitment and acceptance therapy on seizures and self-management of refractory epilepsy patients. Clinical Psychology and Personality.2018; 16 (2): 29-39. [In Persian].
17. Ebrahimpour GH, Mirzaeian B, Hassanzadeh R. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on psychological well-being, quality of life and depression in patients with epilepsy. Research Journal of Yazd Shahid Sadoughi University of Medical Sciences. 2018; 27 (2), 1279-1272. [In Persian].
18. Gadmpour E, Heidariani L, Radmehr F. The effectiveness of treatment based on acceptance and commitment on the dimensions of perturbation tolerance in patients with epilepsy with quarterly follow-up. Psychological Studies.2020; 16 (1):1-10. [In Persian]
19. Edwards, A. L. (1954). Statistical methods for the behavioral sciences. Rinehart.
20. Peterson C, Semmel A, Von Baeyer C, Abramson LY, Metalsky GI, Seligman ME. The attributional style questionnaire. Cognit Ther Res. 1982;6(3):287-99.
21. shahri Babaki E. H. Evaluation of the relationship between explanation style and depression in unipolar and bipolar depressed patients and its comparison with normal individuals (Doctoral dissertation, Master Thesis in Clinical Psychology, Tehran Institute of Psychiatry). 2017.

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-19]

22. Michaelis R, Tang V, Goldstein LH, Reuber M, LaFrance Jr WC, Lundgren T, et al. Psychological treatments for adults and children with epilepsy: Evidence-based recommendations by the international league against epilepsy psychology task force. Epilepsia. 2018;59(7):1282-302.
23. Lethem J, Slade PD, Troup JD, Bentley G. Outline of a fear-avoidance model of exaggerated pain perception—I. Behav Res Ther. 1983;21(4):401-8.
24. Askari E, Tajeri B, Bermas H. Determining the effectiveness of acceptance and commitment (ACT) therapy on Interdependence, loneliness Feeling and attribution style of the wives of addicts. Iranian Journal of Educational Sociology. 2017;1(2):146-56. [In Persian]
25. Mendez MF, Cummings JL, Benson DF. Depression in epilepsy: Significance and phenomenology. Arch Neurol. 1986;43(8):766-70.
26. Sebouhi R, Fatehizadeh M, Ahmadi A, Etemadi A. The effect of counseling based on acceptance and commitment (ACT) approach on the amount of communication documents and marital satisfaction of women. Knowledge and Research in Applied Psychology. 2017;18(1):12-22. [In Persian]

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-19]

Original paper

Evaluation of the effectiveness of acceptance and commitment based therapy on attributional styles in patients with epilepsy

Seyed Mojtaba Aghili[*1], **Sahar Chizari**[2]
1- Assistant Professor of Psychology, Payame Noor University, Golestan, Iran.
2- Master of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran.
Corresponding Author: Tel: +989015091346 Email: dr_aghili1398@yahoo.com

Abstract

Background and Aim: Epilepsy is one of the most well-known and common disorders of the nervous system. The aim of this study was to evaluate the effectiveness of acceptance and commitment based therapy on attributional styles in epileptic patients.

Materials & Methods: The present study was a quasi-experimental pretest and posttest with a control group. The study population included all patients with epilepsy in Tehran who had a medical record in the Tehran Epilepsy Association. Available sampling was used to select individuals. Finally, 40 people were selected based on entry and exit criteria, which were randomly divided into two groups of intervention (20 people) and control group (20 people). The selection of research samples began in May 2019 and lasted for 10 weeks. Data were collected using a documentary style questionnaire (DSQ) and analyzed by SPSS software version 22 using descriptive statistics and analysis of variance.

Results: Statistical findings showed that the mean of positive attribution styles in the experimental group before the intervention was 0.97±4.47, and after the intervention was 0.85±5.87 and in the negative attribution styles in the experimental group before The intervention was 1.26±3.57, and after the intervention was 1.08 ±2.72, which was statistically significant between the documentary styles ($p < 0.001$).

Conclusion: Acceptance and commitment-based therapy in patients with epilepsy reduces the negative internal attribution style and increases the positive positive attribution style.

Keywords: Acceptance and commitment based therapy, Epilepsy, Iran

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-19]