Original Article

Impact of coping-skills training on reducing tension in patients with epilepsy

Mamanpush M[1], Aghayusefi AR[1], Ebrahimi A[2*], Mirmahdi R[1]

1- Faculty of Psychology, Payam nor University, I. R. Iran.
2- Social Determinants of Health Research Center (SDHRC), Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, I. R. Iran.

Received May 18, 2012; Accepted June 2, 2013

Abstract:

Background: Epilepsy is one of the most prevalent brain disorders affecting 0.5-1% of people in different societies. The aim of this study was to evaluate the effect of coping skills training on reducing stress in patients with epilepsy.
Materials and Methods: In this clinical trial study, 60 patients with epilepsy were selected randomly from a list of the members of Isfahan Epilepsy Association in the second half of 2011. The participants were divided into the experimental and control groups (n=30 in each group). The training and practice of stress management were conducted one two-hour session per week for eight weeks. Before and after the training and practice, Lazarus-Folkman coping questionnaire and Depression, Anxiety, Stress scale (DASS) were completed for both groups.
Results: The results showed that 60% and 53% of the cases were women in the experimental and control groups, respectively. The age of most respondents in the experimental (36.7%) and control (30%) groups was in the range of 18-24 years. Results revealed that coping skills training can reduce tension in patients with epilepsy (P<0.01). Moreover, coping skills training significantly affected all subscales of coping strategies scores except for avoidance, self-control and responsibility.
Conclusion: Findings showed that coping skills training can be recommended as an add-on treatment plan in patients suffering from epilepsy.

Keywords: Coping skills training, Coping therapy, Stress, Epilepsy

* **Corresponding Author.**
Email: a_ebrahimi@med.mui.ac.ir
Tel: 0098 913 317 6187
Fax: 0098 311 222 2475
IRCT Registration NO: *IRCT201206107339N2* Conflict of Interests: ***No***
Feyz, Journal of Kashan University of Medical Sciences June, 2014; Vol. 18, No 2, Pages 116-121

Please cite this article as: Mamanpush M, Aghayusefi AR, Ebrahimi A, Mirmahdi R. Impact of coping-skills training on reducing tension in patients with epilepsy. ***Feyz*** 2014; 18(2): 116-21.

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-24]

اثر بخشی آموزش مهارت‌های مقابله‌ای بر کاهش تنیدگی بیماران مبتلا به صرع

مریم مأمن پوش [۱]، علیرضا آقایوسفی [۲]، امراله ابراهیمی [۳*]، رضا میرمهدی [۲]

خلاصه:

سابقه و هدف: صرع از فراگیرترین اختلالات مغزی است که در جوامع مختلف بین نیم تا یک درصد افراد جامعه را مبتلا می‌سازد. هدف از انجام این پژوهش تعیین اثر بخشی آموزش مهارت‌های مقابله (مقابله درمان‌گری) بر کاهش تنیدگی بیماران مبتلا به صرع بود.

مواد و روش‌ها: این مطالعه از نوع کارآزمایی بالینی است. آزمودنی‌ها شامل ٦٠ نفر از مصروعین عضو انجمن صرع استان اصفهان، در شش ماه دوم سال ۱۳۸۹ بودند که به‌صورت تصادفی از لیست اسامی اعضای انجمن صرع استان اصفهان انتخاب شده و در دو گروه ۳۰ نفره‌ی آزمایش و کنترل قرار گرفتند. سپس، برنامه آموزش و تمرین آموزش مقابله با استرس در هشت هفته‌ی دو ساعته اجرا شد. پیش و پس از اجرای آموزش و تمرین، پرسشنامه‌ی مقابله‌ی لازاروس– فولکمن، مقیاس افسردگی، استرس و اضطراب Depression, Anxiety, Stress Scale (DASS) تکمیل شد.

نتایج: نتایج نشان داد که ٦٠ درصد افراد گروه آزمایش و ۵۳/۳ درصد افراد گروه کنترل زن بوده‌اند. بیشتر پاسخ‌گویان در گروه آزمایش (۳٦/۷ درصد) در محدوده‌ی سنی ۲٤–۱۸ سال و در گروه کنترل ۳۰ درصد افراد در محدوده‌ی سنی ۲٤–۱۸ سال بوده‌اند. یافته‌ها نشان داد آموزش مهارت‌های مقابله با استرس بر کاهش تنیدگی افراد مصروع مؤثر است ($P<۰/۰۱$). هم‌چنین، مهارت آموزی مقابله با استرس بر نمرات همه خرده مقیاس‌های راه‌های مقابله‌ای به‌جز دوری‌جویی، خویشتن‌داری، و مسؤلیت‌پذیری مؤثر بوده است ($P<۰/۰۱$).

نتیجه‌گیری: یافته‌های این پژوهش حاکی از آن است که آموزش مهارت شیوه‌های مقابله به‌عنوان یک روش درمانی می‌تواند در طرح درمانی این بیماران ادغام شود.

واژگان کلیدی: آموزش مهارت‌های مقابله، مقابله درمانگری، تنش، صرع

دو ماه‌نامه علمی– پژوهشی فیض، دوره هجدهم، شماره ۲، خرداد و تیر ۱۳۹۳، صفحات ۱۲۱–۱۱٦

مقدمه

صرع از فراگیرترین اختلالات مغزی است که در جوامع مختلف نیم تا یک در صد افراد جامعه را مبتلا می‌سازد [۱] و یکی از شایع‌ترین اختلالات عصب‌شناختی در سطح جهان است [۲]. افرادی را مصروع می‌نامیم که در صورت درمان نشدن طی سال‌های متمادی در فواصل کم و بیش معین و حداقل سالی یک‌بار دچار حمله‌ی ناگهانی تشنج می‌شوند که منشا آن در مغز است و نتیجه‌ی فعالیت بیش از حد مغز و اختلال عمل مغز است [۳]. اگر چه مصرف داروهای ضد صرع می‌تواند حملات را کنترل کند و صرع الزاما همراه با اختلال رفتاری و روانی نیست، ولی به‌علت وجود محدودیت‌ها و تغییر در روابط بین فردی، این بیماران دچار مشکلاتی در زندگی روزمره‌شان هستند که همراه با احساس تنیدگی است؛ چون بیماری صرع از کودکی آغاز شده و تا بزرگ‌سالی ادامه می‌یابد [٤]، این بیماران علاوه بر تحمل عوارض مصرف داروهای ضد صرع در معرض بسیاری از مشکلات از جمله، بی‌خوابی، مشکلات حافظه، تمرکز و مشکلات اجتماعی هستند [۵]. طبق نظریه Folkman و Lazarus، مقابله، مهارت‌های شناختی، رفتاری و هیجانی "مدیریت" موقعیت تنیدگی‌زا است [٦]. تاکنون پژوهش‌های زیادی در ارتباط با سبک‌های مقابله با استرس و بیماری‌های گوناگون انجام شده است [۸،۷]. از جمله، بررسی شیوه‌های مقابله‌ای بیماران دچار اختلال عروق کرونری نشان داده است که بین سبک‌های مقابله‌ای با بیماری کرونری قلب ارتباط معنی‌داری وجود دارد [۹]. یافته‌های یک مطالعه دیگر نشان می‌دهد بین سبک‌های مقابله‌ای هیجان مدار و بیماری کرونری قلب ارتباط معنی‌داری وجود دارد [۱۰]. به‌علاوه، نشان داده شده است که آموزش مهارت‌های مقابله با استرس باعث کاهش تنیدگی در زنان مبتلا به اختلال عروق کرونر می‌شود [۱۱]. هم‌چنین، تاثیر آموزش مقابله در کاهش علایم منفی اسکیزوفرنی گزارش شده است [۱۲]. چندین پژوهش با هدف سنجش ارتباط عوامل استرس‌زا و مقابله با آن، در افرادی که نشانگان بیماری مزمن نداشتند انجام شده که نشان دهنده‌ی ارتباط معنی‌دار بین مهارت‌ها و شیوه‌

[۱] کارشناس ارشد روانشناسی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه پیام نور

[۲] استادیار، دانشکده روانشناسی، دانشگاه پیام نور

[۳] استادیار، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

* **نشانی نویسنده مسئول:**
اصفهان، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

تلفن: ۰۹۱۳۳۱۷٦۱۸۷ **دورنویس:** ۰۳۱۱ ۲۲۲۲۴۷۵

پست الکترونیک: a_ebrahimi@med.mui.ac.ir

تاریخ دریافت: ۹۱/۲/۲۸ **تاریخ پذیرش نهایی:** ۹۲/۳/۱۲

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-24]

های متفاوت مقابله با استرس با وضعیت سلامت بوده به‌طوری‌که با افزایش و کارآمدی شیوه‌های مقابله تنیدگی کاهش یافته است [۱۳،۱٤]. نتایج مطالعات انجام شده با والدین افراد مصروع نیز با نتایج پژوهش‌های پیشین هم‌سو هستند [۱۵،۱٦]. بسیاری از پژوهش‌های روان‌شناختی که در مورد افراد مصروع انجام شده است، در جستجوی ارزیابی تأثیر راه‌کارهای مقابله‌ای به‌کار گرفته شده توسط افراد مصروع بوده‌اند. یافته‌ها نشان‌دهنده‌ی اهمیت ارزیابی مقابله و تأثیر بر کاهش تنش و کیفیت زندگی بیماران است [۱۷]. هم‌چنین، نشان داده شده است افرادی که سلامتی خود را بهتر و بالاتر ارزیابی می‌کنند، از راه‌کارهای مساله مدار بیشتر استفاده می‌کنند [۱۸]. نتایج یک مطالعه انجام شده در ایران نشان می‌دهد افراد مبتلا به صرع رویکرد هیجان مدار را بیشتر استفاده می‌کنند [۱۹]. هم‌چنین، ارتباط معنی‌دار بین سازگاری عاطفی ضعیف و راه‌کار مقابله‌ای آرزومندی در بیماران مبتلا به صرع نشان داده شده است [۲۰]. اگر چه نتایج مطالعات نشان داده‌اند آموزش مهارت‌های مدیریت استرس بر افزایش سلامت روان موثر است [۲۲،۲۱]، ولی از آنجائی‌که شیوه‌های مقابله با استرس و درک از بیماری وابسته به فرهنگ است، لازم است در بیماران مبتلا به صرع جامعه ایرانی نیز شیوه‌های مقابله‌ای بیماران و کارآمدی آموزش مهارت‌های مقابله‌ای آنها ارزیابی شود. بنابراین، هدف این پژوهش بررسی اثربخشی آموزش شیوه‌های مقابله با استرس در بیماران مبتلا به صرع به‌منظور کاهش تنیدگی این افراد است.

مواد و روش‌ها

این مطالعه از نوع کارآزمایی بالینی است و جامعه پژوهشی آن ٦۰ نفر عضو انجمن صرع اصفهان بوده‌اند. افراد به‌طور تصادفی از میان لیست اعضای انجمن انتخاب شده و طی تماس، برای شرکت در جلسات دعوت شدند. از میان این افراد ۳۰ نفر به‌صورت تصادفی در گروه آزمایش و ۳۰ نفر در گروه کنترل قرار گرفتند. ملاک ورود افراد شامل سابقه بیماری صرع بزرگ حداقل به‌مدت دو سال، حداقل سن ۱۸ و حداکثر ۵۰ سال بود. ملاک‌های خروج شامل فقدان بیماری‌های جدی و مزمن دیگر از جمله بیماری‌های قلب و عروق، سرطان، روان‌پزشکی شدید و عقب ماندگی ذهنی بود. ملاک‌های ورود و خروج توسط مصاحبه‌ی بالینی و بر اساس ملاک DSM- IV چک شده است. سپس، هر دو گروه توسط مقیاس مقابله لازاروس–فولکمن و مقیاس افسردگی اضطراب و استرس (DASS) پیش آزمون شدند. مقیاس مقابله لازاروس–فولکمن دارای هشت خرده مقیاس شامل: ۱- مقابله رویارویی؛ ۲- دوری‌جویی؛ ۳–خویشتن داری؛ ٤–جستجوی حمایت اجتماعی؛ ۵- مسوولیت‌پذیری؛ ٦- گریز–اجتناب؛ ۷–حل مدبرانه مسئله؛ و ۸- بازبرآورد مثبت است. افراد به هر ماده روی یک مقیاس چهارگزینه‌ای لیکرت پاسخ می‌دهند که بسامد هر راه‌برد را به این شکل نشان می‌دهد: صفر نشان‌گر "به‌کار نبردم"؛ یک نشان‌گر "خیلی کم"؛ دو نشان‌گر "کمی به‌کار بردم"؛ و سه نشان‌گر "به‌مقدار زیاد به‌کار بردم" است. نمره‌گذاری شامل مجموع پاسخ‌های آزمودنی به مواد تشکیل‌دهنده مقیاس معین هستند. پرسشنامه‌ی راه‌های مقابله را می‌توان در ۱۰ دقیقه پاسخ داد. مطالعات روان‌سنجی حاکی از روایی سازه و هم‌زمان مقیاس و پایایی درونی آن است [٦]. مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس به‌وسیلهٔ Lovibond و Lovibond در سال ۱۹۹۵ ساخته شده است. ایشان ویژگی‌های روان‌سنجی آن را بر روی نمونه‌های دانش آموزی و نمونه‌های غیر بالینی تعیین کرده‌اند [۲۳]. این پرسشنامه سه وضعیت روانی اضطراب، افسردگی و استرس را مورد ارزیابی قرار می‌دهد و دارای گزینه‌هایی مربوط به علایم و نشانه‌های افسردگی (١٤ سوال)، اضطراب (١٤ سوال) و استرس (١٤ سوال) است که توسط آزمودنی تکمیل می‌شود. برای پاسخ‌گویی به هر سوال، امتیازات به‌صورت اصلا (۰)؛ تا حدی (۱)؛ تا حد زیادی (۲)؛ و خیلی زیاد (۳) اختصاص یافته که مجموع امتیازات کسب شده میزان افسردگی، اضطراب و استرس تحمیل شده به فرد را به‌صورت تخمینی با دامنه نمراتی بین حداقل صفر تا حداکثر ٤۲ نشان می‌دهد. ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه DASS در ایران مورد بررسی و تایید قرار گرفته و همبستگی خرده مقیاس افسردگی این آزمون با تست افسردگی بک ۰/٤۹۸، خرده مقیاس اضطراب با آزمون اضطراب زونگ ۰/۱۳۸ و خرده مقیاس استرس با سیاهه استرس دانش آموزان ۰/۷۵۸ گزارش شده است. هم‌چنین، ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده برای مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس به‌ترتیب ۰/۹٤، ۰/۸۵ و ۰/۸۷ گزارش گردیده است [٢٤]. گروه کنترل همان درمان‌های معمول را داشتند و بعد از پیش آزمون در لیست انتظار قرار می‌گرفتند. برای گروه آزمایش، پروتکل آموزش شیوه‌های مقابله با استرس (مقابله درمان‌گری) اجرا شد. مدت دوره هشت هفته و هر هفته یک جلسه ۲ ساعته بود. پروتکل مقابله درمان‌گری بر اساس کتابچه راهنمایی بود که توسط آقایوسفی و زارع تهیه شده است [۱۱]. پروتکل برای هشت جلسه گروهی طراحی شده است. در جلسه اول آشنایی، برقراری راپورت، آموزش ارتباط استرس و سلامتی، قرار داد درمانی و معرفی پروتکل درمانی و پیش آزمون انجام شد. جلسه دوم تا چهارم شامل بررسی شیوه‌های مقابله‌ای گروه، معرفی شیوه‌های مساله مدار، هیجان مدار و شیوه‌های غیر موثر بود. در این دوره از

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-24]

جلسات آموزش شیوه‌های مقابله‌ای شامل تن آرامی، برنامه ریزی، مدیریت خشم و اضطراب، و حل مساله صورت گرفت. این جلسات ابتدا با سوال و توضیح درمانگر و سپس بحث گروهی ادامه می‌یافت؛ بدین صورت که درمانگر روش را آموزش داده و افراد تمرین می‌کردند. و در پایان جلسه تکلیف منزل داده می‌شد. جلسات پنجم تا هفتم شامل بررسی انجام تکالیف، تمرین روش-های آموزش داده شده، آموزش و بحث گروهی در خصوص روش‌های جستجوی حمایت اجتماعی، تفسیر مجدد مثبت از حوادث و بیماری، مقابله با اجتناب و برخورد فعال با مشکلات بود. در این دوره هم در پایان هر جلسه تکلیف منزل در رابطه با همان شیوه‌های آموزش داده شده ارائه می‌شد. در جلسه هشتم، مرور بر محتوای جلسات قبلی، بحث گروهی روی مشکلاتی که اعضا در رابطه با تمرین‌های قبلی داشتند، آمادگی افراد برای خاتمه دوره و قرار برای جلسات با فاصله طولانی‌تر، انجام شد. در پایان این جلسه پس آزمون گرفته شد. جهت رعایت ملاحظات اخلاقی قبل از ورود به درمان رضایت‌نامه آگاهانه کسب شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS ویرایش ۱۸ و آزمون تحلیل کواریانس استفاده شد.

نتایج

نتایج نشان داد که در گروه آزمایش ٦٠ درصد و در گروه کنترل ۵۳/۳ درصد افراد شرکت کننده زن بوده‌اند. بیشتر پاسخ‌گویان در گروه آزمایش (۳٦/۷ درصد) دارای محدوده سنی بین ۲٤-۱۸ سال و در گروه کنترل (۳۰ درصد) دارای سن ۲٤-۱۸ سال بوده‌اند. تفاوت گروه‌ها از نظر متغیر سن و جنس و تحصیلات و طول مدت ابتلا معنی‌دار بود ($P<۰/۰۵$). یافته‌ها نشان داد آموزش مهارت‌های مقابله با استرس برکاهش تنیدگی افراد مصروع مؤثر است ($P<۰/۰۱$). هم‌چنین، مهارت آموزی مقابله با استرس بر نمرات همه خرده مقیاس‌های راه‌های مقابله‌ای به‌جز دوری-جویی، خویشتن‌داری، مسؤلیت‌پذیری مؤثر بوده است ($P<۰/۰۱$). نتایج جدول شماره ۱ نشان می‌دهد اگرچه میانگین نمرات تنیدگی در دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیش آزمون یکسان است، ولی در پس آزمون متفاوت است؛ تحلیل آن در جدول شماره ۲ منعکس شده است. به‌منظور آزمایش پیش فرض‌های توزیع نرمال داده از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف و بررسی تساوی واریانس نمرات تنیدگی از آزمون لوین استفاده شد که نشان داد پیش فرض‌های توزیع نرمال و تساوی واریانس‌ها رعایت شده است. همان‌طور که نتایج جدول شماره ۲ نشان می‌دهد بین میانگین نمرات تنیدگی گروه‌های آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌دار وجود دارد ($P<۰/۰۱$). و در واقع آموزش مهارت‌های مقابله با استرس (مقابله درمانگری) توانسته است تنیدگی افراد مصروع در مرحله پس آزمون را کاهش دهد.

جدول شماره ۱- مقایسه میانگین و انحراف معیار گروه‌های آزمایش و کنترل در نمرات تنیدگی در مرحله پیش و پس آزمون

شاخص‌های آماری		پیش آزمون	پس آزمون
خرده مقیاس‌ها		$\overline{X} \pm SD$	$\overline{X} \pm SD$
تنیدگی	آزمایش	۲۵/٦۰±۹/٤۱	۱٤/۷۳±۸/۳٤
	کنترل	۲٦/۳۰±۸/۸۷	۲۸/۲۳±۹/۱٦

جدول شماره ۲- تحلیل کوواریانس نمره تنیدگی در گروه‌های مورد مطالعه

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	مجذور میانگین	F	سطح معنی‌داری	مقدار اتا	توان آماری
پیش آزمون	٦٦۰/۲۳۸	۱	٦٦۰/۲۳۸	۹/۷۱۷	۰/۰۰۳	۰/۱۵۳	۰/۸٦۵
جنس	۳۰/۵٦۸	۱	۳۰/۵٦۸	۰/٤۵۰	۰/۵۰۵	۰/۰۰۸	۰/۱۰۱
سن	۰/۳۷۸	۱	۰/۳۷۸	۰/۰۰٦	۰/۹٤۱	۰/۰۰۱	۰/۰۵۱
تحصیلات	۸۵/۷۹۰	۱	۸۵/۷۹۰	۱/۲٦۳	۰/۲٦٦	۰/۰۲۳	۰/۱۹۷
گروه	۲۷۲۹/۵۳۵	۱	۲۷۲۹/۵۳۵	٤۰/۱۷۳	۰/۰۰۱	۰/٤۲۷	۱/۰۰۰

بحث

تحلیل داده‌های پژوهش حاضر نشان داد آموزش مهارت-های مقابله با استرس بر کاهش تنیدگی افراد مصروع مؤثر است ($P<۰/۰۱$). مطالعات مختلف در خصوص نقش استرس در بیماری، نشان‌دهنده‌ی وجود اثری دوجانبه است؛ همان‌طور که بیماری بر استرس اثر می‌گذارد، میزان استرس نیز بر پیشروی بیماری تأثیر دارد. از آنجایی‌که گستره‌ی وسیعی از رفتارها می-تواند بر استرس تأثیر بگذارد، می‌توان با یادگیری مهارت‌های لازم، پیامدهای رفتاری و هیجانی بیماری را کنترل کرد [۲۵]. طبق برخی تحقیقات بسیاری از بیماران اولین حمله‌ی صرع را پس از یک استرس مشخص ظاهر می‌کنند و در بسیاری از موارد استرس بر روی تکرار حملات مؤثر است [٦]. در این پژوهش با آموزش

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-24]

هشت راه‌کار مهارت‌های مقابله با استرس، افراد گروه به مرور به این مهارت رسیدند که محرک‌های فشارآور را مهار کنند و احساس کارآمدی بیشتری را تجربه کنند. افراد یاد گرفتند به‌جای برخورد منفعلانه با مشکلات، به راه حل‌ها بپردازند و از حمایت اجتماعی برخوردار شوند. این یافته‌ها از نتایج پژوهش تقوی و همکاران و پارسانیا و همکاران که یک رابطه منفی بین راه‌کارهای مقابله و استرس در والدین افراد مصروع گزارش کردند [۱۵،۱۶] حمایت می‌کند. خدایاری فرد و همکاران نیز نتیجه‌ی مشابهی به‌دست آورده‌اند [۱۴]. هم‌چنین، آقایوسفی و زارع [۱۱] و Oosterhuis [۲۶]، تأثیرات راه‌کارهای مقابله با تنیدگی و شکایات روان‌شناختی را مورد مطالعه قرار داده‌اند که با پژوهش حاضر هم‌سو هستند. در پژوهش نخستین گروه نمونه بیماران عروق کرونری و در پژوهش دوم افراد مصروع شرکت داشتند. به‌علاوه، این یافته‌ها با نتایج حاصل از تحقیقات Hardin و همکاران [۲۷]، Myers و همکاران [۲۸]، و Keogh و همکاران [۲۹] نیز هم‌خوانی دارد. در پژوهش صالح‌زاده و همکاران تاثیر درمان شناختی‌رفتاری بر کاهش افکار ناکارآمد بررسی شد که نشان‌دهنده تاثیر درمان مبتنی بر طرح‌واره‌های ویژه صرع، برکاهش افکار ناکارآمد و افسردگی بود [۳۰]. نشان داده شده است که درمان شناختی‌رفتاری که در آن روش‌های مقابله شناختی مورد تاکید بوده بر کاهش دوره‌های حملات در بیماران مبتلا به تشنج‌های روان‌زاد غیر صرعی موثر بوده است [۳۱]، که از یافته‌های این مطالعه حمایت می‌کند. یافته‌های این مطالعه با برخی پژوهش‌ها که در آن درمان‌های روان‌شناختی انجام شده متناقض است. برای مثال نتایج یک مطالعه از فرضیه موثر بودن درمان‌های روان‌شناختی از جمله درمان‌های آرام‌سازی، رفتار درمانی–شناختی، بیوفیدبک و مداخلات تحصیلی، بر کاهش حملات و بهبود کیفیت زندگی بیماران مصروع حمایت نمی‌کند [۳۲]. کنترل نکردن مصرف داروهای ضد صرع یا عدم وجود یک پروتکل درمان دارویی واحد برای همه بیماران در حین کارآزمایی بالینی، و محدود بودن جامعه پژوهش به اعضاء انجمن صرع اصفهان که تعمیم پذیری یافته‌ها را محدود می‌سازد از محدودیت‌های این مطالعه است. پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی نمونه‌ها از مراکز مختلف انتخاب گردیده و جهت ارزیابی پایداری اثر درمان دوره پیگیری شش ماهه نیز طراحی گردد.

نتیجه‌گیری

یافته‌های این پژوهش حاکی از آن است که آموزش مهارت شیوه‌های مقابله به‌عنوان یک روش درمانی می‌تواند در طرح درمانی این بیماران ادغام شود.

تشکر و قدرردانی

نویسندگان برخود لازم می‌دانند از مدیریت و اعضای انجمن صرع اصفهان که همکاری لازم را برای انجام این پژوهش مبذول داشتند، تشکر نمایند. در ضمن این مقاله برگرفته از پایان‌نامه دانشجویی می‌باشد.

References:

[1] Hauser WA. Recent develompents in the epidemiology of epilepsy. ***Acta Neurol Scand Suppl*** 1995; 162: 17-21.

[2] Goodridge DMG, Shorvon SD. Epileptic seizures in a population of 6000.I. Demography, diagnosis and classification, Br Med J, 287 (1983),pp. 641-644.

[3] Stefanescu RA, Shivakeshavan RG. Talathi SS. Computational models of epilepsy. ***J Seizure*** 2012; 21(10): 748–59.

[4] Al-Khateeb JM, Al-Khateeb AJ. Research on psychosocial aspects of epilepsy in Arab countries:A review of literature. ***J Epilepsy Behav*** 2014; 31: 256–62.

[5] Martins HH, Alonso NB, Vidal-Dourado M, Carbonel TD, de Araújo Filho GM, Caboclo LO, et al. Are adverse effects of antiepileptic drugs different in symptomatic partial and idiopathic generalized epilepsies? The Portuguese-Brazilian validation of the Liverpool Adverse Events Profile. ***Epilepsy Behav*** 2011; 22(3): 511-7.

[6] Agha Yousefi AR. Latest Approaches in Psychotherapy theoretical Foundation and Practical Strategies. Qom: Shahriyar Publications; 1999.

[7] El Sheshtawy EA. Coping with stress and quality of life in schizophrenic patients. ***Asian J Psychiatry*** 2010; 4(1): 51–4.

[8] Horan WP, Ventura J, Mintz J, Kopelowicz A, Wirshing D, Christian-Herman J, et al. Stress and coping responses to a natural disaster in people with schizophrenia. ***Psychiatry Res*** 2007; 151(1–2): 77–86

[9] Ghadamgahy J, Dojkam M. Quality of social relationship, stress and coping strategies at coronary heart disease. ***Iran J Psychiatry Clin Psychol*** 2001; 4 (1): 1–12. [in Persian]

[10] Akbary M, Mahmood Aliloo M, Aslanabadi N. Relationship between stress and coping styles with coronary heart disease: Role of gender factor. ***Iran J Psychiatry Clin Psychol*** 2010; 3: 187–93. [in Persian]

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-24]

[11] Agha Yosefy A, Zare H. Effect of coping-therapy on stress reduction of females with coronary artery disease. ***J Behav Sci*** 2009; 3(3): 187–93.
[12] SHeshtawy E.A. Coping with stress and quality of life in schizophrenic patients. ***Asian J Psychiatry*** 2011; 4(1): 51-54.
[13] Britton WB, Shahar B, Szepsenwol O, Jacobs WJ. Mindfulness-Based Cognitive Therapy Improves Emotional Reactivity to Social Stress: Results from a Randomized Controlled Trial. ***J Behavior Therapy*** 2012; 43(2): 365–80.
[14] Day V, McGrath P, Wojtowicz M. Internet-based guided self-help for university students with anxiety, depression and stress: A randomized controlled clinical trial. Behaviour Research and Therapy 2013; 51(7): 344–351.
[15] Parsania Z, Safavi M, Ahmadi Z. Mental health and coping strategies in families caring for patient eoilepsy in Iran. ***Eur Psychiatry*** 2010; 25 Suppl 1: 717.
[16] Taghavi Larijani T, Sharifi ND, Mehran A, Nazari SH. Level of coping with stressors in parents of epileptic children. ***Hayat*** 2006; 12(2): 63–71. [in Persian]
[17] Piazzini Ada, Ramaglia G, Turner K, Chifari R , Kiky E.EL, Canger R, Canevivi , M.p. Coping strategies in epilepsy: 50 drug – resistant and 50 seizure – free patients. ***J Seizure*** 2007; 16: 211–7.
[18] Snyder M. Stressors, Coping mechanisms, and perceived health in person with epilepsy. ***Int Disabil Stud*** 1990; 12(3): 3–100.
[19] Hosseini N, Sharif F, Ahmadi F, Zare M. Striving for balance: Coping with epilepsy in Iranian patients. ***Epilepsy Behav*** 2010; 18(4): 466–71.
[20] Upton D, Thompson PJ. Effectiveness of coping strategies employed by people with chronic epilepsy. ***J Epilepsy*** 2005; 5(2): 119–27.
[21] Testa SM, Krauss GL, Lesser RP, Brandt J. Stressful life event appraisal and coping in patients with psychogenic seizures and those with epilepsy. ***J Seizure*** 2012; 21(4): 282–287.
[22] Wagner JL, Smith G, Ferguson P, van Bakergem K, Hrisko S. Pilot study of an integrated cognitive-behavioral and self-management inter vention for youth with epilepsy and caregivers: Coping openly and personally with Epilepsy (COPE). ***Epilepsy Behav*** 2010; 18(3): 280-5.
[23] Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states. ***Behav Res Ther*** 1995; 33(3): 335- 43.
[24] Afzali A, Delavar A, Borjali A, Mirzamani A. Psychometric Properties of DASS-42 as Assessed in a Sample of Kermanshah High School Students. ***J Res Behav Sci*** 2007; 5(2): 81-92.
[25] Andersen BL, Kiecol-Glaser JK, Glaser R. Abiobehavioral moder cancer strees and disease course. ***Am Psychol*** 1994; 49(5): 389–404.
[26] Oosterhuis A. Coping with epilepsy: the effect of coping styles on self – perceived seizure severity and psychological complaints. ***Seizure*** 1999; 8(2): 93–6.
[27] Hardin SB, Weinrich S, Weinrich M, Garrison C, Addy C, Hardin TL. Effects of a long-term psychosocial nursing intervention on adolescents exposed to catastrophic stress. ***Issues Ment Health Nurs*** 2002; 23(6): 537-51.
[28] Myers L, Fleming M, Lancman M, Perrine K, Lancman M. Stress coping strategies in patients with psychogenic non-epileptic seizures and how they relate to trauma symptoms, alexithymia, anger and mood. ***J Seizure*** 2013; 22(8): 634–9.
[29] Keogh E, Bond FW, Flaxman PE. Improving academic performance and mental health through a stress management intervention: outcomes and mediators of change. ***Behav Res Therapy*** 2005; 44: 339–57.
[30] Salehzadeh M, Najafi MR, Ebrahimi A. Effectiveness of cognitive–behavioral therapy on dysfunctional attitudes in epilepsy. ***Adv Cognitive Sci*** 2011; 12(2): 59–68.
[31] Goldstein LH, Chalder T, Chigwedere C, Khondoker MR, Moriarty J, Toone BK, et al. Cognitive – behavioral therapy for psychogenic nonepileptic seizures: A pilot. ***Institute London King College Psychiatry*** 2010.
[32] Ramartnam S, Baker GA, Goldstein LH. Psychological treatments for epilepsy. ***Cochrane Database Syst Rev*** 2008; 16(3).

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-24]