

اثربخشی گروه درمانی شناختی-رفتاری بر داغ‌نگ و اضطراب مرگ بیماران مصروع شهرستان بوکان

* مهري مهرپرور^۱، سيدبهاالدين كريمي^۲

۱. کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، بوکان، ایران.

۲. دکتری، گروه علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، بوکان، ایران.

(تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۰/۰۲/۲۸ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۶/۰۷)

The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Group Therapy on Stigma and Death Anxiety in Epileptic Patients in Bukan

* Mehri Mehrparvar¹, Seyed Bahaaddin Karimi²

1. M.A, Department of Clinical Psychology, Islamic Azad University, Bukan, Iran.

2. Ph.D in Educational Sciences, Islamic Azad University, Bukan, Iran.

Original Article

(Received: May. 18, 2021 - Accepted: Aug. 29, 2021)

مقاله پژوهشی

Abstract

Objective: The aim of this study was to evaluate the effectiveness of cognitive-behavioral group therapy on stigma and death anxiety in epileptic patients in Bukan. **Method:** The quasi-experimental study was a pretest-posttest or control group. The statistical population included all patients with epilepsy referred to medical centers in Buchan in 1399. Accordingly, 60 people (22 men and 38 women) were divided into two groups of 30 people, including the experimental group and the control group, by random assignment. The experimental group was evaluated as a clinical trial in 8 sessions of 90 minutes twice a week using the Templer Death Anxiety Questionnaire (1970) and the modified Ritche Disease Stigma Scale (2003) to collect data. Multivariate covariance was used to analyze the data. **Findings:** Results of multivariate analysis of covariance, effectiveness of cognitive-behavioral therapy on death anxiety ($P=0.05$) and stigma ($P=0.01$) and its components including loneliness ($P=0.01$), confirmation of stereotypes ($P=0.01$) Experience of social discrimination ($P=0.05$) and Withdrawal from the community ($P=0.05$). Therefore, the use of cognitive therapy has a significant effect on death anxiety and stigma and its components such as loneliness, confirmation of stereotypes, experience of social discrimination, withdrawal from the community of subjects in the experimental group. **Conclusion:** Cognitive-behavioral group therapy reduces death anxiety and stigma and its components such as loneliness, confirmation of stereotypes, experience of social discrimination, withdrawal from society.

Keywords: Cognitive-behavioral group therapy, stigma, death anxiety, epilepsy.

چکیده

مقدمه: این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی گروه درمانی شناختی-رفتاری بر داغ‌نگ و اضطراب مرگ بیماران مصروع شهرستان بوکان انجام شد. **روش:** پژوهش شبه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون یا گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل همه بیماران مبتلا به صرع مراجعه‌کننده به مراکز درمانی شهر بوکان در سال ۱۳۹۹ بود. بر این اساس ۶۰ نفر (۲۲ مرد و ۳۸ زن) در دو گروه ۳۰ نفری شامل گروه آزمایش و گروه کنترل و به روش گمارش تصادفی تقسیم شدند. گروه آزمایش به شیوه کارآزمایی بالینی طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دو بار در هفته و با استفاده از پرسشنامه اضطراب مرگ تمپلر (۱۹۷۰) و مقیاس تعدیل‌شده استیگمای بیماری ریتچر (۲۰۰۳) جهت گردآوری داده‌ها مورد بررسی قرار گرفتند. برای تحلیل داده‌ها از کوواریانس چند متغیره استفاده شد. **یافته‌ها:** نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره، اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر اضطراب مرگ ($P=0/05$) و داغ‌نگ ($P=0/01$) و مولفه‌های آن از جمله تنهایی ($P=0/01$)، تأیید تصورات قالبی ($P=0/01$)، تجربه تبعیض اجتماعی ($P=0/05$) و کناره‌گیری از اجتماع ($P=0/05$) را نشان می‌دهد. بنابراین استفاده از درمان شناختی-رفتاری بر اضطراب مرگ و داغ‌نگ و مولفه‌های آن از جمله تنهایی، تأیید تصورات قالبی، تجربه تبعیض اجتماعی، کناره‌گیری از اجتماع آزمودنی‌های گروه آزمایش تأثیر معناداری داشته است. **نتیجه‌گیری:** گروه درمانی شناختی-رفتاری باعث کاهش اضطراب مرگ و داغ‌نگ در بیماران مصروع شهرستان بوکان شد.

واژگان کلیدی: گروه درمانی شناختی-رفتاری، داغ‌نگ، اضطراب مرگ، صرع.

*نویسنده مسئول: مهري مهرپرور

*Corresponding Author: Mehri Mehrparvar

Email: mehrparvarmehri400@gmail.com

مقدمه

دهد (افضل‌آقایی و همکاران، ۲۰۱۵). صرع براساس نوع تشنجات به انواع متفاوتی تقسیم می‌گردد. در سال ۲۰۱۶، تشنجاها را براساس مکان تخلیه نورونی به سه نوع جزئی و عمومی، کانونی تبدیل شونده به صرع دوطرفه و ناشناخته تقسیم کرده‌اند (رمضی و کریم‌زاده، ۱۳۹۷). خطر مرگ و میر در بیماران مبتلا به صرع، تقریباً دو تا سه برابر افراد عادی است (یداللهی و همکاران، ۲۰۱۵). دلایل مرگ در بیماران مصروع عبارت‌اند از: تشنج مداوم و مقاوم، تروما حین تشنج، مرگ ناگهانی و خودکشی به علت افسردگی (دهقانی فیروزآبادی و همکاران، ۲۰۱۳). اولین واکنش مبتلایان صرع، به اولین حمله تشنجی، ترس، وحشت، نگرانی، درماندگی، نومیدی، شرمندگی، پنهان‌کاری، افسردگی و واکنش‌های دیگر روانی است. در تکرار حمله‌ها و طول کشیدن بیماری گرچه از شدت واکنش فرد کاسته می‌شود؛ اما اثری درازمدت همچون، افسردگی و کاهش اعتماد به نفس، پایدارتر شده و واکنش فرد تندتر و عصبی‌تر می‌شود (بوله‌ری^۴، ۲۰۱۲؛ حاجی و کریمی، ۲۰۱۵). در اکثر مواقع انگ اجتماعی درک شده در این بیماری با اختلالات خلقی و عزت نفس پایین همراه است، این عوارض روانی باعث می‌شود بیماران صرعی حملات یا تشنجات خود را عاملی برای ناتوانی بیشتر و مخل کیفیت زندگی خود در نظر می‌گیرند (دوورست^۵ و همکاران، ۲۰۱۵) به تعبیر گافمن استیگما^۶ یک

کووید-۱۹ (کرونا ویروس جدید ۲۰۱۹)^۱ از آغاز همه‌گیری تا ۲۸ ژانویه ۲۰۲۲ میلادی، بیش از سیصد و شصت و چهار میلیون نفر را در سراسر جهان مبتلا و بیش از پنج میلیون و ششصد هزار نفر را به کام مرگ کشاند. در همین زمان در ایران نزدیک به شش میلیون و سیصد هزار نفر به کووید-۱۹ مبتلا شده و قریب به یکصد و سی و دو هزار نفر جان خود را از دست دادند (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۲۲). همه‌گیری کووید-۱۹ مناسبات مختلف اقتصادی، اجتماعی و آموزشی را متحول ساخت؛ به گونه‌ای که شاید بتوان تاریخ جهان را به دو بخش پیش از کرونا و پس از آن تقسیم کرد (متهیومان و هوپاتز، ۲۰۲۰). این همه‌گیری بیش از یک‌سوم جمعیت جهان را با مشکلات معیشتی صرع^۲ از جمله اختلالات شایع نورولوژیکی بوده که مشخصه‌ی آن تشنجهای خود به خودی و تکرار شونده است. براساس آمار اعلام شده توسط سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۱۶، حدود ۵۰ میلیون از افراد کل جهان مبتلا به صرع هستند و سالانه ۲/۴ میلیون نفر به این بیماری مبتلا می‌شوند. میزان شیوع صرع نیز ۵ تا ۳۰ نفر در ۱۰۰۰ نفر برآورد شده است (مکائیل^۳ و همکاران، ۲۰۱۸). در یک مطالعه متآنالیز، شیوع صرع در ایران ۵ درصد گزارش شده که بیشتر در مرکز کشور و کمتر در شمال کشور پراکندگی داشته است (سایه‌میری و همکاران، ۲۰۱۵). صرع می‌تواند در هر سن، نژاد و طبقه اجتماعی رخ

4. Bolheri
5. Dewurst
6. Stigma

1. New Corona virus-2019 (COVID-19)
2. Epilepsy
3. Michaelis

نسبت عمیقاً بی‌اعتبار کننده‌ای است که جنبه‌ای از زندگی اجتماعی فرد و فردیت او را تخریب می‌کند تا محافظت اجتماعی او در برابر صدمات و آسیب‌ها را از بین ببرد (پاچانکیس^۱ و همکاران، ۲۰۱۸). انگ یا استیگما از طریق دو مکانیسم بروز پیدا می‌کند. اول؛ انگ ابزاری و دوم انگ نمادین. وقتی انگ ابزار می‌شود که تهدیدی برای سلامتی و سعادت فرد باشد؛ یعنی اگر فردی انگ بیماری بخورد، مردم از اطراف او پراکنده شده و او را از روابط اجتماعی ضروری محروم می‌کنند که خود موجب بروز ناسلامتی و افسردگی و ایضا بیماری می‌شود (دارلینگتون و هوتسون^۲، ۲۰۱۷، هانی بلاد^۳ و همکاران، ۲۰۱۸). از زمانی که یک فرد بیمار خطاب می‌شود و برچسب بیماری می‌خورد، نوعی از انگ بر او تحمیل می‌شود. در واقع واژه «بیماری» در اینجا بار انگ‌زایی دارد (بتی^۴، ۲۰۱۸). ریشه استیگما در ارتباطات اجتماعی و بین‌فردی است و وقتی فرد، همان عقاید منفی را که جامعه نسبت به وی دارد، درباره وضعیت خودش در ذهن پپروراند دچار استیگمای درونی خود انگ زنی می‌شود؛ خود انگ زنی به صورت تغییر هویتی تعریف می‌شود که فرد در آن باورهای منفی را جایگزین باورهای مثبت درباره خودش می‌کند، به طوری که عواقب ناخوشایند آن مانند کاهش عزت‌نفس و خودکارآمدی بر وی اثر می‌گذارد (محمدی و همکاران، ۱۳۹۹). پیرو یافته‌های عیسی^۵ و همکاران (۲۰۲۰) بالا بودن

سطح استیگما در افراد به دلیل تفاوت در نگرش و داشتن آموزش و اطلاعات کافی به طور مداوم است، آن‌ها گزارش کردند که کارکنان بخش اورژانس (ED) سطح استیگمای بالایی در مورد بیماران روانی دارند و این به دلیل این است که آن‌ها آموزش کافی را در این زمینه ندارند (عیسی و همکاران، ۲۰۲۰). براساس بیان لی، جیاوو، لیو و ژوو^۶ (۲۰۲۰) می‌توان گفت، تقویت دانش و عقاید عمومی در مورد بیماری‌های اساسی برای کاهش استیگما است و براین اساس درک بالا از استیگما با کاهش بیماری همراه است. استیگما به عنوان مفهومی متشکل از عواقب مربوط به ناآگاهی، پیش‌داوری و تبعیض نسبت به یک مسئله معرفی شده است (محمدی و همکاران، ۱۳۹۹). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که صرع، سن شروع بیماری، احساس فرد در مورد زندگی و آسیب‌های ناشی از صرع به طور معنی‌داری با نمرات استیگما رابطه دارد (رضایی و همکاران، ۱۳۹۴).

یکی از مشکلاتی که افراد مصروع را در معرض خطر پرخاشگری قرار می‌دهد، ترس از مرگ حین تشنج است. بیماران مصروع، باورها و نگرش‌هایی در مورد خود شکل می‌دهند که از عقاید یک فرد عادی متفاوت است و این نگرش‌ها به وسیله تجارب منفی مربوط به ابتلا به صرع تقویت شده و به سطوح بالای اضطراب مرگ^۷ مزمن منجر می‌شود. به عبارتی این بیماران در معرض طیف وسیعی از اختلالات روانی قرار دارند و به طور کلی ۴۰ درصد از این بیماران

1. Pachankis
2. Darlington & Hutson
3. Hanyblade
4. Beatty
5. Eissa

6. Li, Jiao, Liu, Zhu
7. Death anxiety

جمله روش‌های درمانی که می‌تواند در بهبود اضطراب مرگ بیماران مبتلا به صرع مؤثر باشد و کم‌تر مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است، درمان شناختی رفتاری^۳ است. درمان شناختی رفتاری، یک رویکرد چندوجهی است که به مراجعان در رشد مهارت‌هایی برای تغییر رفتار، ارتباط با دیگران، حل مسأله، کشف افکار و عقاید تحریف شده، به چالش کشیدن و تغییر باورها و نگرش‌های غیرمفید و بازسازی شناختی کمک می‌کند (بک^۴، ۲۰۱۰). درمان شناختی رفتاری از نوع متمرکز بر تنظیم هیجانات است. هدف کلی درمان شناختی - رفتاری جایگزین کردن شناخت‌ها، هیجان‌ها، رفتارها و مهارت‌های مقابله‌ای غیرانطباقی بیماران، با حالات انطباقی برای این بیماران می‌باشد (اورکی و همکاران، ۱۳۹۷). قمری کیوی و همکاران (۱۳۹۴) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که گروه درمانی شناختی- رفتاری موجب کاهش اضطراب مرگ می‌شود. عزیزی و مؤمنی (۱۳۹۳) در پژوهش خود، اثربخش بودن گروه درمانی شناختی- رفتاری بر کاهش اضطراب زنان سالمند را مورد تأیید قرار دادند. آدل^۵ و همکاران (۲۰۰۶). در تحقیقی به مطالعه و بررسی اضطراب مرگ در میان بیماران مبتلا به صرع پرداختند که این تحقیق بین ۴۲ مرد و ۴۴ زن در درمانگاه سرپایی مغز و اعصاب در مجتمع پزشکی سلمانتا انجام شده بود. که متوسط اضطراب مرگ (۲/۷۵ + ۱/۳۵) بوده است. میانگین نمره اضطراب

مبتلا به اختلال روان‌پزشکی همراه هستند که یکی از علل آن مواجه شدن فرد با استرس ناشی از بیماری و تشنج است (سیگال^۱ و همکاران، ۲۰۱۸). اضطراب مرگ را افکار، ترس‌ها و هیجانات مرتبط به واقعه پایانی زندگی و فراتر از حالت عادی زندگی می‌دانند. اضطراب مرگ مفهومی پیچیده است که به سادگی قابل توضیح نیست و به طور کلی شامل مفاهیم ترس از مرگ خود و دیگران است. به بیان دیگر، اضطراب شامل پیش‌بینی مرگ خود و ترس از فرایند مرگ و مردن در مورد افراد مهم زندگی است (انجمن روانشناسی آمریکا، ۲۰۱۳). این عامل مهم یعنی اضطراب مرگ کیفیت زندگی بیماران را تحت تأثیر قرار می‌دهد. وجود تشنجات کنترل نشده می‌تواند موجب تغییرات بازگشت‌ناپذیر و تأثیر زیاد بر کیفیت زندگی بیماران مصروع شود (چاوشی و خوشرو^۲، ۲۰۰۶).

این در حالی است که تحقیقات مربوط به صرع غالباً در زمینه تأثیر ویژگی‌های بالینی حملات، پیامدهای جراحی یا تأثیرات درمان دارویی بر کیفیت زندگی این بیماران متمرکز بوده است لذا عدم مداخله روان‌شناختی می‌تواند عواقبی چون افزایش نیاز به درمان، افزایش پرخاشگری، ناتوانی‌های اجتماعی، افزایش مرگ و میر را به دنبال داشته باشد. کسانی که تجربه اولیه بدی در ابعاد زندگی خود داشته‌اند، به شکلی بیمارگونه بر اضطراب مرگ تثبیت می‌شوند. ساختار شخصیتی همراه با بدخلقی یا تجربه‌های ویژه‌اند که فرد را در معرض بدبینی قرار می‌دهند. در این راستا از

3. Cognitive behavioral therapy

4. Beck

5. Adel

1. Seagal

2. Chavoshi, A. Khoshro

که درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی باعث پیشرفت معناداری در سازگاری اجتماعی مصروعین می‌شود. صالح‌زاده و همکاران (۲۰۱۰)، در پژوهشی به اثربخشی گروه درمانی شناختی- رفتاری با تأکید بر نگرش‌های ناکارآمد به ویژه صرع بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به صرع مقاوم به دارو پرداخته و نتایج نشان داد گروه درمانی شناختی- رفتاری با تمرکز بر نگرش‌های ناکارآمد ویژه بیماری صرع، به عنوان یک درمان مکمل در زمینه بهبود کیفیت زندگی این بیماران، دارای کارایی قابل ملاحظه‌ای است. همچنین چقاجردی و نیک‌نژادی (۱۳۹۹)، در تحقیقی با عنوان اثربخشی آموزش شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش اضطراب مرگ در بیماران مصروع، نشان داده شده است که آموزش شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش اضطراب مرگ بیماران مصروع تأثیر دارد.

این در حالی است که بی‌توجهی به نیازها و مشکلات روانی این بیماران می‌تواند عوارض جبران‌ناپذیری را برای آن‌ها فراهم کند و روند درمان و بهبودی این بیماران را کاهش و مشکلات آن‌ها را افزایش دهد. در همین راستا به نظر می‌رسد که انجام پژوهش‌هایی که در گام اول نیازهای روانی این بیماران را بشناسد و در گام دوم به بهبودی جسمانی آن‌ها کمک کند، حائز اهمیت است. اما متأسفانه پژوهش‌هایی بسیار اندکی در این زمینه صورت گرفته است و این بیماری با توجه به اهمیتی که دارد تقریباً نادیده گرفته شده است. بنابراین از آنجا که احتمال دارد بیماران مصروع به علت تشنج و مصرف داروهای

مرگ در میان ۱۳۵ نفر با ۲۶/۰۹ مورد از بیماران گزارش شده است که سطح اضطراب مرگ و میر ناشی از طول دوره درمان و سطح تحصیلات، پیش‌بینی‌کننده اضطراب مرگ بوده اند. در بیماران زن، نوع ژنرال صرع، دوره کوتاه مدت بیماری و سطح تحصیلات پایین با نمرات اضطراب مرگ و میر همراه بوده. این پژوهش با ایجاد استراتژی‌های درمانی، خصوصاً درمان شناختی- رفتاری و رفتاردرمانی، تداوم درمان و حمایت اجتماعی افراد مبتلا به صرع را برای کاهش اضطراب مرگ خود نشان داده اند.

رونزونی^۱ و همکاران (۲۰۰۹) در پژوهشی با عنوان «داغ‌سازی بیماری روانی در بین کودکان مدارس نیجریه» نتیجه گرفتند که داغ‌سازی بیماران روانی بیشتر به خاطر فقدان آموزش و آگاهی و تقویت آن توسط مداخلات روان‌شناختی است. آن‌ها بیان کردند که مداخلات روان‌شناختی و آموزشی و تشویق ارتباط بیمار روانی با اجتماع می‌تواند در کاهش استیگما نقش اساسی داشته باشد (ودادهیر و همکاران، ۱۳۹۴). همچنین حق قدم و همکاران (۱۳۹۹) در تحقیقی نشان دادند که مداخله درمان شناختی- رفتاری برای کنترل اضطراب، مدیریت استرس و راهبردهای مقابله با داغ‌ننگ ناشی از بیماری بسیار مؤثر است.

گلدستاین^۲ و همکاران (۲۰۰۳)، در پژوهش خود به آموزش شناختی - رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی در بزرگسالان مبتلا به صرع مقاوم به درمان که همراه با مشکلات روانی یا روانی اجتماعی بودند پرداخته و نتایج پژوهش نشان داد

1. Ronzoni
2. Goldstein

نورولوژی موجود شهر بوکان توسط پزشک معالج تشخیص صرع دریافت کرده و بر معیارهای ورود به مطالعه منطبق بودند، دعوت به همکاری شدند. معیارهای ورود شامل: دامنه سنی ۱۸ تا ۶۵ سال، سطح تحصیلات سیکل به بالا و گذشتن حداقل یک سال از شروع حملات صرع. بیماران مبتلا به اختلالات روان‌پریشی، عقب ماندگی ذهنی و یا اختلالات نورولوژیک جدی (مانند نورودژنراتیو، استروک، تومورهای مغزی) نیز از مطالعه حذف شدند. بیماران هر دو گروه آزمایش و گواه تحت دارو درمانی (برای تشنجات) قرار داشتند. مرحله بعدی مطالعه نیز به شیوه کارآزمایی بالینی طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و هفته‌ای دوبار و توسط پژوهشگر با مدرک کارشناسی ارشد رشته روانشناسی بالینی و یک همکار آموزش دیده انجام گرفت.

پروتکل درمان شناختی-رفتاری: طرح کلی جلسات درمان شناختی-رفتاری که توسط کریگ (۲۰۱۱) مطرح شد، به صورت ارائه منطق درمان و مروری بر چگونگی جلسات و ارزشیابی و آموزش سطوح شناختی برای افراد، توافق بر روی اهداف درمان در چارچوب الگوی شناختی- رفتاری، توضیح نظریه شناختی اضطراب، آشفستگی هیجانی و همراه بودن خلق افسرده همراه با آموزش سازگاری با مشکلات از طریق کنار آمدن و یادگیری آن بود. درمانگر شناختی- رفتاری با تمرکز بر روی موقعیت کنونی تا وضعیت قبلی بیمار، از اطلاعات گذشته بیمار و سابقه اجتماعی و خانوادگی، جهت حل مشکلات فعلی او استفاده می‌کنند. شناسایی و کاربر روی باورهای

مختلف بیشتر در معرض اضطراب مرگ یا استیگمای مربوط به بیماری خود باشند و از آن رو که آموزش و درمان شناختی- رفتاری از طریق تمرکز بر آگاهی از باورهای غیرمنطقی و تغییر در این باورها، می‌تواند مشکلاتی که شناخت و آگاهی رسیدن به آزادی را کاهش می‌دهند، از بین ببرد و باعث مدیریت هیجان و کاهش استرس شود و با توجه به این که هیچ پژوهشی به صورت مستقیم به اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر روی استیگمای مربوط به بیماری نپرداخته است، این پژوهش به دنبال این است که آیا گروه درمانی شناختی - رفتاری بر میزان اضطراب مرگ و استیگما در بیماران مصروع مؤثر است؟

روش

روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون بود که با گروه آزمایش و کنترل انجام گرفت. جامعه پژوهش شامل همه‌ی بیماران مبتلا به صرع (با تشخیص متخصص مغز و اعصاب و الکتروآنسفالوگرافی) مراجعه کننده به مراکز درمانی شهر بوکان در سال ۱۳۹۹ بود. برای به دست آوردن حجم نمونه در بین بیماران مبتلا به صرع که پرسشنامه‌های اضطراب مرگ و استیگما را تکمیل کرده بودند افرادی که نمرات بالایی در پرسشنامه‌ها به دست آوردند حدود ۶۰ نفر (۲۲ مرد و ۳۸ زن) انتخاب شدند و به دو گروه ۳۰ نفری شامل گروه آزمایش و گروه کنترل تقسیم شدند. نمونه مورد مطالعه به روش گمارش تصادفی انتخاب شد که با مراجعه به مطب‌های

سازگارانۀ تر و تشویق درمانجویان به ایجاد تغییر در باورها و شناسایی موقعیت‌هایی که باعث ناسازگاری، خلق افسرده، اضطراب و پریشانی هیجانی می‌شود و استفاده از فنون تمرکز فکر و توجه برگردانی جهت تحمل حالت خلقی ناکارآمد همراه با شروع فعالیت‌های لذت‌بخش به درمان‌جویان، در رسیدن به سازگاری مؤثر بود (کریگ، ۲۰۱۱).

جدول ۱. محتوای جلسات درمان شناختی-رفتاری

جلسه	محتوی جلسه
اول	مصاحبه اولیه با افراد مصروع و ایجاد ارتباط در یک محیط امن، احساس همدردی، توضیح درباره اهداف، بررسی وضعیت و شرایط فعلی بصورت کیفی و بیان احساسات و هیجانات؛ در این مرحله تلاش بر ایجاد همدلی با افراد گروه آزمایش است. به عبارتی تلاش بر ایجاد اعتماد در افراد مداخله است. سپس روند کلی ادامه جلسات و اهداف درمانی مطرح شد
دوم	بازگویی روان شناختی به مدت یک ساعت که شامل عادی سازی پاسخ‌ها، تعدیل‌ها و تخلیه هیجانات در یک محیط حمایت شده و بیان احساسات و هیجانات و واکنش‌ها به هنگام مواجهه. در این مرحله برای تخلیه هیجان‌های منفی جوی در اختیار افراد نمونه قرار گرفت که طی آن هیجان‌های منفی خود را به صورت گروهی در میان گذاشته و با در نظر گرفتن این که بقیه اعضای گروه نیز، موقعیت و هیجان‌های مشابه را تجربه نمودند، نوعی عادی سازی در افراد گروه، صورت گرفته است.
سوم	آشنایی با مفهوم «هیجان» و آشنایی با مفهوم و علائم اضطراب و انگ بیماری به صورت ساده و تأثیر آن‌ها بر تشدید علائم بیماری و ارائه تکلیف خانگی، در تمام جلسات بعدی که ابتدا موارد مطرح شده در جلسه قبل مرور می‌شود و موفقیت و یا عدم موفقیت در انجام تکلیف خانگی ارائه شده در جلسه قبل بررسی می‌گردد. در ضمن تمام جلسات همراه با تکلیف خانگی می‌باشند. مثال‌هایی در خصوص هیجان‌های پرکاربرد روزمره و اضطراب و افکار ناکارآمد برای افراد گروه مطرح شد و انواع واکنش‌های هیجانی افراد مورد بحث و تفسیر قرار گرفتند.
چهارم	آموزش و آرامش بخشی عضلانی به منظور کاهش نشانه‌های برانگیختگی، در این جلسه روش‌هایی چون تمديد اعصاب در گروه انجام شده که طی آن نوعی آرامش روانی را در اثر تمرین‌های تمديد اعصاب تجربه نمودند.
پنجم	استفاده از روش‌های تجسمی، شامل روش جایگزینی ذهنی افکار و خاطرات خوشایند به هنگام یادآوری خود به خود افکار و تفکرات مزاحم در رابطه با انگ یا اضطراب مرگ و نیز روش کوچک کردن و دور کردن تصویر ناخوشایند به منظور مقابله با افکار مزاحم یا توقف فکری. از افراد گروه خواسته شده افکار مزاحم خود را شناسایی نموده و مثال‌هایی در جهت واقعی نبودن بخش زیادی از افکار، به افراد نمونه ارائه شد.
ششم	فنون مربوط به اجتناب از خاطرات و واقعه ناراحت کننده، شامل حساسیت زدایی تدریجی. در این جلسه مرور خاطرات ناخوشایند افراد گروه صورت گرفت که طی این مرور خاطرات، تخلیه هیجان‌های افراد در هنگام بازگویی و مرور مجدد صورت گرفت که به نوعی حساسیت‌زدایی نسبت به خاطرات ناخوشایند انجام شد.
هفتم	اجرای روش جابه‌جایی نقش، به صورتی که فرد بیمار خود را به جای اطرافیان بگذارد و حرف‌ها و خواسته‌ها و انتظاراتش را با آن‌ها بیان کند و کامل کردن جملات ناتمام.
هشتم	آموزش مهارت‌ها و از سرگیری فعالیت‌های روزمره و هنردرمانی (تجسم و سمبل قراردادن بیماری در نقاشی و غیره) که باعث می‌شود فرد با دید مثبت به بیماری با اضطراب و مشکلات هیجانی مربوط با آن کنار بیاید.

نمره کسب شده از این پرسشنامه بالاتر باشد، نشان دهنده استیگمای بیشتر است. روایی ترجمه پرسشنامه استیگما در مطالعه قانعیان و همکاران (۲۰۱۱) را یک روانشناس و روان‌پزشک متخصص در زمینه زبان انگلیسی انجام داده بودند؛ که مجدداً در مطالعه حاضر توسط ۷ نفر از اساتید صاحب‌نظر دانشگاه علوم پزشکی مشهد، تأیید شد و پایایی این پرسشنامه به شیوه همسانی درونی محاسبه شد که برابر ۰/۸۶ به دست آمد. و در این پژوهش نیز پایایی با روش آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۲ به دست آمد.

روش اجرا

قبل از اجرای پژوهش، پژوهشگر به کسب درخواست اجازه و همکاری با مراکز درمان برای مداخله اقدام نمود. سپس پژوهش در سه مرحله انجام شد. در مرحله پیش‌آزمون، براساس پرسشنامه‌های مطرح شده و نیز با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود و خروج، افراد گروه آزمایش و کنترل مشخص شدند. پس از انتخاب افراد گروه آزمایش، زمان و مکان انجام جلسه‌های مداخله به اطلاع افراد آن گروه رسید و مختصری در حوزه اهداف این مداخله توضیح داده شد. سپس برای گروه آزمایش مداخلات شناختی - رفتاری، شامل هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای انجام شد که به صورت هفته‌ای دو جلسه بود و گروه کنترل در این مدت هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. در مرحله دوم یعنی پس از آزمون، که جلسه پایانی مداخلات شناختی - رفتاری بود، دوباره پرسشنامه‌های مطالعه در بین اعضای دو گروه توزیع گردید. در مرحله سوم، جهت پیگیری (یک ماه پس از

۱- مقیاس اضطراب مرگ تمپلر^۱ (۱۹۷۰)؛ این پرسشنامه در سال ۱۹۷۰ توسط تمپلر ساخته شد و شامل ۱۵ ماده است که نگرش به مرگ را می‌سنجد. افراد پاسخ‌های خود را به هر سؤال با گزینه‌های بلی یا خیر مشخص می‌کنند. پاسخ بلی نشان دهنده وجود اضطراب در فرد است. به این ترتیب نمره‌های این مقیاس بین صفر تا ۱۵ متغیر است که نمره بالا، معرف اضطراب زیاد افراد در مورد مرگ است. روایی این مقیاس از طریق همبسته کردن آن با مقیاس اضطراب آشکار (۰/۲۷) و مقیاس افسردگی (۰/۴۰) و نیز ضرایب آلفای کرونباخ توسط مارتین و در سال ۱۹۸۲ برابر ۰/۶۸ گزارش نموده‌اند (ساجینو و کلاین^۲، ۱۹۹۶). همچنین آقاجانی و میرباقر (۱۳۹۱) در پژوهش خود، ضریب پایایی این مقیاس را از طریق روش کودر ریچاردسون ۰/۸۶ گزارش کرده‌اند. پایایی این پرسشنامه در مطالعه حاضر با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۴ به دست آمد.

۲- مقیاس تعدیل‌شده استیگمای بیماری ریتچر^۳ (۲۰۰۳). این مقیاس شامل ۱۷ سؤال بود که میزان استیگما را در ۴ زیرمقیاس که عبارتند از: تنهایی (۴سؤال)، تأیید تصورات قالبی (۴ سؤال)، تجربه تبعیض اجتماعی (۴ سؤال) و کناره‌گیری از اجتماع (۵ سؤال) بررسی می‌کند. نمره گذاری هر سؤال به صورت عبارت‌های: کاملاً موافقم (۴)، موافقم (۳)، مخالفم (۲) و کاملاً مخالفم (۱) بوده است. در این مقیاس حداقل نمره استیگما ۱۷ و حداکثر آن ۶۸ می‌باشد. هر قدر

1. Templer
2. Saggino & Kline
3. Ritcher

یافته‌ها

ویژگی‌های جمعیت‌شناختی بیماران شامل ۶۰ نفر که از این تعداد ۲۲ مرد و ۳۸ زن با دامنه سنی ۱۸ تا ۶۵ سال و سطح تحصیلات سیکل به بالا می‌باشد. در این بخش، آمار توصیفی شامل میانگین و انحراف استاندارد آمده است که نتایج در جدول ۲ به تفکیک در گروه‌ها آمده است.

اجرای دوره آموزشی) دوباره پرسشنامه‌های مطالعه توزیع گردید و نتایج با دوره پس‌آزمون، مقایسه شد. در نهایت از همکاری اعضا تشکر و هدایایی برای قدردانی به آن‌ها تقدیم شد. لازم به توضیح است که مداخله توسط پژوهشگر با مدرک کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی و یک همکار صورت گرفت. در این مطالعه ریزش نمونه وجود نداشت و تمامی افراد مداخله تا پایان جلسات در برنامه درمانی حضور داشتند. برای تحلیل یافته‌ها، از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۳ و روش آماری تحلیل کواریانس چندمتغیره استفاده شد.

جدول ۲. آمار توصیفی متغیرها و مولفه‌ها

گروه‌ها	متغیرها	مولفه‌ها	تعداد نمونه	میانگین	انحراف استاندارد
پیش آزمون	اضطراب مرگ	-	۳۰	۱۲/۶۰	۳/۲۱
		تنهایی	۳۰	۱۱/۲۱	۲/۷۶
	داغ ننگ	تأیید تصورات قلبی	۳۰	۱۰/۵۹	۳/۰۰
		تجربه تبعیض اجتماعی	۳۰	۱۲/۸۵	۳/۰۱
		کناره گیری از اجتماع	۳۰	۱۶/۹۹	۲/۱۱
		کل	۳۰	۵۱/۴۹	۲/۹۳
پس آزمون	اضطراب مرگ	-	۳۰	۷/۲۴	۲/۱۰
		تنهایی	۳۰	۵/۲۲	۱/۲۱
	داغ ننگ	تأیید تصورات قلبی	۳۰	۶/۹۹	۲/۳۲
		تجربه تبعیض اجتماعی	۳۰	۶/۰۶	۲/۶۵
		کناره گیری از اجتماع	۳۰	۸/۲۱	۲/۸۹
		کل	۳۰	۲۳/۶۹	۳/۳۲
کنترل	اضطراب مرگ	-	۳۰	۱۱/۹۹	۳/۴۴
		تنهایی	۳۰	۹/۹۹	۱/۸۹
	داغ ننگ	تأیید تصورات قلبی	۳۰	۱۱/۵۵	۲/۱۰
		تجربه تبعیض اجتماعی	۳۰	۱۰/۱۴	۲/۴۱
		کناره گیری از اجتماع	۳۰	۱۷/۰۰	۲/۰۱
		کل	۳۰	۵۳/۰۹	۲/۰۳
پس آزمون	اضطراب مرگ	-	۳۰	۱۰/۲۱	۳/۰۱
		تنهایی	۳۰	۱۱/۱۲	۲/۱۴
	داغ ننگ	تأیید تصورات قلبی	۳۰	۹/۰۹	۲/۱۲
		تجربه تبعیض اجتماعی	۳۰	۱۱/۱۴	۲/۰۵
		کناره گیری از اجتماع	۳۰	۱۰/۰۰	۲/۲۳
		کل	۳۰	۵۲/۹۹	۲/۸۸

تصورات قالبی ($P=0/137$)؛ تجربه تبعیض اجتماعی ($P=0/788$)؛ کناره‌گیری از اجتماع ($P=0/684$)؛ و داغ‌ننگ ($P=0/284$) می‌باشد که همگی بیشتر از 0/05 بودند. بنابراین پیش‌فرض تساوی واریانس‌ها برای همه رعایت شده است. همچنین نتایج پیش‌فرض آزمون M باکس مبنی بر فرض تساوی واریانس‌های گروه‌ها در جامعه تأیید گردید ($P<0/431$) و مقدار M باکس برابر 8/401). با توجه به تأیید مفروضه‌های در ادامه به بررسی آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیره خواهیم پرداخت که نتایج آن در جدول 3 آمده است.

جهت انجام تحقیق ابتدا آزمون نرمال بودن داده‌ها به عنوان پیش‌فرض انجام گرفت. در آزمون کولموگروف-اسمیرنوف فرض صفر چنین است که توزیع داده‌ها از توزیع نرمال تبعیت می‌کند و فرض مقابل بر خلاف این امر دلالت دارد. با توجه به نتایج حاصل، سطح معنی‌داری هر دو متغیر داغ‌ننگ و اضطراب مرگ بیشتر از 0/05 بوده است، از این رو می‌توان گفت که توزیع داده‌های بدست آمده از پرسشنامه‌های تحقیق نرمال است. به همین منظور برای آزمون فرضیه‌ها از آمار پارامتریک می‌توان استفاده نمود.

نتایج آزمون لون مبنی بر پیش‌فرض تساوی واریانس‌ها انجام گرفت که سطح معناداری همه متغیرها و مولفه‌ها به ترتیب برای اضطراب مرگ ($P=0/403$)؛ تنهایی ($P=0/169$)؛ تأیید

جدول 3. تحلیل ویکلز لامبدا درمان شناختی- رفتاری بر اضطراب مرگ و داغ‌ننگ در بیماران مصروع در مرحله پس‌آزمون

ارزش	F	درجه آزادی	سطح معناداری
مدل	143/49	2	0/000
ویکلز لامبدا	7/121	2	0/000

جدول 4. نتایج کواریانس چندمتغیره درمان شناختی- رفتاری بر اضطراب مرگ و داغ‌ننگ در بیماران مصروع در مرحله پس‌آزمون

منبع	متغیر	مجموع مجذورات آزادی	درجه میانگین ضریب	F	سطح معناداری	مجدور	توان آماری
گروهها	اضطراب مرگ	62/77	1	62/77	5/81	0/021	0/139
	داغ‌ننگ	33/49	1	33/49	7/88	0/008	0/780

جدول 5. تحلیل ویکلز لامبدا درمان شناختی- رفتاری بر اضطراب مرگ و داغ‌ننگ در بیماران مصروع در مرحله پس‌آزمون

ارزش	F	درجه آزادی	سطح معناداری
مدل	160/419	4	0/000
ویکلز لامبدا	5/304	4	0/000

از درمان شناختی - رفتاری (آزمایش و کنترل) بر اضطراب مرگ و داغ ننگ آزمودنی‌های گروه آزمایش تاثیر معناداری داشته است. لذا نتایج نشان داد که درمان شناختی - رفتاری بر اضطراب مرگ و داغ ننگ موثر است. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که درمان شناختی - رفتاری باعث کاهش اضطراب مرگ و داغ ننگ می‌شود.

نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره درمان شناختی - رفتاری بر مولفه‌ها داغ‌ننگ در بیماران مصروع در مرحله پس‌آزمون را نشان می‌دهد. با توجه به مقدار ویکلز لامبدا (سطح معناداری ۰/۰۱) محاسبه شده، لذا درمان شناختی - رفتاری حداقل بر یکی از مولفه‌ها تاثیرگذار بوده است در نتیجه برای اینکه مشخص گردد استفاده از درمان شناختی - رفتاری برای کدام مولفه تاثیرگذار بوده است جدول تحلیل کوواریانس چندمتغیره در ادامه آمده است.

نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره درمان شناختی - رفتاری بر اضطراب مرگ و داغ ننگ در بیماران مصروع در مرحله پس‌آزمون را نشان می‌دهد. با توجه به مقدار ویکلز لامبدا (سطح معناداری ۰/۰۱) محاسبه شده، لذا درمان شناختی - رفتاری حداقل بر یکی از متغیرها تاثیرگذار بوده است در نتیجه برای اینکه مشخص گردد استفاده از درمان شناختی - رفتاری برای کدام متغیر تاثیرگذار بوده است جدول تحلیل کوواریانس چندمتغیره در ادامه آمده است.

جدول شماره ۴ نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره درمان شناختی - رفتاری (آزمایش و کنترل) بر اضطراب مرگ و داغ ننگ در مرحله پس‌آزمون را نشان می‌دهد که تفاوت مشاهده شده بین میانگین‌ها بر حسب عضویت گروهی (آزمایش و کنترل) در مرحله پس‌آزمون معنادار می‌باشد. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که استفاده

جدول ۶. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره درمان شناختی - رفتاری بر مولفه‌های داغ ننگ در بیماران مصروع

در مرحله پس‌آزمون							
منبع	متغیرها	مجموع مجذورات آزادی	درجه	میانگین ضریب F	سطح معناداری	مجدور اتا	توان آماری
تنهایی		۴۳/۰۲	۱	۴۳/۰۲	۰/۰۰۳	۰/۲۲۵	۰/۸۸۳
گروهها	تأیید تصورات قالبی	۵۲/۸۹	۱	۵۲/۸۹	۰/۰۰۰	۰/۴۴۶	۰/۹۹۹
	تجربه تبعیض اجتماعی	۵۵/۵۸	۱	۵۵/۵۸	۰/۰۱۴	۰/۱۵۷	۰/۷۱۴
	کناره‌گیری از اجتماع	۱۶/۴۶	۱	۱۶/۴۶	۰/۰۳۱	۰/۱۲۲	۰/۶۸۷

نشان می‌دهد که تفاوت مشاهده شده بین میانگین‌ها بر حسب عضویت گروهی (آزمایش و کنترل) در مرحله پس‌آزمون معنادار می‌باشد. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که استفاده از درمان شناختی - رفتاری (آزمایش و کنترل) بر

جدول شماره ۶ نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره درمان شناختی - رفتاری (آزمایش و کنترل) بر مولفه‌های داغ‌ننگ از جمله (تنهایی، تأیید تصورات قالبی، تجربه تبعیض اجتماعی، کناره‌گیری از اجتماع) در مرحله پس‌آزمون را

تأیید تصورات قالبی، تجربه‌تبعیض اجتماعی، کناره‌گیری از اجتماع موثر است. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که درمان شناختی- رفتاری باعث کاهش تنهایی، تأیید تصورات قالبی، تجربه‌تبعیض اجتماعی، کناره‌گیری از اجتماع می‌شود

اضطراب و استرس و باورهای نامعقول ناشی از انگ بیماری به دست آمده است. در تبیین این نتایج می‌توان بیان کرد که انگ اجتماعی درک شده و مشکلات روان‌شناختی همراه با بیماری صرع می‌تواند مبتلایان به این بیماری را با تحمل بار روانی سنگینی مواجه سازد، که این خود باعث کاهش کیفیت زندگی در این افراد می‌شود. متغیرهای زیادی مثل؛ نگرانی و اضطراب ناشی از حملات، کیفیت زندگی، حمایت اجتماعی، خودکارآمدی، سن شروع حملات، وضعیت شغلی و مشکلات روانی- اجتماعی بر درک انگ اجتماعی در افراد مصروع تأثیرگذار است، که این نشان می‌دهد مداخله شناختی می‌تواند در کاهش احساس انگ بیماری مؤثر باشد (اسمیت و همکاران، ۲۰۰۹؛ فانتا و همکاران، ۲۰۱۵). داغ‌نگ در واقع مجموعه‌ای از شناخت‌ها و رفتارهایی است که با برچسب زدن فعال شده و به طرد و انزوای اجتماعی منتهی می‌شود. داغ‌نگ هم در مورد خود فرد دارای برچسب به وجود می‌آید و هم ممکن است به وابستگان آن‌ها هم سرایت کند. گاهی فرد هدف (دارای صفت داغ‌نگ) فرایند داغ‌نگ شدن را در خود به کار می‌اندازد و در واقع به درونی کردن فرایند داغ‌نگ می‌پردازد مفهوم داغ‌نگ به عنوان یک

مولفه‌های داغ‌نگ (تنهایی، تأیید تصورات قالبی، تجربه‌تبعیض اجتماعی، کناره‌گیری از اجتماع) آزمودنی‌های گروه آزمایش تاثیر معناداری داشته است. لذا نتایج نشان داد که درمان شناختی- رفتاری بر مولفه‌های داغ‌نگ از جمله؛ تنهایی،

نتیجه‌گیری و بحث

هدف پژوهش حاضر بررسی تاثیر گروه درمانی شناختی- رفتاری بر کاهش داغ‌نگ و اضطراب مرگ در بیماران مبتلا به صرع شهرستان بوکان است. نتایج نشان می‌دهد که گروه درمانی شناختی- رفتاری، میانگین نمرات داغ‌نگ بیماران مبتلا به صرع را به طور معناداری کاهش داده است.

این یافته با نتایج پژوهش رضایی و همکاران (۱۳۹۴)؛ روززونی و همکاران (۲۰۰۹) و حق‌قدم و همکاران (۱۳۹۹) همسو می‌باشد. در این ارتباط روززونی و همکاران (۲۰۰۹) نشان دادند که داغ‌سازی بیماران روانی بیشتر به خاطر فقدان آموزش و آگاهی و تقویت آن توسط مداخلات روان‌شناختی است. آن‌ها بیان کردند که مداخلات روان‌شناختی و آموزشی و تشویق ارتباط بیمار روانی با اجتماع می‌تواند در کاهش داغ‌نگ نقش اساسی داشته باشد (ودادهیر و همکاران، ۱۳۹۴). حق‌قدم و همکاران (۱۳۹۹) نیز نشان دادند که مداخله درمان شناختی - رفتاری برای کنترل اضطراب، مدیریت استرس و راهبردهای مقابله با داغ‌نگ ناشی از بیماری بسیار مؤثر است. شواهدی از پژوهش نیز برای اثربخشی تکنیک‌های شناختی - رفتاری، در کاهش

مداخله‌ای مؤثر می‌تواند در کاهش این مشکلات در بیماران مفید باشد. از آنجا که مرگ، تجربه برگشت ناپذیری است، آدمی تنها از طریق مشاهده مرگ دیگران می‌تواند به مرگ نزدیک شود و معنای آن را باتکیه بر نظام‌های عقیدتی که مرگ را توجیه می‌کند، دریابد. وقتی بیمار مصروع شاهد مرگ یک مصروع دیگر می‌شود اضطراب مرگ در آن‌ها افزایش می‌یابد. بیماران مصروع در جلسات درمان به این نتیجه رسیدند که تنها از زمان حال خود لذت ببرند و به گذشته خود توجه نکنند چرا که گذشته، گذشته است و آینده هم هنوز نیامده. پس می‌توان نتیجه گرفت که آموزش شناختی رفتاری و انجام تکالیف آن بر روی اضطراب مرگ بیماران مصروع تأثیرگذار بوده است. یافته‌های حاصل از جلسات درمانی شناختی رفتاری، دو نوع نگرش عمده مثبت و منفی را در بیماران نسبت به بیماری صرع نشان داد. درصد زیادی از بیماران، ابتلا به صرع را در وضعیت بسیار ناخوشایندی می‌دانستند که عملاً بسیاری از فرصت‌های زندگی را از آنان گرفته و برچسب‌های 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

ویژگی به معنای "عمیقاً بی‌اعتبار" می‌باشد که تأثیر منفی آن منجر به آسیب‌های روان‌شناختی در افراد مبتلا به صرع می‌شود (رضایی و همکاران، ۱۳۹۴).

هم‌چنین در بخشی دیگر، نتایج نشان داد که گروه درمانی شناختی - رفتاری، اضطراب مرگ بیماران مبتلا به صرع را به طور معناداری کاهش داده است. این یافته با نتایج پژوهش قمری کیوی (۱۳۹۴)؛ مؤمنی و همکاران (۲۰۱۸) و منزیس و همکاران (۲۰۱۸) همسو می‌باشد. در این ارتباط قمری کیوی (۱۳۹۴) نشان دادند که گروه درمانی شناختی رفتاری از طریق کمک به شرکت‌کنندگان در پذیرش مرگ، موجب کاهش اضطراب مرگ در آنان می‌شود. نشان دادند که درمان شناختی رفتاری می‌تواند به عنوان یکی از درمان‌های انتخابی برای کاهش اضطراب مرگ مورد استفاده قرار بگیرد. منزیس و همکاران (۲۰۱۸) نشان دادند که درمان شناختی رفتاری، بر اضطراب مؤثر است.

براساس یافته‌های این پژوهش مشخص شد بیماران مبتلا به صرع به دلیل مواجهه مکرر با یک رویداد غیرقابل پیش‌بینی و کنترل‌ناپذیر (تشنجات)، کم کم به سوی درماندگی و انفعال کشیده می‌شوند و اغلب ترس از هجوم حمله در محیط‌های اجتماعی و نگرانی از سوء برداشت‌های دیگران، بیمار را از بسیاری از تجارب مثبت باز می‌دارد و در معرض داغ ننگ شدن قرار دهد و عملاً ممکن است بسیاری از فرصت‌های عملکرد مؤثر را از دست بدهد و این شاید نشان دهنده این باشد که یک بستر فرهنگی - اجتماعی در بروز این پدیده نقش دارد. بنابراین

آموزش شناختی رفتاری می‌تواند اضطراب مرگ را کاهش دهد (چقاجردی و نیک نژادی، ۱۳۹۹). محدودیت‌هایی که در این تحقیق محقق با آن مواجه بوده است آن است که پژوهش حاضر یک پژوهش نیمه تجربی است. در پژوهش‌های نیمه تجربی امکان کنترل تمامی متغیرهای مداخله‌گر وجود ندارد و ممکن است آزمودنی‌ها تحت تأثیر شرایطی که از کنترل پژوهشگر خارج است قرار گرفته باشند. همچنین با توجه به اینکه داده‌های پژوهش حاضر خودگزارشی هستند ممکن است احتمال سوگیری و مخدوش شدن پاسخ‌ها را بالا ببرد. با توجه به یافته‌های پژوهش پیشنهاد می‌شود از یافته‌های حاصل از این پژوهش در تدوین برنامه‌های پیشگیرانه و مداخلات شناختی رفتاری مصروعین استفاده گردد. این برنامه‌ها در مراکز مشاوره و روان‌درمانی به ویژه مراکز و انجمن مصروعین قابل اجراست. مهم‌ترین کاربرد این پژوهش می‌تواند اثربخشی در زمینه کاهش اضطراب مرگ این گروه از افراد و در نهایت بهبود شرایط زندگی آنها باشد. این روش می‌تواند به منظور مشکلات افراد مصروع به روانشناسان، روانپزشکان، مشاوران، مددکاران و کلیه متخصصان دست اندرکاران انجمن و مراکز مصروعین کمک نماید.

سپاسگزاری

در پایان از تمامی بیماران و خانواده‌های محترم آنها همچنین از پزشکان بخش مغز و اعصاب شهر بوکان به جهت همکاری در این پژوهش تشکر می‌گردد.

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 کردند که 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 دانستند.

انسان به طور غریزی تمایل به جاودانگی را از خود بروز می‌دهد. از این رو، در برابر هرگونه فکر درباره فنا و نابودی از خود مقاومت و انکار نشان می‌دهد. با این وجود، وقتی به طور مستقیم با مرگ روبرو می‌شود، تشویش خاطر و نگرانی را تجربه می‌کند که این احساس همان اضطراب مرگ است که موجب اخلال در زندگی شده و سطح کنش‌وری و فعالیت را کاهش می‌دهد (ولیکانی و فیروزآبادی، ۱۳۹۵). لانگ (۲۰۱۰)، می‌گوید مرگ یک حادثه است. مرگ یعنی توقف زندگی، اضطراب مرگ یک نگرانی بالقوه و تأثیرگذار است. در مورد مرگ این اضطراب بیشتر به علت عدم اطلاع از پیامدهای همراه با مرگ یا بعد از آن است. رابطه بین بیماری و اضطراب مرگ نسبتاً پیچیده است و آنچه مردم در رابطه با اضطراب مرگ از آن وحشت دارند، به موازات بیماری و افزایش بیماری تغییر می‌کند.

منابع

- حق‌قدم، ش.؛ و همکاران. (۱۳۹۹). پیامدها و مداخلات روان‌شناختی در پاندمی کووید-۱۹: مطالعه موردی. *مجله طب دریا*، ۲(۱): ۱-۱۱.
- عزیزی، م.، و مؤمنی، خ. (۱۳۹۳). اثربخشی شناخت درمانی گروهی بر کاهش افسردگی و اضطراب زنان سالمند شهر کرمانشاه. *مجله تحقیقات بالینی در علوم پزشکی*، ۳(۳): ۱۷۸-۱۸۷.
- قمری کیوی، ح.، زاهد بابالن، ع.، و فتحی، د. (۱۳۹۴). اثربخشی گروه درمانی شناختی-رفتاری بر اضطراب مرگ در سالمندان مرد سوگوار. *فصلنامه پرستاری سالمندان*، ۴(۱): ۶۹-۶۰.
- کریم، آ. (۱۳۹۱). *درمان شناختی - رفتاری برای اختلال‌های مزمن پزشکی* (ترجمه رضا مولایی و کوروش فتاحی). تهران: انتشارات ارجمند. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۱۱).
- محمدی، م.؛ محتشمی، ح.؛ و عرب خانقلی، ز. (۱۳۹۹). داغ ننگ نسبت به بیماران مبتلا به اختلالات روانی. *نشریه مرور سیستماتیک در علوم پزشکی*، ۱(۱): ۷۲-۶۱.
- ودادهیر، ا.؛ ذلولی، ح.؛ بنی فاطمه، ح.؛ و نبیلی، ف. (۱۳۹۴). داغ ننگ‌سازی و پزشکی شدن مسائل روانی: مطالعه‌ای بر ساخت گرایانه درباره مسئله افسردگی در شهر تبریز. *بررسی مسایل اجتماعی ایران (نامه علوم اجتماعی)*، ۱(۱): ۵۰-۲۷.
- ولیعانی، ا.؛ و فیروزآبادی، ع. (۱۳۹۵). بررسی آقاجانی، م.؛ و میرباقر، ن. (۱۳۹۱). بررسی ارتباط انس با قرآن و باورهای دینی با میزان اضطراب مرگ در بیماران قلبی. *ویژه نامه سومین همایش استانی قرآن و سلامت، کاشان*.
- اورکی، م.؛ مهدی‌زاده، آ.؛ و درتاج، ا. (۱۳۹۷). مقایسه درمان شناختی- رفتاری متمرکز بر تنظیم هیجان و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش علائم کمردرد، افسردگی و افزایش رضایت از زندگی در زنان مبتلا به کمردرد مزمن با اختلال افسردگی اساسی همبود. *فصلنامه علمی - پژوهشی روانشناسی سلامت*، ۷، ۲(۲۶): ۲۵-۴۳.
- چقاجردی، ب.؛ و نیک‌نژادی، ف. (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش شناختی- رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش اضطراب مرگ در بیماران مصروع. *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ۲۱، ۴(۸۲): ۶۹-۸۰.
- رضایی، ف.؛ روشن‌نیا، س.؛ و اسدی، ح. ع. (۱۳۹۴). بررسی داغ اجتماعی در بیماران مبتلا به صرع و تأثیر آن بر فاکتورهای روانشناختی. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد*. ۲۳(۱۱): ۱۰۷۵-۱۰۶۳.
- رمضی، س.؛ و کریم‌زاده، ف. (۱۳۹۷). مروری بر ارزشمندترین نشانگرهای زیستی در بیماری صرع. *مجله دانشگاه علوم پزشکی فسا*. ۸(۳): ۵۰-۸۴۱.

- Adel AL, J., Anthony, M., Momoun, Gh. & wanmeh, A, A. (2006). *British Epilepsy Association*. published by Elsevier. ltd. All right reserved dio: 10. 1016 / J. Seizure. 2006.10.014.
- Afzalaghaee, M. Dehghani, M. Alimi, R & Mehdinejad, M. (2015). Predictors of quality of life in patients with epilepsy. *J Knowledge Health*; 10(1): 11-8.
- America psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental Disorde r*. 4 th edition (DSM-IV). Washington, DC: American psychiatric Association: 18-22.
- Beatty, J. (2018). *Chronic illness stigma and its relevance in the work place. Stigmas, Work and Organizations, Palgrave Explorations in Work place Stigma*. Palgrave Macmillan, New York, 35-54.
- Beck, J., S. (2010). *Questions and answers about cognitive therapy*. Beck Institute for Cognitive Behavior Therapy.
- Bolheri, G. (2012). How to deal with the psychological and social consequences of epilepsy. *Epilepsy and Health*. 10(38): 12-13. [In persian].
- Chavoshi, A. Khoshro, M. (2006). *Epilepsy family medical handbook*.
- First education. qom. sepehr andisheh publications. [In Persian].
- Darlington, C. K., & Hutson, S. P. (2017). Understanding HIV-related stigma among women in the Southern United States: *A literature review AIDS and Behavior*, 21(1), 12-26.
- Dehghani Firuzabadi, M., Mohammadifard, M., Mirgholami, A., Sharifzadeh, GR., Mohammadifard, M. (2013). MRI findings and clinical symptoms of patients with epilepsy referring to Valli-e-asr hospital between 2009 and 2010. *Journal of Birjand University of Medical Sciences*; 19(4): 422- 429. [In Persian].
- Dewhurst, E., Novakova, B., Reuber, M. (2015). A prospective service evaluation of acceptance and commitment therapy for patients with refractory epilepsy. *Epilepsy Behavior*; 46: 234-41.
- Eissa, A., Elhabiby, M., El Serafi, D., Elrassas, H., Shorub, E., El Madani, A., (2020). Investigating stigma attitudes towards people with mental illness among residents and house officers: an Egyptian study. *Middle East Current Psychiatry*; 27(1); 41-62.
- Fanta, T., Azale, T., Assefa, D., Getachew, M. (2015). Prevalence

- and Factors Associated with Perceived Stigma among Patients with Epilepsy in Ethiopia. *Psychiatry J.* 3(1); 21-38.
- Ghanean, H., Nojomi, M., Jacobsson, L. (2011). Internalized stigma of mental illness in Tehran, Iran. *Stigma Res Action*; 1(1): 11-7.
- Goldstein, I. H., Mcalpine, M., Deale, A., Toone, B. K & Mellers, S. D. (2003). Cognitive Behavioral Therapy with adults with intractable Epilepsy And psychiatric Cofrequency. *Behavior and research therapy*: 41(4), 447-6.
- Haji, A., Karimi, Q. (2015). The role of worry, uncertainty and social stigma in predicting self-efficacy and quality of life in patients with epilepsy. *Journal of Health and Care*; 17(3) 187-197.
- Hanyblade, L. et al. (2018). HIV stigma reduction for health facility. [Persian]. Staff: development of a blended-learning hntervention. *Frontiers in public. Health*, 6(165); 21-41.
- Langs, R. (2010). Death anxiety and the emotion processing mind. *Psychoanalytic psychology*, 21(1); 31-53.
- Li, A., Jiao, D., Liu, X., & Zhu, T. (2020). A comparison of the Psycholinguistic styles of schizophrenia- related stigma and depression- related stigma on social media. *content analysis*; 22(4): e16470.
- Menzies, R. Matteo, Z. Sharpe, L. Ilan, DN. (2018). The effects of psychosocial interventions on death anxiety: A meta-analysis and systematic review of randomized controlled trials. *J Anxiety Disord*; 59: 64-73.
- Michaelis, R., Schonfeld, W. and ELsas, S. M. (2018). Trigger self-control and seizure arrest in the Andrews/Reiter behavioral approach to epilepsy: a retrospective analysis of seizure frequency. *Epilepsy Behave*; 23(3); 266-71.
- Momeni, Kh. Rafiee, Z. (2018). *The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Group Therapy on Death Anxiety Women, journal of aging psychology and General Health of Mourning Elderly*. 131-141. [In Persian].
- Pachankis, J. E. et al. (2018). The burden of stigma on health and well Being: A taxonomy of concealment, course, disruptiveness, aesthetics, origin, and peril across 93 stigmas. *Personality Social Psychology Bulletin*. 44(4), 451-474.
- Ritsher, JB. Otilingam, PG. Grajale, M. (2003). Internalized stigma of mental illness: Psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Research*. 121(2); 31-49.
- Ronzoni, P., and et al. (2009). Stigmatization of mental illness Among Nigerian school children. *Int. J Soc Psychiatry*; 56(2); 507-515.
- Saggino, R. & Kline, P. (1996). Item

- factor analysis of the Italian version of the Death Anxiety Scale. *Journal of Clinical Psychology*. 52(1); 329-333.
- Salehzade, M. Calantari, M. Molavi, H. Najafe, M. Noree, A. (2010). The effectiveness of cognitive behavioral therapy with emphasis on specific dysfunctional attitudes on the quality of life of patients with drug – resistant epilepsy. *Journal of behavioral sciences*, 14 (4) 255-260. [In Persian].
- Sayehmiri, K., Tavan, H., Sayehmire, F., Mohamadi, I. (2015). Prevalence of Epilepsy in Iran Using Meta-Analysis and Systematic Review. *Journal of Zanzan university of medical sciences*; 23(97): 112-121. [In Persian].
- Seagal, Z. V., Williams, J. M., & Teasdal, J. D (2018) Mindfulness Base Cognitive Therapy For Depression. A New Approach To Preventing Relaps. *New York: Guilford prss*, 86(2); 200-204.
- Smith, G., Ferguson, P.L., Saunders, L.L., Wagner, J, L., Wannamaker, B. B, Selassie, A. W. (2009). Psychosocial factors associated with stigma in adults with epilepsy. *Epilepsy Behavior*; 16(3): 484-90.
- Templer, D. I. (1996). Item factor analysis of the Italian version of the Anxiety Scale. *Journal of Clinical Psychology*. 52(1); 329-333.
- Yadollahi, S., Ashktorab, T., Zayeri, F. (2015). Medication Adherence and Related Factors in Patients with Epilepsy. *Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery. Tehran University of Medical Sciences*; 21(2): 67-80. [In Persian].