

اثربخشی گروه‌درمانی شناختی-رفتاری با تأکید بر نگرش‌های ناکارآمد ویژه صرع بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به صرع مقاوم به دارو

Effectiveness of cognitive-behavioral group therapy with focusing on dysfunctional attitudes in epilepsy on quality of life in intractable epileptic patients

تاریخ پذیرش: ۱۳۸۹/۹/۱۳

تاریخ دریافت: ۱۳۸۸/۳/۲۵

Salehzadeh, M. MSc[✉], Kalantari, M. PhD, Hosein
Molavi H. PhD, Najafi, M.R. PhD, Nouri, A. PhD

مریم صالح‌زاده[✉]، مهرداد کلانتری^۱، حسین مولوی^۱، محمدرضا
نجفی^۱، ابوالقاسم نوری^۱

Abstract:

Introduction: Epilepsy has a lot of physical and psychosocial consequences for patients. The propose of this research was to determine the efficacy of cognitive behavioral group therapy (CBT) with focus on dysfunctional attitudes related to epilepsy on quality of life in patients with intractable epilepsy.

Method: Twenty patients with chronic and poorly controlled seizures 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 cognitive distortions and training of behavioral techniques. Quality of life in epilepsy scale (QOLIE-89) was applied as the pre-test, post-test and in the follow-up for both groups. Analysis of covariance was applied to analyze the data.

Results: The data analysis showed that the mean scores of QOLIE-89 in experimental group significantly increased in post-test and follow-up as compared with those of the control group.

Conclusion: Cognitive-behavioral group therapy with focus on dysfunctional attitudes, as a complementary therapy, has a remarkable efficacy on improvement of quality of life in epileptic patients.

Keywords: Intractable epilepsy, Quality of life, Dysfunctional attitudes, Cognitive-behavioral group therapy.

چکیده:

مقدمه: بیماری صرع، پیامدهای جسمانی و روانی-اجتماعی بسیاری برای بیماران دارد. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی گروه‌درمانی شناختی رفتاری با تأکید بر نگرش‌های ناکارآمد ویژه صرع بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به صرع مقاوم به دارو صورت گرفت.

روش: بیست نفر بیمار مبتلا به تشنج مزمن و پاسخ ضعیف به دارو، به تصادف در دو گروه آزمایش (ده نفر) و گواه (ده نفر) قرار گرفتند. درمان شناختی-رفتاری طی هشت جلسه هفتگی با تأکید بر بازسازی شناختی، اصلاح تحریفات شناختی و آموزش تکنیک‌های رفتاری برای گروه آزمایش به کار گرفته شد. مقیاس کیفیت زندگی در صرع به‌عنوان پیش‌آزمون، پس‌آزمون و در مرحله پیگیری برای هر دو گروه به کار برده شد. داده‌ها با روش تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: تحلیل‌ها نشان داد که میانگین نمرات کیفیت زندگی در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون و پیگیری افزایش معناداری داشته‌است.

نتیجه‌گیری: گروه‌درمانی 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 می‌باشد.

کلیدواژه‌ها: صرع مقاوم به دارو، کیفیت زندگی، نگرش‌های ناکارآمد، گروه‌درمانی شناختی-رفتاری

✉ **Corresponding Author:** Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences & Psychology, Isfahan University, Isfahan, Iran.
Email: maryam.salehzade@yahoo.com

✉ گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران
۱- دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

مقدمه

صرع یکی از فراوان‌ترین اختلالات نورولوژیک با میزان شیوع سه درصد در جمعیت عادی است. اصطلاح صرع، به حملات عودکننده‌ای اشاره دارد که در نتیجه تخلیه الکتریکی ناگهانی، متناوب و بیش‌ازحد نورون‌های مغزی به‌وجود می‌آید [۱]. تاریخچه صرع، دربرگیرنده چهارهزار سال غفلت، موهوم‌پرستی و برچسب‌های ننگ‌آمیز است که همواره با برچسب‌های اجتماعی و تبعیض برای بیماران دنبال شده است. مطالعات نشان می‌دهد که بیماران مبتلا به صرع، نیم‌رخ روانی خاصی داشته و بافت روان‌شناختی و هیجانی خاصی را تجربه می‌کنند. صرع به میزان ۱۱/۶ درصد با مشکلات روانی، ۵۶/۶ درصد با احساس شرم، ترس، نگرانی و اعتمادبه‌نفس پایین و ۲۶/۶ درصد با احساس برچسب خوردن (stigma) در اجتماع ارتباط دارد [۲]. ابتلا به صرع، سبب کاهش عزت نفس، سطوح پایین رضایت از زندگی و پریشانی روان‌شناختی، اضطراب و مشکلات بین فردی مانند انزوا و کارایی اجتماعی پایین در بیماران می‌شود [۳، ۴ و ۵]. میزان بالای خودکشی در مبتلایان به صرع، یافته پژوهشی دیگری است که لزوم به‌کارگیری مداخلات به‌موقع در این بیماران را حائز اهمیت می‌سازد [۶]. ارزیابی و درک تأثیر صرع بر کیفیت زندگی بیمار، به‌عنوان یک مؤلفه مهم و قابل‌ملاحظه بالینی، توجه پژوهشی روزافزونی را به خود جلب نموده است. کیفیت زندگی مرتبط با سلامت (Health-related quality of life) به‌صورت ارزیابی و برداشت بیمار از میزان تأثیری که نقص‌ها، بیماری‌ها، مصدومیت‌ها و درمان آن‌ها بر کارکردهای روزانه و فرصت‌های اجتماعی وی گذاشته است، تعریف می‌شود [۷]. در بیماران مبتلا به صرع، حوزه‌های موردتمرکز کیفیت زندگی، تحت چهار مقوله اصلی قرار می‌گیرند:

- ۱ - مشکلات مربوط به سلامت روانی؛
- ۲ - مشکلات شناختی؛
- ۳ - استرس‌زاهای عمومی مربوط به صرع؛
- ۴ - مشکلات مربوط به سلامت جسمانی [۶].

تحقیقات مربوط به صرع، غالباً در زمینه نقش متغیرهای جمعیت‌شناختی، عوامل مرتبط با خلق، تأثیر ویژگی‌های بالینی حملات، پیامدهای جراحی یا تأثیرات درمان دارویی بر کیفیت زندگی این بیماران متمرکز بوده است [۸] و تنها پژوهش‌های معدودی در زمینه به‌کارگیری تکنیک‌های روان‌شناختی در درمان اختلالات روانی همراه و بهبود کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به صرع صورت گرفته است. لیون [۹] در مطالعه‌ای مروری، سبک‌های سازگاری و رابطه آن‌ها با انطباق روانی اجتماعی را در بیماران صرعی بررسی نمود. نتایج نشان داد که بازسازی شناختی فرد [۱۰] و خودآثربخشی بالا [۱۱] با پیامدهای روانی اجتماعی بهتر که عموماً با سطوح پایین‌تر اضطراب و افسردگی مرتبط

بودند همراه بود. مارتینویک [۱۲] در پژوهشی به بررسی اثربخشی نوعی درمان شناختی رفتاری بر اختلالات همراه و آشفته‌گی‌های خلقی بیماران مبتلا به صرع پرداخت. نتایج نشان داد که درمان سبب کاهش ترس‌های بیماران و پاسخ‌های غیرانطباقی آن‌ها و کاهش عود حملات نسبت به دوره خط پایه شده و کیفیت زندگی بیماران را به‌طور معناداری بهبود بخشیده است. تحقیقات داخلی در زمینه صرع، محدود به جنبه‌های نورولوژیک این بیماری بوده است و در زمینه اختلالات روانی همراه و کاربرد مداخلات روان‌شناختی برای این بیماران مطالعات چندانی صورت نگرفته است. با درنظر گرفتن جمعیت نسبتاً زیاد بیماران مبتلا به صرع در ایران (حدود یک‌میلیون کودک و بزرگسال به گزارش انجمن صرع ایران [۱۳]) و باتوجه‌به فقر پژوهشی بارزی که در این زمینه در کشور وجود دارد، با جابه‌جایی تمرکز از نقش انحصاری عوامل پزشکی به‌سوی سایر عوامل و از جمله عوامل روان‌شناختی و تعاملات بین حرفه‌ای در این زمینه، می‌توان مشکلات عمده این بیماران را مورد هدف قرار داده و در زمینه ارتقای سلامت روانی این بیماران تلاش نمود. پژوهش‌های مختلف در جوامع گوناگون نتایج متفاوتی را در زمینه تأثیرگذاری عوامل مختلف بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به صرع نشان داده‌اند. پاره‌ای از مطالعات به متغیرهایی همچون طول مدت ابتلا به صرع و فراوانی حملات [۱۴، ۱۵ و ۱۶]، شدت حملات [۱۷، ۱۸ و ۱۹]، تعداد داروهای مصرفی [۱۴ و ۱۸] و دامنه عوارض جانبی داروها [۱۹] اشاره نموده‌اند و دسته‌ای دیگر از پژوهش‌ها عوامل روانی اجتماعی را مهم‌ترین فاکتورهای مؤثر بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به صرع یافته‌اند [۲۰]. پژوهش حاضر طی دو مرحله و با هدف بررسی اثربخشی گروه‌درمانی شناختی رفتاری بر بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به صرع مقاوم به دارو صورت گرفت تا مشخص گردد که آیا کیفیت زندگی بیماران مبتلا به صرع در جامعه ایرانی تا آن اندازه تحت تأثیر عوامل روانی-اجتماعی قرار دارد که به‌کارگیری روان‌درمانی در این زمینه را قابل توجیه سازد یا فاکتورهای مرتبط با تشنجات بیشترین نقش را در کیفیت زندگی این بیماران دارند؟ به‌منظور بومی‌سازی فرهنگی و غنی‌سازی هرچه بیشتر پروتکل درمانی، پژوهشگران طی مرحله اول، به‌صورت کیفی به شناسایی نگرش‌های ناکارآمد مرتبط با بیماری صرع پرداختند و پژوهش حاضر به‌دلیل به‌کارگیری فهرست «نگرش‌های ناکارآمد ویژه بیماری صرع» حائز نوآوری می‌باشد. محققان فرض نمودند که گروه‌درمانی شناختی رفتاری با تأکید بر «نگرش‌های ناکارآمد بیماران مبتلا به صرع»، کیفیت زندگی این بیماران را در حالت کلی و در مؤلفه‌ها بهبود می‌بخشد.

روش

جامعه آماری پژوهش حاضر را، کلیه بیماران مبتلا به صرع مقاوم

ضمن امضای برگه رضایت‌نامه کتبی، طی هشت جلسه نود دقیقه‌ای تحت گروه‌درمانی 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 هاوتون و همکاران [۲۲]، مدل شناختی جودیت بک [۲۳] و مدل گروه‌درمانی شناختی رفتاری مایکل فری [۲۴] نیز استفاده گردید:

جلسات اول تا سوم: معارفه و اتحاد درمانی، آشنایی کلی با صرع (علل زیربنایی، انواع جلوه‌های بالینی آن، داروها و عوارض جانبی و...)، آموزش فرمول‌بندی شناختی (ارتباط بین فکر، هیجان و رفتار)، معرفی، تعریف و تشریح افکار خودآیند و تأثیر آن بر خلق و احساس، آشنایی با نگرش‌های ناکارآمد و افکار خودآیند منفی (به‌ویژه با استفاده از فهرست نگرش‌های ناکارآمد خود بیماران)، آموزش فنون آرمیدگی و اجرای گروهی آن و تکمیل مقیاس کیفیت زندگی در صرع توسط بیماران.

جلسات چهارم تا ششم: آموزش راهبردهای شناسایی افکار، روش‌های ارزیابی و اصلاح افکار ناکارآمد با استفاده از تکنیک‌های موجود، آموزش مهارت‌های ارتباطی و ابزار وجود مثبت به‌عنوان بهترین سبک ارتباطی همراه با تمرین رفتار و ایفای نقش، آموزش اصول برنامه‌ریزی فعالیت و تنظیم وقت و تشویق به ازسرگیری فعالیت‌های راکدامنده.

جلسات هفتم و هشتم: آموزش مهارت حل مسأله و کاربردهای آن در زندگی روزمره، جمع‌بندی کلی نکات ارائه‌شده طی جلسات درمان، تبیین احتمال برگشت سبک‌های ناسازگارانه پس از دوره درمان و واکنش صحیح در این موارد و تکمیل مقیاس کیفیت زندگی در صرع به‌عنوان پس‌آزمون. به‌منظور رعایت جنبه اخلاقی و مخصوصاً کنترل اثر پلاسیبویی درمان، بیماران گروه گواه نیز در جلسات گروهی مشاوره معمولی (بدون تکنیک) شرکت نمودند که البته به‌دلیل محدودیت فضا و امکانات تنها ۴ جلسه برای این گروه تشکیل گردید. به‌منظور ارزیابی میزان پایداری تأثیرات درمانی در طول زمان (پیگیری)، مقیاس کیفیت زندگی در صرع، یک ماه و نیم بعد از اتمام جلسات درمانی توسط هر دو گروه آزمایش و گواه تکمیل گردید. با توجه به طرح تحقیق تجربی همراه با پیش‌آزمون و پس‌آزمون، برای تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد.

نتایج

میانگین و انحراف استاندارد سنی بیماران در گروه آزمایش 25 ± 24 و در گروه گواه 23 ± 26 سال بود. دامنه سطح تحصیلی بیماران در هر دو گروه از سیکل تا لیسانس بود. تعداد بیماران مجرد و متأهل در گروه آزمایش به ترتیب ۶ و ۴ و در گروه گواه، تعداد افراد متأهل و مجرد برابر بود. تعداد افراد شاغل

به داروی ساکن اصفهان تشکیل می‌دهند که در بهار ۱۳۸۸ به مراکز درمانی این شهر مراجعه نموده‌اند. نمونه‌گیری به روش تصادفی و با همکاری شش متخصص مغز و اعصاب عمدتاً با لاین مطالعاتی صرع، در مطالعه صورت گرفت. مطالعه طی دو مرحله و به‌صورت تری انگولیشن انجام گردید. مرحله اول شامل مطالعه کیفی: در قالب یک مطالعه پدیدارشناختی و با روش مصاحبه باز، نگرش‌های ناکارآمد ۶۰ بیمار مبتلا به صرع نسبت به خود، بیماری صرع، دیگران، تعاملات اجتماعی و... بیرون کشیده شد. این نگرش‌های ناکارآمد و باورهای ناسازگارانه در تنظیم پروتکل درمانی به‌کار برده شد و در مرحله بعد، آماج مداخلات قرار گرفت. از میان بیمارانی که معیارهای ورود به مطالعه را دارا بودند ۲۴ بیمار به تصادف انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند (هر گروه شامل ۱۲ بیمار). به‌دلیل 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 موارد زیر بود: جنسیت مؤنث، دامنه سنی ۲۰ تا ۴۰ سال، سطح تحصیلات سیکل به بالا، از شروع حملات صرع حداقل یک سال گذشته‌باشد و ابتلا به تشنجات مقاوم به دارو. بیماران مبتلا به اختلالات روان‌پریشی، دارای عقب‌ماندگی ذهنی و بیمارانی که از اختلالات نورولوژیک جدی رنج می‌بردند نیز از مطالعه حذف شدند. بیماران هر دو گروه آزمایش و گواه، تحت دارودرمانی (برای تشنجات) قرار داشتند. کارآزمایی بالینی طی ۸ جلسه انجام گردید که شیوه اجرایی آن در ادامه توضیح داده شده است.

ابزار پژوهش

به‌منظور جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه جمعیت‌شناختی شامل سن، تحصیلات، وضعیت اشتغال، وضعیت تأهل، سابقه ابتلا به سایر بیماری‌ها، مدت زمان ابتلا به صرع و... و پرسشنامه کیفیت زندگی در صرع (مقیاس ۸۹ آیتمی) استفاده گردید. پرسشنامه کیفیت زندگی در صرع (QOLIE-89) توسط دوینسکی (Devinsky) و همکاران ساخته شد تا رضایت از زندگی و کیفیت کلی زندگی را تعیین کند. این پرسشنامه، یک ابزار خود گزارشی ۸۹ آیتمی و شامل ۴ زیر مقیاس عمده می‌باشد. پژوهش‌ها حاکی از اعتبار بالای این آزمون است [۲۱]. همبستگی بین نمرات بیمار و نمرات مشاهده‌گر در اولین ملاقات آنها، معنادار بوده (دامنه‌ای از ۰/۳۹ تا ۰/۶۹). پایایی درونی (آلفای کرونباخ) دامنه‌ای از ۰/۷۸ تا ۰/۹۲ و پایایی آزمون-بازآزمون نیز دامنه‌ای از ۰/۵۸ تا ۰/۸۶ داشته است.

روش اجرا

پژوهش حاضر از جمله طرح‌های شبه‌تجربی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و گروه کنترل می‌باشد. دوازده نفر بیمار گروه آزمایش

ویک بررسی شد. سطح معناداری در گروه آزمایش ۰/۳۳ و در گروه گواه ۰/۴۷ محاسبه و بنابراین این پیش‌فرض در هر دو گروه تأیید گردید. تساوی واریانس‌های دو گروه با آزمون لوین بررسی شده و با سطح معناداری ۰/۵۹ این پیش‌فرض نیز تأیید گردید.

در گروه آزمایش ۲ و در گروه گواه ۳ نفر بودند. هیچ‌یک از متغیرهای جمعیت‌شناختی مورد مطالعه با نمرات کیفیت زندگی همبستگی معناداری نشان نداد بنابراین تنها تأثیر نمرات پیش‌آزمون بر نمرات پس‌آزمون کنترل گردید. پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمرات کیفیت زندگی با استفاده از آزمون شاپیرو-

جدول ۱- نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر عضویت گروهی بر کیفیت کلی زندگی دو گروه آزمایش و گواه در مرحله پس‌آزمون و پیگیری

پیگیری				پس‌آزمون				شاخص متغیر
توان آماری	اندازه اثر	معناداری	F	توان آماری	اندازه اثر	معناداری	F	
۱	۰/۷۴	۰/۰۰	۵۰/۶۳	۱	۰/۷۵۶	۰/۰۰	۵۵/۱۹۲	پیش‌آزمون
۰/۹۴	۰/۴۵	۰/۰۰	۱۴/۰۴	۰/۹۸۴	۰/۵۲۶	۰/۰۰	۱۹/۰۸۱	عضویت گروهی

جدول ۲- نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر عضویت گروهی بر خرده‌مقیاس‌های سلامت روانی، مشکلات شناختی، استرس‌زاهای مربوط به دو گروه در مرحله پس‌آزمون و پیگیری

پیگیری				پس‌آزمون				شاخص	
توان آماری	اندازه اثر	معناداری	F	توان آماری	اندازه اثر	معناداری	F	سلامت روانی	مشکلات شناختی
۱/۰۰	۰/۶۹	۰/۰۰	۳۹/۳۸	۱	۰/۷۲	۰/۰۰	۴۵/۵		
۰/۹۵	۰/۴۷	۰/۰۰۱	۱۵/۲۶	۰/۹۹	۰/۵۵	۰/۰۰	۲۰/۸۴	عضویت گروهی	
۱/۰۰	۰/۷۹	۰/۰۰	۶۷/۵	۱/۰۰	۰/۸۷	۰/۰۰	۴۳۶/۳۵/	پیش‌آزمون	سلامت جسمانی
۰/۰۵	۰/۰۰۲	۰/۸۵	۰/۰۳۵	۰/۴	۰/۱۶۵	۰/۰۸۵	۳/۳۵	عضویت گروهی	
۱/۰۰	۰/۹۴	۰/۰۰	۲۹۰/۴۹	۱/۰۰	۰/۹۶	۰/۰۰	۴۳۶/۳۵	پیش‌آزمون	سلامت
۰/۹۹	۰/۶	۰/۰۰	۲۵/۹۴	۱/۰۰	۰/۷۵	۰/۰۰	۵۲/۶۹	عضویت گروهی	
۰/۴۶	۰/۱۸	۰/۰۶۳	۳/۹۴	۰/۸۸۶	۰/۳۹	۰/۰۰۴	۱۱/۲۸	پیش‌آزمون	عضویت گروهی
۰/۱۹	۰/۰۲	۰/۲۶	۱/۳۵	۰/۰۶۶	۰/۰۰۹	۰/۶۹	۰/۱۵۹	عضویت گروهی	

می‌باشد (میزان تأثیر ۰/۴۵) هرچند که میزان تأثیر تا حدودی کاهش یافته است (کاهش اندازه اثر از ۰/۵۲ به ۰/۴۵). نتایج جدول ۲ میزان اثربخشی درمان بر هریک از ۴ زیر مقیاس عمده کیفیت زندگی بیماران گروه آزمایش را نشان می‌دهد. درمان بر سلامت روانی بیماران در مرحله پس‌آزمون مؤثر بوده است (اندازه اثر: ۵۵ درصد، توان آماری: ۰/۹۹ و سطح معناداری: $p < 0.01$) که در مرحله پیگیری نیز تأیید شده است (اندازه اثر: ۰/۴۷، سطح معناداری: ۰/۰۰۱ و توان آماری: ۰/۹۵). نتایج جدول در ادامه، نشان‌دهنده عدم تأثیر درمان بر خرده‌مقیاس مشکلات شناختی

جدول ۱، نتایج تحلیل کوواریانس، تأثیر گروه‌درمانی شناختی رفتاری بر افزایش کیفیت کلی زندگی بیماران را در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نشان می‌دهد. نتایج نشان داد که پس از کنترل نمرات پیش‌آزمون، بین میانگین‌های تعدیل‌شده نمرات کیفیت زندگی دو گروه تفاوت معنادار وجود دارد ($p < 0.01$) و اندازه اثر آن برابر با ۰/۵۲ است. توان آماری ۰/۹۸ همراه با سطح معناداری مطلوب، بیانگر کفایت حجم نمونه و دقت بالای آزمون است. نتایج تحلیل داده‌ها در مرحله پیگیری نیز حاکی از پایداری نسبتاً خوب تأثیرات درمان طی یک‌ماه‌ونیم پس از اتمام درمان

بیماران در پس‌آزمون و پیگیری است ($p=0/85$) و توان آماری: $0/05$. نتایج جدول حاکی از آن است که درمان به میزان قابل توجهی بر خرده‌مقیاس استرس‌زاهای مربوط به صرع مؤثر بوده است. میزان این تأثیر ۷۵ درصد، توان آماری ۱ و سطح معناداری ($p<0/01$) است. نتایج پیگیری یک‌ماهه نیز تأییدکننده است (اندازه اثر: $0/06$ ، توان آماری: $0/99$ و معناداری: $p<0/01$). نتایج در ادامه نشان می‌دهد که درمان شناختی رفتاری بر خرده‌مقیاس سلامت جسمانی تأثیری نداشته است ($p>0/05$) و توان آماری: $0/066$ مربوط به مرحله پس‌آزمون و $p=0/26$ و توان آماری $0/19$ مربوط به پیگیری یک‌ماهه).

بحث

نتایج پژوهش حاضر حاکی از اثربخشی گروه‌درمانی شناختی رفتاری بر افزایش کلی کیفیت زندگی، افزایش سلامت روانی و کاهش مشکلات ناشی از استرس‌زاهای مرتبط با صرع در بیماران گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون و در پیگیری یک‌ماهه می‌باشد که این یافته‌ها با نتایج تحقیقات روزنایم و پالمون [۱۰]، پژوهش مروری لیونه [۹] و مارتینوویک [۱۲] همخوان می‌باشد. تحلیل داده‌ها نشان داد که مشکلات شناختی و مشکلات سلامت جسمانی بیماران تحت تأثیر درمان شناختی رفتاری قرار نگرفته است. با وجود اینکه یک مطالعه حاکی از اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر بهبود سطوح شناختی بیماران مبتلا به صرع وجود دارد [۲۵] لیکن در پژوهش حاضر به دلیل محدودیت زمانی جلسات و کمبود امکانات، امکان وارد نمودن این تکنیک‌ها و همچنین تکنیک‌های توان‌بخشی جسمانی به پروتکل تنظیم‌شده وجود نداشت. زیرمقیاس سلامت روانی، حیطه‌هایی همچون بهزیستی هیجانی، انزوای اجتماعی، حمایت اجتماعی و... را دربر می‌گیرد. یکی از موارد مورد تأکید در درمان، اصلاح سبک ارتباطی بیماران و افزایش تجارب اجتماعی لذت‌بخش آن‌ها بود. از طریق آموزش تکنیک برنامه‌ریزی فعالیت، به بیماران آموزش داده شد تا تجارب لذت‌بخش در زندگی روزانه خود و برنامه‌های هفتگی خود را افزایش دهند. از آنجا که بسیاری از این بیماران به دلیل خلق پایین و تفکرات ناکارآمد، معمولاً تجارب شکست‌زایی دارند و نافع‌الی و درماندگی مشخصه زندگی روزانه این بیماران است. افزایش تجارب خوشایند، از جمله عواملی است که بهزیستی هیجانی بیماران را افزایش می‌دهد. آموزش سبک ارتباطی مناسب، به بیماران کمک نمود تا تجارب اجتماعی مطلوب بیشتری داشته‌باشند. از آنجا که سبک ارتباطی غالب در اکثر این بیماران، سبک منفعل یا بعضاً پرخاشگر بود اکثر بیماران از ناخوشایند بودن تجارب ارتباطی و اجتماعی خود شکایت داشتند برای نمونه، بعضی از بیماران معتقد بودند که رابطه با آن‌ها برای هیچ کس جذابی نیست و بسیار سرد و کسل‌کننده

هستند. این بیماران دوستان بسیار کمی داشتند و بیشتر وقت خود را با خانواده خود می‌گذراندند. تعدادی دیگر از بیماران به دلیل سبک ارتباطی پرخاشگرانه، در حفظ و تداوم روابط خود با دیگران مشکل داشتند و به دلیل واکنش‌های شدید و هیجانی خود، روابط پایا و بادوامی نداشتند. آموزش مهارت‌های ارتباطی و ابزار وجود صحیح، انزوای اجتماعی بیماران را کاهش داده و بهبود سبک ارتباطی، منجر به دریافت حمایت‌های اجتماعی بیشتر می‌گردد. زیرمقیاس استرس‌زاهای مربوط به بیماری، نگرانی از حملات تشنج و اثرات جانبی داروها، دلسردی از سلامتی و... را شامل می‌شود. گفته‌های بیماران در جلسه ابتدایی و در مرحله مصاحبه قبل از درمان، حاکی از نگرانی بیش از حد و مخصوصاً اطلاعات غلط بیماران در مورد جنبه‌های مختلف بیماری صرع بود. بیماران در مورد علل احتمالی این بیماری و تأثیرات جانبی داروها اطلاعات بسیار تحریف‌شده‌ای داشتند. از بین رفتن سلول‌های مغزی، جنون ناشی از عوارض داروهای مصرفی، دیوانگی و جنون و مرگ‌آور بودن حمله تشنج از جمله این‌ها بود. جنبه‌های پزشکی و دارویی صرع را به زبانی ساده برای بیماران تشریح شد. اصلاح افکار و نگرش‌های ناکارآمد در زمینه ابتلا به صرع و واکنش‌های منفی اجتماع به این بیماری سبب درماندگی و انفعال در بسیاری از بیماران شده‌بود که درمان با مورد آماج قرار دادن این تحریفات فکری و نگرش‌های منفی و اصلاح و جایگزینی آن‌ها با افکار مثبت و سازنده، پذیرش صحیح بیماری و افزایش عملکردهای روزانه در بیماران را موجب گردید. باتوجه به معیارهای خاصی که در انتخاب نمونه پژوهش حاضر صورت گرفت و باتوجه به عدم تمایل اعضا از حضور در یک گروه مختلط و مشارکت تنها بیماران مؤنث در هر دو گروه، در تعمیم نتایج به افراد خارج از این محدوده باید جانب احتیاط را رعایت نمود. به‌منظور همگن‌سازی اعضای هر دو گروه، از بیمارانی که مبتلا به حملات مقاوم به درمان بودند استفاده شد. تفاوت در نوع و شدت حملات عامل تأثیرگذاری است که به دلیل محدودیت‌های موجود، در نمونه‌گیری لحاظ نگردید. باتوجه به شیوع بالای صرع در کودکان و نوجوانان، پیشنهاد می‌شود که برنامه‌های پیشگیری به‌منظور آموزش بیمار برای پذیرش صحیح بیماری و سازگاری مناسب با عوارض و پیامدهای احتمالی آن همراه با تکنیک‌های شناختی رفتاری از همان سنین کودکی و نوجوانی برای بیماران طراحی و اجرا شود و در انتها، تنظیم برنامه‌های درمانی وسیع‌تر و هدف قرار دادن اختلالات روانی عمده (به‌ویژه افسردگی و انواع اختلالات اضطرابی) به‌منظور ارتقای کیفیت زندگی در این بیماران پیشنهاد می‌شود.

نتیجه‌گیری

نتایج حاصل از مرحله مقدماتی مطالعه (مصاحبه بازپاسخ با

2004; 45: 544-559.

9- Livneh H, Wilson L. M, Duchesneau A. Psychological adaptation to epilepsy. The role of coping strategies. *Epilepsy and behavior*. 2001; 2: 533-544.

10- Rosenbarn M, Palmon N. Helplessness and resourcefulness in coping with epilepsy. *Journal of Consult Clinical Psychology*. 1984; 32: 244-53.

11- Tedman S, Thernton E, Bakert G. Development of a scale to measure core beliefs and perceived self- efficacy in adults with epilepsy. *Epilepsy & Behavior*. 1995; 2: 255- 261.

12- Martinovic Z, Simonovic P, Djokic R. Preventing depression in adolescents with epilepsy. *Epilepsy & Behavior*. 2001; 9: 619-624.

13- Iranian Epilepsy Institute. Prevalence of epilepsy. *Helth*. 1998; 3

14- Sabaz M, Cairns D, Lawson J, Bleasel A, Bye A. The health related quality of life of children with refractory epilepsy: a comparison of those with and without intellectual disability. *Epilepsia* 2001;42:621-8.

15- Hoare P. The quality of life of children with chronic epilepsy and their families. *Seizure* 1993;2:269-75.

16- Hoare P, Mann H, Dunn S. Parental perception of the quality of life among children with epilepsy or diabetes with a new assessment questionnaire. *Qual Life Res* 2001;9:637-44.

17- Camfield C, Breau L, Camfield P. Impact of pediatric epilepsy on the family: a new scale for clinical and research use. *Epilepsia*. 2001;42:104-12.

18- Sabaz M, Cairns D, Lawson J, Nheu N, Bleasel A, Bye A. Validation of a new quality of life measure for children with epilepsy. *Epilepsia* 2000;41:765-74.

19- Devinsky O, Westbrook L, Cramer J, Glassman M, Perrine K, Camfield C. Risk factors for poor health-related quality of life in adolescents with epilepsy. *Epilepsia* 1999; 40:1715-20.

20- Suurmeijer TPBM, Reuvekamp MF, Aldenkamp BP. Social functioning, psychological functioning, and quality of life in epilepsy. *Epilepsia* 2001;42:1160-8.

21- Devinsky O, Vickrey B G, Cramer J, Perrine K, Hermann B, Meador K, Hays. RD. The development of the quality of life in epilepsy inventory. *Epilepsia*. 1995; 36: 1086-1104.

22- Hawton K. Kis MS. Kirk J. Clark DM. Cognitive behavior therapy for psychiatric problems: Practical guide. Ghasemzade. H, translator. Tehran: Arjmand Publication; 2004. [Persian]

23- Beck JS. Cognitive therapy: Basics and beyond. Dorahaki I and Abedi MR, translator. Tehran: Golhaye Mohammadi Publication; 2003. [Persian]

24- Ferry M. Cognitive behavior therapy in groups: Guidelines and resources for practice. Sahebi A. Hamidpoor H and Andooz Z, translator. Mashhad: Jahade daneshgahi Publication; 2003. [Persian]

25- Kolko D J, Brent D A, Bauger M, Bridge J, and Birmaher B. Cognitive and family therapies for adolescent depression: treatment specificity, mediation and moderation. *Journal of consult clinical psychology*. 2000; 68: 603-14.

بیماران) نشان داد که بیماران مبتلا به صرع دارای نگرش‌های ناکارآمد ویژه‌ای هستند که سازگاری آن‌ها را با بیماری به میزان زیادی تحت تأثیر قرار می‌دهد. آگاهی فرد از این که مبتلا به صرع است موجب احساس درماندگی و خشم و رنجش می‌شود و احساس بی‌ارزشی و عدم پذیرش نتیجه این درماندگی و واکنش‌های نادرست اطرافیان بیمار است. باتوجه به نتایج مطالعات صورت گرفته و از جمله یافته‌های پژوهش حاضر، لزوم اتخاذ یک رویکرد زیستی-روانی-اجتماعی نسبت به بیماری صرع توسط متخصصان مغز و اعصاب و صاحب‌نظران در حیطه بهداشت روانی ضروری به نظر می‌رسد.

قدردانی

از همکاری صمیمانه درمانگاه و بخش داخلی اعصاب بیمارستان آیت‌الله کاشانی و مرکز تحقیقات علوم رفتاری بیمارستان نور شهر اصفهان و همچنین از مساعدات ارزشمند دکتر مجید برکتین و دکتر امراله ابراهیمی قدردانی می‌گردد.

منابع

- 1- Victor A, Ropper V. Manual of neurology. Boston: McGraw Hill;2002. P.134.
- 2- Salgado C, Pedroso de Souza A. A psychosocial view of anxiety and depression in epilepsy. Department of neurology, University of medicine. *Epilepsy and Behavior*;2005. 8: 232-238.
- 3- Lee E J. A cognitive vulnerability model of depression for people with temporal lobe epilepsy: A four year longitudinal study. Dissertation for PhD in psychology. University of Wisconsin- Madison. 2007.
- 4- Bishop M. Barriers to employment among people with epilepsy: report of a focus group. *J Vocational Rehabil* 2002;17:281-6.
- 5- Raty LKA, Wilde Larsson BM, Soderfeldt BA. Health-related quality of life in youth: a comparison between adolescents with uncomplicated epilepsy and healthy controls. *J Adolescent Health*. 2003;33:252-8.
- 6- O'Neill A. Neurobiological, Demographic and Psychological factors associated with depression and anxiety in individual with epilepsy. Doctoral Dissertation, University of Hartford.2005
- 7- Haghayegh SA. Effectiveness of group cognitive behavior therapy on health – related quality of life in patients with irritable bowel syndrome [dissertation]. Isfahan: Isfahan University; 2007. [Persian]
- 8- 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*.