مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد
دوره ۱۹، شماره ۳، مرداد و شهریور ۱۳۹۰
صفحه: ۳۸۷-۳۷۷

Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences
Vol. 19, No. 3, Jul-Aug 2011
Pages: 377-387

اثربخشی درمان شناختی– رفتاری بر نگرش های ناکارآمد در بیماران مبتلا به صرع

مریم صالح زاده*[۱]، محمدرضا نجفی[۲]، امراله ابراهیمی[۳]

۱-: دانشجوی دکتری گروه روانشناسی، دانشگاه اصفهان
۲- دانشیار گروه مغز و اعصاب، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
۳- دکتری روانشناسی، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

تاریخ دریافت: ۱۳۸۹/۶/۱۴ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۰/۲/۱۶

چکیده

مقدمه: صرع یک بیماری مغزی است که با پیامدهای نوروبیولوژیک، شناختی، روانشناختی و اجتماعی بسیاری برای مبتلایان همراه است. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری در اصلاح نگرش‌های ناکارآمد بیماران مبتلا به صرع صورت گرفت.

روش بررسی: ۲۰ نفر بیمار مبتلا به صرع به تصادف در دو گروه آزمایش(۱۰ نفر) و گواه (۱۰نفر) قرار گرفتند. درمان شناختی رفتاری طی ۸ جلسه هفتگی با تاکید بر بازسازی شناختی، اصلاح تحریفات شناختی و آموزش تکنیک‌های رفتاری برای گروه آزمایش به کار گرفته شد. مقیاس نگرش‌های ناکارآمد به عنوان پیش آزمون، پس آزمون و در مرحله پیگیری برای هر دو گروه به کار برده شد سپس داده‌ها با روش تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج: تحلیل‌ها نشان داد که میانگین نمرات مقیاس نگرش‌های ناکارآمد در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل در مرحله پس آزمون و پیگیری کاهش معناداری داشته است($P<۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: درمان شناختی رفتاری در اصلاح نگرش‌های ناکارآمد بیماران مبتلا به صرع دارای کارایی قابل ملاحظه‌ای می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: صرع، نگرش های ناکارآمد، گروه درمانی شناختی، رفتاری

* (نویسنده مسئول)؛تلفن: ۰۹۱۳۲۵۴۴۷۱۶، پست الکترونیکی: msalehzade@mehr.ui.ac.ir

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-28]

مقدمه

صرع یکی از فراوانترین اختلالات نورولوژیک با میزان شیوع تقریبی ۳ تا ۵ درصد در جهان است(۱). اصطلاح صرع(Epilepsy)، از یک واژه یونانی به معنای«تسخیر شده توسط نیروی بیرونی» گرفته شده و تاریخچه آن، در برگیرنده ۴۰۰۰ سال غفلت، موهوم پرستی و برچسب‌های ننگ‌آمیز است که با صد سال دانش، برچسب‌های اجتماعی و تبعیض برای بیماران دنبال شده است. تخلیه پیش‌بینی ناپذیر یاخته‌های مغز، در بسیاری از موارد، جلوه بالینی بسیار ناخوشایندی را در بیمار پدید می‌آورد که اغلب زمینه‌ساز برداشت‌های عامیانه و تفکرات بسیار غلط در زمینه علل زمینه ساز این بیماری بوده و بیمار را در معرض ناراحت کننده‌ترین برچسب‌های(Stigma) اجتماعی قرار داده است. مطالعات متعدد نشان می‌دهد که بیماران مبتلا به صرع، نیمرخ روانی خاصی داشته و بافت روانشناختی و هیجانی خاصی را تجربه می‌کنند. پژوهش‌ها بیانگر آن است که صرع به میزان ۱۱/۶ درصد با مشکلات روانی، ۵۶/۶ درصد با احساس شرم، ترس، نگرانی و اعتماد به نفس پایین و ۲۶/۶ درصد با احساس برچسب خوردن در اجتماع ارتباط دارد(۲) و یکی از مسائل روانشناختی بسیار مهم در مبتلایان به صرع، زمینه بالقوه برای خودکشی است(۱). علی‌رغم توجه روزافزون علم پزشکی به جنبه های عصب شناختی این بیماری، نیمرخ روانی بیماری صرع اغلب نادیده گرفته شده است، بخشی که کیفیت زندگی و رضایت از زندگی این بیماران را قویاً تحت تأثیر قرار می‌دهد. بیماران مبتلا به صرع، به دلیل داشتن ادراک از خود(Self- perception) منفی، تمایل زیادی به نسبت دادن شکست‌ها به ناکارآمدی خود دارند، شکست‌هایی که بعضاً ناشی از تبعات دارا بودن یک بیماری نورولوژیک است و این حس ناکارآمدی و درماندگی را به سایر تجارب خود نیز منتقل نموده و عملاً بسیاری از فرصت‌های عملکرد موثر را از خود می‌گیرند و به جای حل صحیح مساله به انزوا و درماندگی روی می‌آورند. ادراک از خود، در میزانی که فرد مسئولیت حل مشکلات خویش را بر عهده می‌گیرد موثر است(۳). صرع، باورها و نگرش‌های زیربنایی ناکارآمدی ایجاد می‌کند که مهارت‌های سازگاری و توانایی مقابله با مشکلات خاص یک بیماری مزمن را تحت تاثیر قرار می‌دهد. بیمار صرعی باورها و نگرش‌هایی در مورد خود شکل می‌دهد که از عقاید یک فرد عادی متفاوت است و این نگرش‌ها به وسیله تجارب منفی مربوط به ابتلا به صرع تقویت شده و منجر به سطوح بالای افسردگی و اضطراب مزمن می‌شود(۳). این که بیماران صرعی در مورد، بیماری و تجارب معمول زندگی شان چه نگرش و بینشی دارند بر بهزیستی روانی و سازگاری با بیماری و همکاری‌های درمانی این بیماران تاثیر زیادی دارد. تحقیقات مربوط به صرع، غالباً در زمینه شیوع اختلالات روانپزشکی در این بیماران(۶-۴)، تاثیر همایندی افسردگی با صرع بر کیفیت زندگی بیماران(۹-۷) و تاثیر ویژگی‌های بالینی حملات، پیامدهای جراحی یا تاثیرات درمان دارویی بر کیفیت زندگی این بیماران متمرکز بوده است(۱۰). ادبیات پژوهشی گسترده‌ای در زمینه مشکلات روانپزشکی، روانی اجتماعی و رفتاری این بیماران وجود دارد اما پژوهش‌هایی که ارزیابی کننده مداخلات روانشناختی برای این بیماران باشند نادر است(۱۴-۱۱). نظریات روانشناختی در زمینه سبب شناسی افسردگی، باورهای زیربنایی ناکارآمد را از جمله فاکتورهایی می‌دانند که فرد را نسبت به افسردگی آسیب‌پذیر می‌سازد و مطابق با شواهد پژوهشی، افسردگی شایع‌ترین اختلال روانی همایند با صرع است(۱۵). پژوهش حاضر با هدف مشخص کردن کارایی درمان شناختی رفتاری در اصلاح نگرش‌های ناکارامد 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 افسردگی در مبتلایان به صرع استفاده نمود. این پژوهش، ضمن اینکه برای اولین بار در کشور صورت گرفته است دارای این نوآوری می‌باشد که از فهرست "نگرش های ناکارآمد بیماران مبتلا به صرع" که از طریق مصاحبه با ۶۰ بیمار مبتلا به صرع در مراکز درمانی شهر اصفهان تهیه گردیده است در طراحی برنامه درمانی شناختی رفتاری استفاده نموده است.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-28]

روش بررسی

جامعه آماری پژوهش حاضر را، کلیه بیماران مبتلا به صرع مقاوم به داروی ساکن اصفهان، مراجعه کننده تشکیل می‌دهند که در بهار ۱۳۸۷ به مراکز درمانی این شهر مراجعه نموده‌اند. نمونه‌گیری تصادفی و چند مرکزی از میان بیماران معرفی شده توسط ۶ متخصص مغز و اعصاب صورت گرفت. مطالعه طی دو مرحله و به صورت سه سوسازی(triangulation) انجام گردید. مرحله اول مطالعه کیفی: در قالب یک مطالعه پدیدارشناختی و با روش مصاحبه باز، نگرش‌های ناکارآمد ۶۰ بیمار مبتلا به صرع در زمینه های مختلف مرتبط با بیماری بیرون کشیده شد و در مرحله بعد آماج مداخلات قرار گرفت(جدول۵، مجموعه نگرش‌های ناکارآمد مربوط به بیماری صرع). با توجه به این که به دلیل ماهیت روان‌درمانی‌های گروهی، استفاده از نمونه با حجم بالا در گروه‌ها مقدور نیست لذا محقق در ابتدا با در نظر گرفتن شرایط عملی، حداکثر حجم نمونه ممکن را به عنوان نمونه مقدماتی یا اصلی انتخاب می‌نماید و پس از جمع‌آوری داده‌ها، بر اساس نتایج تحلیل(سطح معناداری، اندازه اثر و توان آماری) می‌توان درباره کفایت حجم نمونه قضاوت نمود(۱۶). از میان بیماران دارای معیارهای ورود به مطالعه، ۲۴ بیمار به صورت تصادفی انتخاب و به طور تصادفی در گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. به دلیل ریزش نمونه در گروه آزمایش(۲ نفر)، داده‌های مربوط به ۲ بیمار گروه گواه نیز به تصادف از تحلیل نهایی حذف گردید. معیارهای ورود شامل: جنسیت مونث، دامنه سنی ۲۰ تا ۴۰ سال، سطح تحصیلات سیکل به بالا و گذشتن حداقل یکسال از شروع حملات صرع. بیماران مبتلا به اختلالات روانپریشی، عقب‌ماندگی ذهنی و یا اختلالات نورولوژیک جدی (مانند استروک، تومرهای مغزی و ...) نیز از مطالعه حذف شدند. بیماران هر دو گروه آزمایش و گواه، تحت دارو درمانی(برای تشنجات) قرار داشتند. مرحله دوم مطالعه نیز به شیوه کارآزمایی بالینی طی ۸ جلسه انجام گردید که شیوه اجرایی آن در ادامه توضیح داده شده است.

ابزارهای جمع آوری اطلاعات:

یکی از ابزارهای جمع‌آوری اطلاعات پرسشنامه جمعیت شناختی بود که شامل ویژگی‌های جمعیت شناختی مانند سن، جنسیت، میزان تحصیلات، وضعیت تاهل، طول مدت ابتلا به صرع می‌شد.

ابزار دیگر مقیاس نگرش‌های ناکارآمد Dysfunctional Attitude (DAS:Scale) مقیاس نگرش‌های ناکارآمد به منظور سنجش نگرش‌های زیر بنایی محتوای شناختی علایم افسردگی براساس نظریه بک ساخته شده است. این مقیاس دارای دو فرم موازی الف و ب است که هر کدام دارای ۴۰ عبارت می‌باشد. نمره‌گذاری به شیوه درجه‌بندی روی مقیاس ۷ درجه‌ای صورت می‌گیرد. تحقیقات در زمینه روایی و پایایی مقیاس نگرش‌های ناکارآمد در جمعیت عادی و بالینی نشان داد که آلفای کرونباخ ۸۵٪ و روایی‌سازه آن از طریق همبستگی آن با آزمون افسردگی بک ۴۷٪= r و با پرسشنامه افکار- خودآیند ۴۷٪=r است. کاویانی و همکاران به نقل از Ebrahimi، در ایران ضریب پایانی پس از ۶ هفته را ۹۰٪=r، روایی آن از طریق همبستگی نمرات DAS با نمرات افسردگی را معادل ۶۵٪ و آلفای کرونباخ آن را ۷۵٪ به دست آورده‌اند(۱۷).

روش اجرا:

پژوهش حاضر از جمله طرح‌های شبه تجربی با پیش آزمون، پس آزمون و گروه کنترل می‌باشد. ۱۲ نفر بیمار گروه آزمایش ضمن امضای برگه رضایتنامه کتبی، در یکی از کلاس‌های درس بیمارستان آیت ا... کاشانی شهر اصفهان طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای توسط ۲ نفر کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، تحت گروه درمانی شناختی رفتاری قرار گرفتند. در تهیه پروتکل درمانی، علاوه بر محتوای اختصاصی که در قالب مطالعه کیفی تدوین شد(نگرش‌های ناکارآمد ویژه صرع)، از اصول درمان شناختی رفتاری Hawton و همکاران(۱۸)، مدل شناختی Beck(۱۹) و مدل گروه درمانی شناختی رفتاری Ferry(۲۰) نیز استفاده گردید. تکنیک‌های رفتاری مانند آموزش تن آرامی، حل مساله، ابراز وجود و سبک ارتباطی مناسب، برنامه ریزی فعالیت در جلسات ادغام گردید. چهارچوب جلسات درمانی به طور مختصر به شرح زیر می‌باشد:

جلسات اول تا سوم: معارفه و اتحاد درمانی، تکمیل مقیاس

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-28]

نگرش‌های ناکارآمد توسط بیمارن به عنوان پیش آزمون. آشنایی کلی با صرع، معرفی، تعریف و تشریح افکار خودآیند و تاثیر آن بر خلق و احساس،آموزش فرمول‌بندی شناختی(ارتباط بین فکر، هیجان و رفتار): در این قسمت برای بیماران تشریح شد که چگونه افکار، هیجانات و رفتارهای مثبت و منفی متقابلاً یکدیگر را تشدید می کنند. بیماران با نگرش‌های ناکارآمد و افکار خودآیند منفی آشنا شدند و بدین منظور از چک لیست نگرش‌های خود بیماران که در مرحله مطالعه کیفی جمع آوری شده بود استفاده گردید. مهارت‌های ارتباطی و ابراز وجود مثبت به عنوان بهترین سبک ارتباطی آموزش داده شد و از تمرین رفتار و ایفای نقش برای تقویت و تحکیم یادگیری تکنیک های آموزشی استفاده گردید. به طوری که بیماران دو به دو به ایفای نقش در موقعیت‌های نمایشی(مشابه موقعیت های روزمره که واکنش های منفی منفعلانه یا پرخاشگرانه را در این بیماران بر می‌انگیزد) پرداخته و رفتار آن ها تحلیل و سبک ارتباطی مناسب آموزش داده می شد.

جلسات چهارم تا ششم: آموزش راهبردهای شناسایی افکار، روش‌های ارزیابی و اصلاح افکار ناکارآمد با استفاده از تکنیک‌های موجود مثل پرسشگری سقراطی، فلش رو به پایین، آموزش اصول برنامه‌ریزی فعالیت و تنظیم وقت و تشویق به از سرگیری فعالیت‌های راکد مانده و آموزش فنون آرمیدگی و اجرای گروهی آن.

جلسات هفتم و هشتم: آموزش مهارت حل مساله و کاربردهای آن در زندگی روزمره، جمع‌بندی کلی نکات ارائه شده طی جلسات درمان، تبیین احتمال عود نگرش‌های منفی و افکار ناکارآمد پس از خاتمه درمان و تکمیل مقیاس نگرش‌های ناکارآمد توسط بیماران به عنوان پس آزمون.

تکالیف خانگی در انتهای هر جلسه تعیین می‌شد(برای نمونه شناسایی و ثبت افکار ناکارآمد در زمان بروز هیجانات منفی(غمگینی، ناامیدی)، تمرین جانشین سازی افکار تحریف‌آمیز با باورهای مثبت و واقع گرایانه و ثبت در برگه‌های ویژه تکالیف خانگی، انجام تمرین‌های تن آرامی در فاصله جلسات و دادن بازخورد طی جلسات، شناسایی سبک اسنادی خود در رویدادهای روزمره و ثبت آنها در فاصله بین جلسات و بحث پیرامون آن در جلسات درمانی، شناسایی فرصت‌های بیمار برای فعالیت‌های کاری موفقیت‌آمیز به منظور بهبود خلق و برنامه‌ریزی برای مشارکت بیمار در این فعالیت‌ها در طول روز و دریافت بازخورد طی جلسات). بررسی تکالیف خانگی و رفع ابهامات مربوط به درمان در دستور کار هر جلسه قرار داشت. به منظور رعایت جنبه اخلاقی و مخصوصاً کنترل اثر پلاسیبویی درمان، بیماران گروه گواه نیز در جلسات گروهی مشاوره معمولی(بدون تکنیک) شرکت نمودند که البته به دلیل محدودیت فضا و امکانات تنها ۴ جلسه برای این گروه تشکیل گردید. پس از پایان مرحله ارزیابی در جلسه پیگیری، بروشورها و خلاصه آموزش مباحث و تکنیک‌ها که طی جلسات درمانی به گروه آزمایش ارائه شده بود به گروه گواه نیز داده شد. به منظور ارزیابی میزان پایداری تاثیرات درمانی در طول زمان(پیگیری)، مقیاس نگرش‌های ناکارآمد، یک ماه و نیم بعد از اتمام جلسات درمانی برای هر دو گروه آزمایش و گواه تکمیل گردید. با توجه به طرح تحقیق تجربی همراه با پیش آزمون و پس آزمون برای تحلیل داده‌ها، آزمون تحلیل کوواریانس با استفاده از نرم افزار SPSS به کار برده شد.

نتایج

میانگین و انحراف استاندارد سنی بیماران در گروه آزمایش۵/۲۵±۲۴ و در گروه گواه ۴/۲۳±۲۶ سال بود. دامنه سطح تحصیلی بیماران در هر دو گروه از سیکل تا لیسانس بود. تعداد بیماران مجرد و متاهل درگروه آزمایش به ترتیب ۶ و ۴ و در گروه گواه، تعداد افراد متاهل و مجرد برابر بود. تعداد افراد شاغل در گروه آزمایش ۲ و در گروه گواه سه نفر بودند. هیچ یک از متغیرهای جمعیت شناختی مورد مطالعه، با نمرات نگرش‌های ناکارامد همبستگی نشان نداد. بنابراین تنها تاثیر نمرات پیش آزمون بر نمرات پس آزمون نگرش‌های ناکارآمد کنترل گردید. پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات مقیاس نگرش‌های ناکارآمد با استفاده از آزمون شاپیرو-ویلک بررسی شد که مطابق با نتایج ارائه شده در جدول ۱، این پیش فرض در هر دو گروه تایید گردید. پیش فرض دیگر تحلیل کوواریانس

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-28]

تساوی واریانس‌های دو گروه است که با آزمون لوین بررسی شده که همان گونه که نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد این پیش فرض نیز تایید گردید.

جدول ۳، نتایج تحلیل کوواریانس تاثیر گروه درمانی شناختی رفتاری بر کاهش نگرش‌های ناکارآمد بیماران را در مرحله پس آزمون نشان می‌دهد. نتایج نشان می دهد که پس از کنترل تاثیر نمرات پیش آزمون، بین میانگین‌های تعدیل شده نمرات مقیاس نگرش‌های ناکارآمد دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد($p=۰/۰۰۱$) و اندازه اثر آن برابر با ۰/۵۸ است و لذا فرضیه پژوهش تایید می‌گردد. توان آماری ۰/۹۹۶ همراه با سطح معناداری مطلوب، بیانگر کفایت حجم نمونه و دقت بالای آزمون است. نتایج تحلیل داده‌ها در مرحله پیگیری(جدول ۴) نیز حاکی از پایداری نسبتاً خوب تاثیرات درمان طی یک ماه و نیم پس از اتمام درمان می‌باشد(میزان تاثیر ۰/۴۱). معناداری ۰/۰۲۵ و توان آماری ۰/۹۳ دقت بالای آزمون را نشان می‌دهد. جدول ۵، یافته‌های حاصل از مرحله اول پژوهش(مصاحبه کیفی با بیماران) را نشان می‌دهد. بنابر یافته‌های ارائه شده در این جدول می‌توان واکنش بیماران را در دو سبک مثبت و منفی در نظر گرفت که در واقع نحوه سازگاری آنان با بیماری صرع را نشان می‌دهد.

جدول ۱: نتایج آزمون شاپیروویلک در بررسی نرمال بودن توزیع نمرات نگرش های ناکارآمد دو گروه آزمایش و گواه

متغیر	شاخص ها گروه	آزمون شاپیروویلک		
		آماره	درجه آزادی	معنی داری
نگرش‌های ناکارآمد	آزمایش	۰/۸۴	۱۰	۰/۱۲
	گواه	۰/۸۷	۱۰	۰/۱۴

جدول ۲: نتایج آزمون لوین جهت بررسی تساوی واریانس های نمرات نگرش های ناکارآمد دو گروه آزمایش و گواه

متغیر	F	درجه آزادی صورت	درجه آزادی مخرج	معناداری
نگرش های ناکارآمد	۱/۳۷	۱	۱۸	۰/۲۵۶

جدول ۳: نتایج تحلیل کوواریانس تاثیر عضویت گروهی بر نگرش های ناکارآمد دو گروه آزمایش و گواه در مرحله پس آزمون

	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	میزان تاثیر	توان آماری
پیش آزمون	۱	۱۶۶۸/۹۶	۹۴/۲۵	۰/۰۰	۰/۸۴	۱/۰۰
عضویت گروهی	۱	۴۳/۰۹	۲۴/۳۳	۰/۰۰	۰/۵۸	۰/۹۹۶

جدول ۴: نتایج تحلیل کوواریانس تاثیر عضویت گروهی بر نگرش های ناکارآمد دو گروه آزمایش و گواه در مرحله پیگیری

	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	میزان تاثیر	توان آماری
پیش آزمون	۱	۱۴۴۵/۱۶	۸۷/۱۳	۰/۰۰	۰/۸۲	۱/۰۰
عضویت گروهی	۱	۳۵/۱۲	۱۹/۲	۰/۰۲۵	۰/۴۱	۰/۹۳

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-28]

جدول ۵ : سبک‌های انطباقی مثبت و منفی و خطاهای شناختی رایج در بیماران مبتلا به صرع(منبع: زمینه‌یابی پدیدارشناختی(کیفی) بیماران مبتلا به صرع مراجعه کننده به مراکز درمانی شهر اصفهان).

بیانات منفی و سازگاری ضعیف با بیماری	۱- انکار و عدم پذیرش بیماری ۲- حساسیت زیاد از حد نسبت به نگرش اجتماع و برچسب‌های احتمالی - باید موضوع بیماری را همیشه به عنوان راز نگه دارم تا اعتماد به نفس من حفظ شود. - دیگران با دیدن من در حین تشنج، مرا دیوانه خواهند دانست. - به خاطر ناتوانی‌های ناشی از بیماری، حتماً اطرافیان مرا بی مصرف و بی‌ارزش می‌دانند ۳- مقایسه دائمی خود با دیگران - چرا همه انسان‌ها نرمال اند اما من نمی توانم طبیعی باشم. - وقتی محدودیت‌هایم را می‌بینم احساس می کنم مثل فردی که هیچ تحصیلاتی ندارد بی مصرف هستم. ۴- مقایسه دائمی وضعیت فعلی خود با وضعیتی که فرد در صورت بیمار نبودن می‌توانست داشته باشد: - بیماری کنترل بر زندگی را به طور کامل از من گرفته است. - تمام شکست‌ها و کمبودهای زندگی من نتیجه بیماری‌ام است. - همیشه احساس می‌کنم در حق من بی‌عدالتی شده است. - هرگز نمی‌توانم مثل سابق باشم چون بیماری بعضی از چیزها را برای همیشه از من گرفته است. - در صورت بیمار نبودن پیشرفت‌های تحصیلی و مادی خیلی زیادی می‌توانستم داشته باشم.
نگرش‌های مثبت و سازگارانه در بعضی از بیماران	**پذیرش بیماری** - صرع چیزی است که تا آخر عمر با من است پس بهتر است زندگی با آن را یاد بگیرم. - باید به خاطر تمام چیزهای دیگری که دارم شکرگزار باشم. - من نسبت به جنبه‌های مثبت زندگی‌ام بینش دارم بنابراین نسبت به دیگران می‌توانم با لذت بیشتری زندگی کنم - مرا به خاطر آنچه هستم بپذیرید بیمار یا سالم فرقی نمی‌کند. - هنوز مسیرهای زیادی در زندگی من وجود دارد که بدون ارتباط با بیماری می‌توانم در آن مسیرها پیشرفت کنم.

دید بیمار در مورد تجربه ابتلا به صرع: ابتلا به بیماری صرع چه معنایی برای شما دارد؟

بر این اساس چهار نوع نگرش مشاهده شد:

۱- ابتلا به صرع به عنوان یک پدیده کاملاً منفی:	- هیچ چیز مثبتی در بیماری صرع پیدا نمی‌شود. - شادی و رضایت تنها با سلامتی کامل بدست می‌آید و بیماری صرع این واقعیت را در زندگی من از بین برده است. - این بیماری تمام زندگی مرا ذره ذره از بین خواهد برد. - صرع علت نرسیدن من به اهداف زندگی ام است.
۲- ابتلا به صرع به عنوان یک تجربه نه چندان بد:	✦ صرع یک مشکل اساسی نیست. موقعیتی است که نباید در زندگی روزمره تداخل کند. ✦ باید تشنج‌ها را به عنوان یک بیماری مزمن پذیرفت و نگاهی نو به زندگی داشت. ✦ من مدام با عقل و منطق به بیماری‌ام فکر می‌کنم و احساس می‌کنم زیاد هم کنترل زندگی را از دست نداده ام.
۳- صرع به عنوان یک چالش:	✱ ابتلا به صرع مثل تمام مشکلات دیگر زندگی چالشی است که باید به خوبی با آن کنار آمد. تمام زندگی یک چالش و مبارزه است یک روز مشکلات پول و هزینه یک روز هم مشکلات بیماری و مریضی. ✱ من با مشکلات ناشی از صرع تا حد توان مبارزه می‌کنم و اجازه نمی‌دهم یک بیماری، لذت زندگی را از من بگیرد.
۴- ابتلا به صرع به عنوان یک تجربه مثبت:	❋ بیماری نگاهی جدید در من ایجاد کرده که در صورت بیمار نبودن این نوع نگاه را به مسائل نداشتم. من قدرشناس تمام چیزهایی هستم که دارم. ❋ بیماری حس همدردی مرا بالا برده و بهتر می‌توانم رنج و درد دیگران را درک کنم. ❋ بیماری صرع مرا از تجربه‌های خطرناکی که اکثریت جوانان اطرافم دارند حفظ کرد. تجربه‌هایی که به خاطر مریضی از آنها محروم شدم مثل اعتیاد. وقتی خود را با بعضی‌ها مقایسه می‌کنم از این مساله خوشحالم.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-28]

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی تاثیر درمان شناختی رفتاری در کاهش نگرش‌های ناکارآمد بیماران مبتلا به صرع صورت گرفت. نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که گروه درمانی شناختی رفتاری به طور معناداری میانگین نمرات بیماران در مقیاس نگرش‌های ناکارآمد را کاهش داده است. طبق مدل شناختی بک، تجارب رشدی اولیه، نحوه تعامل با والدین و افراد کلیدی زندگی به تشکیل فرض‌ها یا طرحواره‌هایی درباره خویشتن، جهان و انسان‌های دیگر می‌انجامد اما در بعضی موارد، برخی از فرض‌ها انعطاف ناپذیر، افراطی و مقاوم در برابر تغییر بوده و در نتیجه ناکارآمد یا نابارور هستند. بر طبق مدل شناخت درمانی بک، درمان شناختی زمانی بیشترین اثربخشی خود را خواهد داشت که درمانگر به اصلاح این فرض‌های زیربنایی در بیماران پرداخته و تفکرات مثبت و منطقی و غیرافراطی را جانشین این تحریفات فکری نماید. در پژوهش حاضر، درمانگران تلاش نمودند تا با استفاده از فرض‌های بینابینی بیماران، که بیشتر در مورد بیماری و نگرش‌های اطرافیان بود، به مرور آنها را با چک لیست نگرش‌های ناکارآمد بک آشنا نموده و از طریق تکنیک‌های اختصاصی شناخت درمانی به اصلاح فرض‌های زیر بنایی ناکارآمد در بیماران بپردازند. نگرش‌های مرتبط با بیماری(با استفاده از چک لیست نگرش‌های منفی مرتبط با صرع ارائه شده در جدول ۵) که مطابق با مثلث شناختی بک بیشتر به دنیا (و بیماری به عنوان یک واقعیت خارجی)، آینده و خود بیمار مربوط می‌شدند به عنوان فرض‌های بینابینی نشات گرفته از این نگرش‌های زیربنایی که افکار ناکارآمد فعلی را در بیمار به وجود می‌آورند معرفی شدند و با استفاده از تکنیک‌های شناخت درمانی، مورد چالش و اصلاح قرار گرفتند. برای نمونه بسیاری از بیماران در زمینه تاثیر بیماری بر زندگی خود و واکنش‌های اطرافیان نسبت به بیماری صرع، نگرش‌های تحریف شده‌ای داشتند(باید موضوع بیماری را همیشه به عنوان راز نگه دارم تا اعتماد به نفس من حفظ شود، دیگران با دیدن من در حین تشنج، مرا دیوانه خواهند دانست، ابتلا به صرع علت تمام شکست‌های من در زندگی است)، که تلاش شد با آموزش شیوه صحیح به چالش کشیدن این افکار ناکارآمد و جایگزینی آن با افکار مثبت، نحوه تفکر و ادراک از خود بیماران اصلاح شود. از جنبه رفتاری استفاده از تکنیک برنامه‌ریزی فعالیت‌ها بسیار کمک کننده بود از آنجا که این بیماران به دلیل اعتقاد به باورهای منفی، نسبت به کوچکترین شکست‌ها حساس بوده و ادراک از خود منفی آنها تقویت می‌شود، برنامه‌ریزی فعالیت به بیمار کمک می‌کرد تا احتمال شکست در رسیدن به برنامه‌های روزانه را به حداقل برساند. شواهد پژوهشی نیز نشان می‌دهد که بین بهزیستی مبتلایان به صرع و ادراک آنها از این که آیا حوادث وابسته به رفتار شخصی آنهاست یا دیگران و شرایط، رابطه وجود دارد(۲۱).

بعد دیگر، روابط بین فردی ضعیف در این بیماران بود. به خاطر ماهیت بیماری و تحریک‌پذیری خلق، اغلب این بیماران از لحاظ روابط بین فردی مشکلات زیادی داشتند و سبک‌های ارتباطی غلط(اغلب پرخاشگر یا منفعل) منجر به طرد شدن از سوی دیگران و افزایش انزوای اجتماعی، خلق منفی و تقویت ادراک خود منفی این بیماران می‌شد لذا یکی از اهداف جلسات درمانی، آموزش سبک ارتباطی صحیح(شجاعانه و توام با ابراز وجود) و مهارت‌های ارتباطی مفید(هنر گوش دادن، درخواست کردن، نه گفتن) همراه با تمرین رفتار(ایفای نقش ضمن جلسه) در نظر گرفته شد تا بیماران به برقراری روابط اجتماعی خوب و تقویت کننده تشویق شوند. ماندگاری تاثیرات درمان طی پیگیری در یک ماه و نیم بعد نشان دهنده تاثیرات خوب درمانی است لیکن کاهش اندازه اثر(از ۵۸/. به ۴۱/.) لزوم غنی‌تر ساختن پروتکل درمانی را نشان می‌دهد.

یافته‌های حاصل از مرحله اول پژوهش(مطالعه کیفی از طریق مصاحبه با بیماران ارائه شده در جدول ۵) که برای فرمول‌بندی محتوای شناخت درمانی طی جلسات درمان به کار گرفته شد، دو نوع نگرش عمده مثبت و منفی را در بیماران نسبت به بیماری صرع نشان داد. درصد زیادی از بیماران، ابتلا به صرع را وضعیت بسیار ناخوشایندی می‌دانستند که عملاً بسیاری از فرصت‌های زندگی را از آنان گرفته و برچسب‌های

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-28]

اجتماعی منفی زیادی برای آنها در بر داشته است. در مقابل، درصد کمی از بیماران، سازگاری خوبی با بیماری خود داشته، نقش قربانی را نپذیرفته و ابتلا به صرع را چالشی قابل مبارزه در زندگی خود می‌دانستند. شرکت در جلسات درمانی، بسیاری از نگرش‌های منفی بیماران را تعدیل نمود. بیمارانی که در جلسه مصاحبه اولیه، ابتلا به صرع را نوعی بی‌عدالتی در حق خویش می‌دانستند و یا بیماری را علتی می‌دانستند که موفقیت و رضایت را برای همیشه از زندگی آنها سلب نموده است در جلسات انتهایی درمان بیان کردند که موفق شده‌اند بیماری خود را بپذیرند و با مشکلات ناشی از آن به عنوان واقعیتی که لزوماً تمام کارایی‌های آنها را نخواهد گرفت مواجه شوند. در واقع بسیاری از بیماران بیان کردندکه حس بی‌اعتمادی آنها حاصل سال‌ها تلاش اطرافیان برای بیش از حد حساس جلوه دادن بیماری،کاملاً محرمانه دانستن مسائل مرتبط با آن و نگرش‌های بسیار غلط اطرافیان در رابطه با صرع بوده است و با شرکت در گروه درمانی برای اولین بار توانسته‌اند بدون نگرانی و حساسیت خاص، دغدغه‌ها و نگرانی‌های همیشگی خود را بیان کنند و این تجربه را در بهبود خلق و افزایش سازگاری خود بسیار مفید می‌دانستند.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش، استفاده از بیماران مونث و نه هر دو جنس در گروه‌ها بود. به دلیل عدم تمایل بیماران مونث از حضور در گروه مختلط، از بیماران جنس مذکر استفاده نشد که این نکته در کنار حجم کم نمونه باید در تعمیم نتایج مورد توجه قرار گیرد. عدم وجود یک پروتکل تدوین شده و آزمون شده توسط پژوهش‌های قبلی، پیشینه پژوهشی اندک و نبود پرسشنامه استاندارد در زمینه " نگرش‌های ناکارآمد مربوط به صرع" از جمله دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌باشد. با توجه به محدودیت‌های زمان و مکان اجرای پژوهش، طرح درمانی طی ۸ جلسه هفتگی(دو ساعته) انجام گرفت که با توجه به طیف وسیع مشکلات بیماران مبتلا به صرع شاید پروتکل‌های درمانی که تعداد جلسات بیشتری را شامل شوند مناسب‌تر به نظر برسد.

پیشنهادات

از آنجا که افسردگی و اضطراب، شایع‌ترین اختلالات روانی همایند با صرع می‌باشند(۱) لذا پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌های آینده، اثربخشی درمان شناختی رفتاری در بهبود این اختلالات را به عنوان درمانی مکمل برای بیماران مبتلا به صرع در نظر داشته باشند. مطالعات در اروپا و آمریکای شمالی نشان می‌دهد که استیگمای(برچسب‌های اجتماعی) صرع یکی از مهمترین عواملی است که بر کیفیت زندگی مبتلایان به صرع تاثیر منفی می‌گذارد(۲۵-۲۲). از سویی محققان در زمینه استیگما معتقدند تمرکز پژوهشی و برنامه‌های اجرایی، باید بیشتر متوجه اجتماع و نگرش‌های برچسب زننده اعضای جامعه در مورد بیماران مبتلا به صرع باشد تا خود بیماری که احساس برچسب‌دار بودن دارد(۲۶). بنابراین بدیهی است که یک برنامه درمانی جامع در زمینه صرع، باید شامل آموزش اجتماعی و آگاه سازی عمومی نیز باشد زیرا تبعیض‌های اجتماعی به میزان زیادی به خاطر فهم نادرست این اختلال و ترس و وحشت عموم از مواجه شدن با یک بیمار در حال تشنج است.

سپاسگزاری

از پرسنل محترم بخش داخلی مغز و اعصاب بیمارستان آیت ا... کاشانی اصفهان و همچنین مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان به دلیل همکاری صمیمانه با محققان قدردانی می‌گردد.

منابع:

1- O'Neill A. ***Neurobiological, Demographic and Psychological factors associated with depression and anxiety in individual with epilepsy***. PhD[Dissertation]. University of Hartford; 2005.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-28]

2- Salgado PCB, Souza EAP. ***A psychosocial view of anxiety and depression in epilepsy.*** Epilepsy Behav 2006; 8(1): 232-8.

3- Tedman S, Thernton E, Bakert G. ***Development of a scale to measure core beliefs and perceived self- efficacy in adults with epilepsy.*** Seizure 1995; 4(3): 221-31.

4- Pellock JM. ***Managing behavioral and cognitive problems in children with epilepsy.*** J Child Neurol 2004; 19(1): S73-4.

5- Mensaha SA, Beavisb JM, Thaparc AK, Kerr M. ***The presence and clinical implications of depression in a community population of adults with epilepsy.*** Epilepsy Behav 2006; 8(1): 213-19.

6- Kanner AM. ***Psychiatric issues in epilepsy: the complex relation of mood, anxiety disorders, and epilepsy.*** Epilepsy Behav 2009; 15(1): 83-7.

7- Cramer JA, Blum D, Reed M. ***The influence of comorbid depression on quality of life for people with epilepsy.*** Epilepsy Behav 2003; 4(5): 515- 21.

8- Pramuka M, Hendrickson R, Zinski A, Van Cott AC. ***A psychosocial self-management program for epilepsy: a randomized pilot study in adults.*** Epilepsy Behav 2007; 11(4): 533-45.

9- Boylan LS, Flint LA, Labovitz DL, Jackson SC, Starner K, Devinsky O. ***Depression but not seizure frequency predicts quality of life in treatment-resistant epilepsy.*** Neurology 2004; 62(2): 258-61.

10- Johnson EK, Jones JE, Seidenberg M, Hermann BP. ***The relative impact of anxiety, depression, and clinical seizure features on health related quality of life in epilepsy.*** Epilepsia 2004; 45(5): 544-50.

11- Martinovic Z, Simonovic P, Djokic R. ***Preventing depression in adolescents with epilepsy.*** Epilepsy Behav 2006; 9(4): 619-24.

12- Goldstein LH, McAlpine M, Deale A, Toone BK, Mellers JDC. ***Cognitive behavior therapy with adults with intractable epilepsy and psychiatric co-morbidity: preliminary observations on changes in psychological state an seizure frequency.*** Behav Res Ther 2003; 41(4):447-60.

13- Goldstein L. ***Behavioural and cognitive-behavioural treatments for epilepsy: a progress review.*** British J Clin Psychol 1990; 29(3): 257-69.

14- Salehzadeh M, Kalantari M, Molavi H, Najafi MR, Noori A. ***Effectiveness of cognitive-behavioral group therapy with focusing on dysfunctional attitudes in epilepsy on quality of life in intractable epileptic patients.*** J Behav Sci 2011;4(4):255-60. [Persian]

15- Swinkels WA, van Emade Boas W, Kuyk J, van Duck R, Spinhoven P. ***Interictal depression, anxiety, personality traits, and psychological dissociation in patients with temporal lobe epilepsy(TLE) and extra-TLE.*** Epilepsia 2006; 47(12): 2092-103.

16- Molavi H. ***Practical guide of SPSS 10- 13- 14 for behavioral sciences.*** Isfahan: Pooyeshe Andishe Pub; 2006.[Persian]

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-28]

17- Ebrahimi A. ***Effectiveness of integrated treatment of religious, cognitive behavioral and drug therapy on Dipression and dysfunctional attitudes of patients with dysthymic disorder.*** PhD[dissertation]. Isfahan: University; 2009.[Persian]

18- Hawton K, Kis MS, Kirk J, Clark DM. ***Cognitive behavior therapy for psychiatric problems: practical guide.*** Trans Ghasemzade H. Tehran: Arjmand Pub; 2004.[Persian]

19- Beck JS. ***Cognitive therapy: Basics and beyond.*** Trans Dorahaki I & Abedi MR. Tehran: Golhaye Mohammadi Pub; 2003.[Persian]

20- Ferry M. ***Cognitive therapy in groups: guidelines and resources for practice.*** Trans Sahebi A, Hamidpoor H, Andooz Z. Mashhad: Jahade Daneshgahi Pub; 2003.[Persian]

21- Livneh H, Wilson LM, Duchesneau A. ***Psychological adaptation to epilepsy. the role of coping strategies.*** Epilepsy Behav 2001; 2(6): 533-44.

22- Devinsky O, Vickrey BG, Cramer J, Perrine K, Hermann B, Meador K, et al. ***Development of the quality of life in epilepsy inventory.*** Epilepsia 1995; 36(11): 1089-104.

23- Austin JK, Dunn DW, Huster GA, Rose DF. ***Development of scales to measure psychosocial care needs of children with seizures and their parents.*** J Neurosci Nurs 1998; 30(3): 155-60.

24- Austin JK, Shafer PO, Deering JB***. Epilepsy familiarity, knowledge, and perceptions of stigma: report from a survey of adolescents in the general population.*** Epilepsy Behav 2002; 3(4): 368-75.

25- DiIorio C, Osborne SP, Letz R, Henry T, Schomer DL, Yeager K. ***The association of stigma with self-management and perceptions of health care among adults with epilepsy.*** Epilepsy Behav 2003; 4(3): 259-67.

26- Atadzhanov M, Chomba E, Haworth A, Mbewe E, Birbeck GL**. *Knowledge, attitudes, behaviors, and practices regarding epilepsy among Zambian clerics*.** Epilepsy Behav 2006; 9(1): 83-88.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-28]

Effectiveness of Cognitive– Behavioral Therapy on Dysfunctional Attitudes in Epileptic Patients

Salehzadeh M(PhD)*[1], Najafi M(MD)[2], Ebrahimi A(PhD)[3]

[1]*Department of Psychology, Isfahan University, Isfahan, Iran*
[2]*Department of Neurology, Faculty of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran*
[3]*Department of psychology, Behavioural Sciences Research Center, Medical University of Isfahan, Iran*

Received: 5 Sep 2010 ***Accepted:*** 5 May 2011

Abstract

Introduction: Epilepsy is a brain disorder that has neurobiological, cognitive, psychological, and social consequences for affected patients. The purpose of this research was to determine the efficacy of cognitive behavioral therapy(CBT) on modification of dysfunctional attitudes in patients with epilepsy.

Methods: In the study, 20 epileptic patients were randomly assigned to two experimental and control groups. CBT during 8 weekly sessions was applied for the experimental group with a focus on cognitive restructuring, modification of cognitive distortions and training of behavioral techniques. Dysfunctional attitudes scale(DAS) was applied as the pre-test, post- test and in the follow- up for both groups. Analysis of covariance was applied for analysis of data.

Results: Data analysis showed that the mean scores of DAS in the experimental group as compared to the control group was significantly increased during post-test and follow-up($p<.05$).

Conclusion: Cognitive-behavioral therapy is remarkably effective in modifying dysfunctional attitudes in epileptic patients.

Keyword: Epilepsy, Attitudes; Cognitive Therapy; Behavior Therapy

This paper should be cited as:
Salehzadeh M, Najafi M***. Effectiveness of cognitive– behavioral therapy on dysfunctional attitudes in epileptic patients*** . J Shahid Sadoughi Univ Med Sci; 19(3):377-87.

Corresponding author: Tel: 09132544716, Email: msalehzade4@gmail.com

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-28]