

## **Efficacy of cognitive-behavioral stress management therapy on improving the quality of life in females with temporal lobe epilepsy**

Javaheri R<sup>1\*</sup>, Neshat-Doost HT<sup>2</sup>, Molavi H<sup>3</sup>, Zare M<sup>4</sup>

1-MA of Psychology, Department of Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran

2-Professor, PhD of Clinical Psychology, Department of Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran

3-Professor, PhD of Psychology, Department of Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran

4-Associate professor, Department of Neurology, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Received 28 Dec 2009 Accepted 10 March 2010

### **Abstract**

**Background:** Psychological interventions may improve the quality of life in females with temporal lobe epilepsy through affecting their bio-psycho-social dimensions. This aim of this study was to aim assess the efficacy of cognitive-behavioral stress management (CBSM) group education on improvement of quality of life in epileptic patients.

**Materials and Methods:** This was a case-control study with pre-post-and follow-up tests. The sample population included 26 patients, already diagnosed with temporal lobe epilepsy by neurologist and through electro-encephalography, that were randomly selected and assigned to experimental and control groups. Data were collected through the Quality Of Life Questionnaire for Epileptic patients (QOLIE- 89) that was administered in the pre-test, post-test, and follow-up test. CBSM group education was given to the experimental group in ten sessions during two months.

**Results:** The mean of QOLIE-89 score in the experimental group showed a significantly higher increase in comparison to that in the control group ( $p < 0.05$ ).

**Conclusion:** The results demonstrated the effectiveness of CBSM group education on the improvement of quality of life in females with temporal lobe epilepsy.

**Keywords:** Cognitive therapy, Quality of life, Stress, Temporal lobe epilepsy

\*Corresponding author:

Email: razieh.javaheri@yahoo.com

Address: Faculty of Psychology and Educational Sciences, Isfahan University, Isfahan, Iran. Postal Code: 8174673441

## اثر بخشی درمان مدیریت استرس شناختی رفتاری بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به صرع لوب گیجگاهی

راضیه جواهری<sup>1\*</sup>، دکتر حمید طاهر نشاط دوست<sup>2</sup>، دکتر حسین مولوی<sup>3</sup>، دکتر محمد زارع<sup>4</sup>

- 1- کارشناسی ارشد روان شناسی، گروه روان شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران
- 2- استاد، دکترای تخصصی روان شناسی بالینی، گروه روان شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران
- 3- استاد، دکترای تخصصی روان شناسی، گروه روان شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران
- 4- دانشیار، متخصص مغز و اعصاب، گروه نورولوژی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

تاریخ دریافت 88/10/7، تاریخ پذیرش 88/12/19

### چکیده

**زمینه و هدف:** ملاحظات روان شناختی می‌تواند به واسطه بهبود وضعیت جسمی، روانی و اجتماعی سهم به سزایی در ارتقای کیفیت زندگی بیماران مبتلا به صرع داشته باشد. هدف این پژوهش تعیین اثر بخشی آموزش گروهی مدیریت استرس با رویکرد شناختی، رفتاری بر کیفیت زندگی بیماران زن مبتلا به صرع لوب گیجگاهی بود.

**مواد و روش‌ها:** این پژوهش یک مطالعه مورد شاهدهی با پیش آزمون، پس آزمون و پی‌گیری با گروه شاهد است. نمونه شامل 26 بیمار زن مبتلا به صرع لوب گیجگاهی با تشخیص متخصص مغز و اعصاب و الکتروانسفالوگرافی بود که به شیوه تصادفی ساده انتخاب شدند و به طور مساوی در 2 گروه آزمایشی و کنترل گمارده شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه کیفیت زندگی بیماران مبتلا به صرع (QOLEE-89) استفاده شد که در پیش آزمون، پس آزمون و پی‌گیری توسط افراد تکمیل گردید. درمان شناختی، رفتاری مدیریت استرس طی 10 جلسه و به مدت 2 ماه در گروه آزمایش انجام گرفت.

**یافته‌ها:** میانگین نمرات کیفیت زندگی در گروه آزمایش به طور معنی‌داری نسبت به گروه شاهد افزایش پیدا کرد ( $p < 0/05$ ).

**نتیجه‌گیری:** نتایج حاکی از اثر بخشی آموزش گروهی مدیریت استرس با رویکرد شناختی، رفتاری بر بهبود کیفیت زندگی بیماران زن مبتلا به صرع لوب گیجگاهی بود.

**واژگان کلیدی:** درمان شناختی، کیفیت زندگی، استرس، صرع لوب گیجگاهی

\*نویسنده مسئول: اصفهان، دانشگاه اصفهانی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، کد پستی 8174673441

Email: razieh.javaheri@yahoo.com

## مقدمه

نتیجه این که عوامل روانی، اجتماعی به میزان زیادی در کاهش سطح کیفیت زندگی و بهداشت روانی این بیماران نقش دارند. تحقیقات داخلی در زمینه صرع محدود به پژوهش در زمینه جنبه‌های نورولوژیک این بیماری و شیوه‌های درمان دارویی بوده است و در زمینه اختلالات روانی همراه و کاربرد مداخلات روان‌شناختی در بهبود و ارتقای وضعیت روانی و کیفیت زندگی این بیماران تاکنون پژوهشی صورت نگرفته است.

تحقیقات مربوط به صرع غالباً در زمینه تاثیر ویژگی‌های بالینی حملات، پیامدهای جراحی یا تاثیرات درمان دارویی بر کیفیت زندگی این بیماران متمرکز بوده است (9).

عدم توجه کافی به علائم خلقی و اضطرابی بیماران تشنجی و عدم درمان به موقع این مشکلات نه تنها تاثیر منفی روی کیفیت زندگی این بیماران خواهد داشت بلکه نتایج درمانی مربوط به کنترل علائم تشنجی را نیز با مشکل مواجه خواهد ساخت (10).

عدم مداخله روان‌شناختی می‌تواند عواقبی چون افزایش نیاز به درمان طبی، کاهش کیفیت زندگی، ناتوانی‌های اجتماعی و افزایش مرگ و میر را به دنبال داشته باشد (11).

کیفیت زندگی مفاهیم عمده‌ای را که موجب رضایت کلی از زندگی می‌شود در بر می‌گیرد. این مفاهیم شامل سلامتی، مسکن مناسب، اشتغال، امنیت شخصی و خانوادگی، آموزش و اوقات فراغت می‌باشد (12). در واقع کیفیت زندگی به عنوان قضاوت شناختی آگاهانه راجع به رضایت فرد از زندگی تعریف می‌شود، به همین دلیل وقتی که فردی دچار بیماری مزمن می‌شود علائم فیزیولوژیکی، پیش آگهی درمان، رژیم درمانی و موضوعات مربوطه می‌تواند اثرات شدیدی بر درک کلی رضایت از زندگی بگذراند (13).

توافق عمومی و رو به رشدی وجود دارد که کیفیت زندگی مرتبط با سلامت باید یکی از مولفه‌های اصلی کارهای درمانی و پژوهشی باشد. این شاخه از کیفیت

صرع را تخلیه الکتریکی مغز دانسته‌اند و یک اختلال شایع پزشکی است (1). تشنج اختلال عملکرد فیزیولوژیک موقتی مغز به علت تخلیه الکتریکی غیرطبیعی هایپرسینکرونیزه (Hypersynchronize) خود به خود محو شونده نوروهای کورتیکال (Cortical neurons) است (2). صرع احياناً با زمینه فامیلی مشخص ظاهر می‌کند و بیمار از نظر سایر معاینات و بررسی‌های بالینی به جز الکتروانسفالوگرافی (Electroen-Cephalography) که الگوی صرع را نشان می‌دهد، یافته پاتولوژیکی ندارد (3). حدود 50 میلیون نفر در جهان مبتلا به صرع هستند و این بیماری 1 درصد از کل هزینه‌های درمانی را به خود اختصاص می‌دهد (4). در حدود 30 درصد از بیماران حملات مزمنی را تجربه می‌کنند که به طور رضایت بخش و کامل به داروهای ضد صرع جواب نمی‌دهند (5).

بیش از یک چهارم افراد مبتلا به صرع مشکلات روان‌شناختی را تجربه می‌کنند که ممکن است نیاز به درمان داشته باشند و بیش از 10 درصد بیماران در بیمارستان‌های روان‌پزشکی مبتلا به این بیماری هستند (6).

سازه کیفیت زندگی متشکل از عوامل عینی (Objective factors) و عوامل ذهنی (Subjective factors) است. عوامل ذهنی (بهریستی درونی) بر رضایت از زندگی و عوامل عینی (کارکردهای جسمانی، روانی و اجتماعی) بر نیازهای مادی، مشارکت در فعالیت‌ها و روابط بین فردی متمرکز هستند (7).

مهم‌ترین مولفه و مرحله در تعیین کیفیت زندگی شناخت نیازهای انسان است. سلسله مراتب نیازها از مزلو (Maslows hierarchy of needs) (8) از جمله این تلاش‌ها به شمار می‌رود. استرس‌های مالی به علت هزینه‌های درمان و مشکلات کاری که نیازهای اولیه این بیماران را تهدید می‌کنند به عنوان منابع مهم استرس مطرح می‌باشند. نگرانی از وقوع حملات در مکان‌های عمومی در اضطراب و ترسی که می‌تواند سبب اجتناب از مکان‌های عمومی و فعالیت‌های اجتماعی شود نقش دارند.

### مواد و روش ها

این پژوهش از نوع مورد شاهدهی با پیش آزمون، پس آزمون و پی گیری با گروه شاهد بود. جامعه پژوهش شامل کلیه بیماران زن مبتلا به صرع لوب گیجگاهی مراجعه کننده به بیمارستان آیت ا... کاشانی اصفهان در سال 1388 بود.

روش انتخاب حجم نمونه بر اساس پژوهش های مشابهی هم چون بررسی اثر بخشی درمان مدیریت استرس بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آلپسی آرئاتا، بررسی اثر بخشی درمان مدیریت استرس بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به آسم و بررسی اثر بخشی گروه درمانی شناختی، رفتاری با تاکید بر نگرش های ناکارآمد ویژه صرع بر افسردگی بیماران مبتلا به صرع مقاوم به دارو که هر سه در اصفهان انجام شده اند صورت گرفت. در این روش 26 بیمار زن مبتلا به صرع لوب گیجگاهی انتخاب شدند و به صورت تصادفی به تعداد برابر در 2 گروه آزمایش و شاهد قرار گرفتند. این بیماران توسط متخصص مغز و اعصاب و الکتروانسفالوگرافی تشخیص صرع لوب گیجگاهی گرفته بودند.

در مرحله بعد، اعضا به منظور شرکت در مطالعه فرم رضایت نامه کتبی را تکمیل و رضایت کامل خود را از حضور در مطالعه ابراز نمودند. شرایط ورود به مطالعه شامل جنسیت مونث، سابقه 1 سال ابتلا به صرع لوب گیجگاهی، دامنه سنی 20 تا 60 سال و سطح تحصیلات سیکل به بالا بود.

پرسش نامه کیفیت زندگی در 3 مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پی گیری توسط پژوهش گر در دو گروه اجرا و نمره گذاری شد. درمان شناختی رفتاری مدیریت استرس طی 10 جلسه هفتگی و به مدت 2 ماه در یکی از کلاس های بیمارستان آیت ا... کاشانی توسط کارشناس ارشد روان شناسی بر روی گروه آزمایش انجام گرفت.

جلسه اول شامل معارفه و بحث راجع به نقش استرس بر شروع، تشدید و تداوم بیماری صرع هم چنین

زندگی به صورت اثرات جسمانی، هیجانی و اجتماعی که بیماری بر فرد دارد تعریف می شود (14). در این میان درمان شناختی، رفتاری مدیریت استرس هم از اساس نظری قوی برخوردار بوده و هم پژوهش های متعددی اثر بخشی آن را در کاهش علائم، بهبود و کیفیت زندگی بیماران مختلف تایید کرده است (15-17).

درمان شناختی، رفتاری مدیریت استرس به خانواده ای از درمان های مدیریت استرس اطلاق می شود که بر رویکرد شناختی، رفتاری متمرکز است. مدیریت استرس توانایی افراد را برای کاهش استرس و سازگاری مناسب با موقعیت های استرس آور افزایش می دهد. این مداخله مرکب از عناصری از قبیل افزایش آگاهی در مورد استرس، آموزش تن آرامی، شناسایی افکار ناکارآمد، بازسازی شناختی، آموزش حل مسأله، آموزش مهارت های ابراز وجود، مدیریت خشم، مدیریت خود و برنامه ریزی فعالیت ها می باشد (18).

بهبود کیفیت زندگی به عنوان یک مفهوم وسیع و پیچیده است که اخیراً یکی از مهم ترین اهداف درمانی به شمار می رود. با توجه به تفاوت های فرهنگی موجود در جوامع مختلف، محقق بر آن بود تا دریابد آیا کیفیت زندگی بیماران مبتلا به صرع لوب گیجگاهی در جامعه ایرانی تا آن اندازه تحت تاثیر متغیرهای روانی، اجتماعی قرار دارد که به تبع آن بتوان روان درمانی را برای ارتقای کیفیت زندگی این بیماران به کار برد یا این که متغیرهای جسمانی بیماری نقش تعیین کننده تری در این زمینه بازی می کنند هم چنین در این پژوهش مولف به مطالعه بیماران زن مبتلا به صرع لوب گیجگاهی پرداخت تا نگرش های منفی مرتبط با بیماری که اغلب نیز دارای بار فرهنگی، اجتماعی گسترده بودند را شناسایی نماید. هدف از این پژوهش تعیین اثر بخشی درمان شناختی، رفتاری مدیریت استرس بر بهبود کیفیت زندگی بیماران زن مبتلا به صرع لوب گیجگاهی در مرحله پس آزمون و پی گیری نسبت به گروه شاهد است.

فرهنگ جامعه ایرانی بومی سازی شود و شیوه‌ها و تکنیک‌های رفتاری مانند مدیریت استرس، تن آرامی، آموزش شیوه حل مساله و آموزش ابراز وجود و برنامه‌ریزی فعالیت‌ها در آن ادغام گردد. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسش‌نامه کیفیت زندگی در مبتلایان به صرع (Quality of life In Epilepsy -89) بود که توسط ویکری و همکاران ساخته شد (20). این پرسش‌نامه یک ابزار خود گزارشی 89 آیتمی است که رضایت از زندگی را در 4 مقیاس متفاوت با چند زیر مقیاس برای هر یک می‌سنجد. 4 مقیاس آن عبارتند از:

الف - سلامت روانی (Mental health): کیفیت زندگی کلی، بهزیستی هیجانی، محدودیت‌های نقش که ماهیتاً هیجانی‌اند، انزوای اجتماعی، حمایت اجتماعی و انرژی / خستگی

ب - مشکلات شناختی (Cognitive problems): تمرکز و حافظه.

ج - استرس زاهای عمومی صرع (Seizure worry): نگرانی از حمله، اثرات دارویی، دل‌سردی نسبت به سلامتی، عملکرد شغلی / اجتماعی و رانندگی

د - سلامت جسمانی (Physical health): ادراک سلامتی، عملکرد جسمانی، محدودیت‌های نقش که ماهیتاً جسمانی‌اند و درد.

پایایی ثبات درونی (آلفای کرونباخ) این پرسش‌نامه، دامنه‌ای از  $r = 0/78$  تا  $r = 0/92$  داشت که از استاندارد  $0/70$  برای مقایسه‌های گروهی در تمام مقیاس‌ها بالاتر است. در پژوهش صالح زاده، محقق این پرسش‌نامه را بروی 50 نفر بیمار مبتلا به انواع حملات صرعی در اصفهان اجرا نمود. تحلیل آماری، پایایی ثبات درونی را  $0/97$  و پایایی آزمون، باز آزمون را  $0/88$  نشان داد که از حد مطلوب بالاتر بود (21). داده‌های مطالعه در نرم افزار SPSS نسخه 15 و با استفاده از تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

راجع به ریشه‌ها، عوامل درونی و بیرونی ایجاد کننده استرس و توضیح تن آرامی به عنوان تکنیکی برای کاهش برانگیختگی جسمی در مواقع استرس بود. در جلسات دوم و سوم درباره ارتباط بین افکار و احساسات، راه‌های شناخت افکار غیرمنطقی، توضیح درباره خطاهای پردازش، آموزش ارزیابی مجدد افکار و چالش با افکار به عنوان راهکاری جهت مبارزه با افکار غیرمنطقی بیمار صحبت شد. جلسه چهارم شامل آموزش مدیریت خشم، جلسه پنجم آموزش شیوه حل مساله، جلسه ششم آموزش مهارت‌های ارتباطی و ابراز وجود، جلسه هفتم آموزش مدیریت بر زمان و جلسه هشتم و نهم و دهم شامل آموزش 3 سبک رفتاری منفعلانه، جرات ورزانه و پرخاشگرانه در موقعیت‌های ارتباطی برای تقویت ابراز وجود، مرور کلی و تمرین مهارت‌های آموخته شده بود.

درمان‌گر در هر جلسه ابتدا موارد مورد بحث را مشخص می‌ساخت. مهارت‌های جدید را به بیماران می‌آموخت و تکالیفی برای اجرا در فاصله جلسات معین می‌کرد. بیماران موظف بودند که در فاصله دو جلسه تمرین‌های عملی تعیین شده در خانه را به طور عملی انجام داده و در هر جلسه گزارشی از روند انجام آن تکلیف را بیان کنند. جلسه پی‌گیری 2 ماه بعد از اتمام جلسات روان‌درمانی انجام شد.

در ملاحظات اخلاقی ابتدا پس از تصویب رساله توسط کمیته پژوهشی دانشگاه، پژوهش‌گر به بیمارستان آیت ... کاشانی معرفی و مجوز انجام تحقیق از مدیریت محترم بیمارستان اخذ گردید. کلیه شرکت کنندگان آگاهانه و داوطلبانه در نمونه‌گیری شرکت کردند، از نظر محرمانه بودن اطلاعات به آنها اطمینان داده شد و بیان گردید در هر زمانی قادر به ترک جلسات هستند.

مدل شناختی استفاده شده در این پژوهش بر اساس مدل جادیت بک (Judith Beck) بود (19) که با توجه به شرایط و ماهیت بیماری صرع لوب گیجگاهی و نتایج حاصل از مطالعه کیفی (مصاحبه با بیماران) تغییراتی در آن داده شد و تلاش گردید تا محتوای پروتکل درمانی مطابق با

## یافته ها

گردید ( $p < 0/05$ ) و با توجه به این که تعداد بیماران در دو گروه آزمایش و شاهد برابر بود (13 نفر)، استفاده از تحلیل کوواریانس بلا مانع شناخته شد. برای زیرمقیاس سلامت روانی، به علت نابرابر بودن واریانس‌ها از آزمون ناپارامتری من ویتنی استفاده شد.

میانگین و انحراف معیار نمرات کیفیت زندگی و زیرمقیاس‌های 4 گانه آن شامل سلامت روانی، مشکلات شناختی، استرس مربوط به حملات صرع و سلامت جسمانی در دو گروه آزمایش و شاهد در مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پی‌گیری بعد از مهار متغیر همگام در جدول 1 آمده است.

دامنه سطح تحصیلی بیماران در هر دو گروه از سیکل تالیسانس بود. تعداد بیماران مجرد و متأهل در گروه آزمایش به ترتیب 7 و 6 نفر و در گروه شاهد به ترتیب 5 و 8 نفر بود. تعداد افراد شاغل و بیکار در گروه آزمایش و شاهد به ترتیب 5 و 8 نفر بودند. هیچ‌کدام از متغیرهای جمعیت شناختی فوق‌الذکر با نمرات کیفیت زندگی همبستگی نشان ندادند، بنابراین این متغیرها کنترل نگردید. نتایج پیش فرض‌های آماری نشان داد که پیش شرط تساوی واریانس‌ها با استفاده از آزمون لوین برقرار است. به استثنای زیرمقیاس سلامت روانی، پیش فرض نرمال بودن با استفاده از آزمون شاپیروویلک برقرار

جدول 1. مقایسه میانگین نمرات کیفیت زندگی و زیرمقیاس‌های 4 گانه آن در دو گروه آزمایش و شاهد در مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پی‌گیری

پیش آزمون میانگین (انحراف معیار)	پس آزمون میانگین (انحراف معیار)	پیگیری میانگین (انحراف معیار)		
(6/7) 42/5	(5/7) 58/1	(4/1) 55/7	آزمایش	کیفیت زندگی
(9/3) 46/6	9(3) 52/07	(8/8) 50/2	شاهد	
(1/5) 60/7	(2/3) 17/3	(1/3) 17/4	آزمایش	سلامت روانی
(5/3) 10/2	(6/2) 11/4	(6/2) 11/4	شاهد	
(1/9) 5/07	(1/7) 4/8	(1/2) 4/3	آزمایش	مشکلات شناختی
(2/02) 4/5	(1/8) 5/07	(1/6) 4/3	شاهد	
(4/4) 20/9	(3/4) 18/8	(3/8) 17/3	آزمایش	استرس مربوط به حملات
(3/02) 19	(4/7) 21/3	(4/3) 21	شاهد	صرع
(3/8) 10/4	(1/5) 17/1	(1/8) 16/6	آزمایش	سلامت جسمانی
(4/6) 12/9	(3/3) 14/6	(4/5) 13/3	شاهد	

نتایج تحلیل کوواریانس و تاثیر عضویت گروهی بر میزان کیفیت زندگی بیماران مبتلا به صرع لوب گیجگاهی در مرحله پس آزمون و پی‌گیری در جدول 2 ملاحظه می‌گردد.

جدول 2. تحلیل کوواریانس تاثیر عضویت گروهی بر میزان کیفیت زندگی بیماران مبتلا به صرع لوب گیجگاهی در مرحله پس آزمون و پیگیری.

شاخص متغیر	معنی داری	میزان تاثیر	توان آماری
پیش آزمون	0/000	0/43	0/978
عضویت گروهی	0/002	0/35	0/928
پیش آزمون	0/001	0/41	0/970
عضویت گروهی	0/002	0/35	0/924

کنندگان برحسب عضویت گروهی (دو گروه آزمایش و شاهد) در مرحله پی گیری معنی دار می باشد ( $p < 0/05$ ). میزان تاثیر این مداخله 0/35 بوده است. بنابراین آموزش شناختی رفتاری مدیریت استرس در بهبود کیفیت زندگی شرکت کنندگان در مرحله پی گیری گروه آزمایشی تاثیر داشته است. توان آماری 0/92 حاکی از دقت آماری قابل قبول است. نتایج تحلیل کوواریانس و تاثیر عضویت گروهی بر زیرمقیاس های کیفیت زندگی بیماران در مرحله پس آزمون و پی گیری در جدول 3 ملاحظه می گردد.

یافته های فوق نشان می دهد که تفاوت مشاهده شده بین میانگین های نمرات کیفیت زندگی شرکت کنندگان بر حسب عضویت گروهی (دو گروه آزمایش و شاهد) در مرحله پس آزمون معنی دار می باشد ( $p < 0/05$ ). میزان تاثیر این مداخله 0/35 بوده است؛ بنابراین آموزش شناختی، رفتاری مدیریت استرس در بهبود کیفیت زندگی شرکت کنندگان در مرحله پس آزمون گروه آزمایشی تاثیر داشته است. توان آماری 0/92 حاکی از دقت آماری قابل قبول است.

هم چنین نتایج جدول 2 نشان می دهد که تفاوت مشاهده شده بین میانگین های نمرات کیفیت زندگی شرکت

جدول 3. تحلیل کوواریانس تاثیر عضویت گروهی بر زیر مقیاس های کیفیت زندگی (به استثنای سلامت روانی) در مرحله پس آزمون و پی گیری

شخص متغیر	معنی داری	میزان تاثیر	توان آماری
پس آزمون	0/ 017	0/ 224	0/ 694
پیش آزمون	0/ 479	0/ 022	0/ 106
عضویت گروهی	0/ 218	0/ 065	0/ 22
پیگیری	0/ 862	0/ 001	0/ 05
پس آزمون	0/ 047	0/ 151	0/ 463
پیش آزمون	0/ 082	0/ 126	0/ 414
عضویت گروهی	0/ 037	0/ 175	0/ 563
پیگیری	0/ 007	0/ 274	0/ 806
پس آزمون	0/ 011	0/ 251	0/ 759
پیش آزمون	0/ 002	0/ 336	0/ 904
عضویت گروهی	0/ 001	0/ 373	0/ 943
پیگیری	0/ 001	0/ 299	0/ 962

## بحث

عملکرد خلقی معیوب که شامل علایم اضطراب و افسردگی به صورت همگام با بیماری صرع می باشد ابعاد مختلف کیفیت زندگی مانند مشکلات شناختی، استرس مربوط به حملات صرع، سلامت جسمانی و سلامت روانی را به میزان زیادی تحت تاثیر قرار می دهد. نتایج درمان مدیریت استرس در این پژوهش با یافته های مارتینوویک و همکاران (22) همچنین اوو و همکاران (23) هم خوان می باشد. اثربخشی درمان مذکور بدین دلیل است که مداخله و تکنیک های آموزشی، به طور مستقیم بر چندین بعد کیفیت زندگی بیماران تاثیر گذاشته

هدف اصلی این پژوهش، تعیین اثر بخشی درمان شناختی، رفتاری مدیریت استرس بر کیفیت زندگی بیماران زن مبتلا به صرع لوب گیجگاهی در شهر اصفهان بود. نتایج نشان می دهد که این نوع درمان باعث افزایش کیفیت زندگی گروه آزمایش نسبت به گروه شاهد شده است. تلاش شد تا با آموزش شیوه های مختلف چالش با افکار و نگرش های خود آیند منفی مرتبط با بیماری صرع کاهش نشانه های بیماری مورد هدف قرار گرفته در نتیجه کیفیت زندگی بیماران بهبود یابد.

باعث کاهش حملات صرع شده اما حداقل از بدتر شدن این بیماری جلوگیری می‌کند، وقتی بیمار متوجه می‌شود که پیشرفت بیماریش متوقف شده و یا رو به کاهش است به بهبودی مجدد خود امیدوار گشته و ناامیدی او نسبت به آینده کاهش می‌یابد که این خود عامل موثری در بهبود کیفیت زندگی این بیماران به شمار می‌رود. اضطراب و استرس فرد از جهتی خود عامل موثری در تشدید علایم است و از جهت دیگر بر طبق دور باطلی که ایجاد می‌کند باعث افزایش افکار ناکارآمد می‌شود. از طرفی استرس مزمن‌ترین علامت روان‌شناختی همراه با صرع می‌باشد. مجموعه عوامل فوق اثر بخشی درمان را بر زیرمقیاس استرس و مشکلات شناختی مشکل می‌سازد.

درمان مدیریت استرس سبب بهبود وضعیت سلامت روانی بیماران شده است. این بعد حیطه‌هایی هم‌چون بهزیستی هیجانی، انزوای اجتماعی و حمایت اجتماعی را در بر می‌گیرد. در تبیین این یافته می‌توان به نقش تکنیک ارایه شده در پروتکل درمانی اشاره نمود. یکی از موارد مورد تاکید در درمان اصلاح سبک ارتباطی بیماران و افزایش تجارب اجتماعی لذت بخش آنها بود. از طریق آموزش تکنیک برنامه‌ریزی فعالیت، به بیماران آموزش داده شد تا تجارب لذت بخش زندگی روزانه و برنامه هفتگی خود را افزایش دهند. افزایش تجارب خوشایند از جمله عواملی است که بهزیستی هیجانی بیماران را افزایش می‌دهد.

درمان مدیریت استرس سبب بهبود وضعیت سلامت جسمانی بیماران شده است. در این راستا به بیماران آموزش داده شد تا پیشامدهای یک حمله، رفتاری که در طول حمله رخ می‌دهد و پیامدهای حمله را به دقت شناسایی کنند. از بیماران خواسته شد تا محرک‌های برانگیزاننده علایم و نشانه‌ها را شناسایی و از آنها اجتناب کنند و یا آنها را در کنترل خود در آورند. با تشویق بیماران به مصرف داروها بیماران کنترل بیشتری بر نشانه‌ها و حملات خود پیدا کردند.

است. از طریق تکنیک مدیریت خود به این بیماران آموزش داده شد که علایم و حملات صرع همانند دیگر تجربیات روزانه می‌باشند و این افراد همان‌گونه که قادرند تجربیات مختلف روزانه را کنترل کنند، می‌توانند از طریق شناسایی عوامل برانگیزاننده، علایم و حملاتشان را نیز کنترل نمایند؛ بنابراین با افزایش حس کنترل بر علایم و کاهش بروز نشانه‌ها و حملات، کیفیت زندگی بیماران نیز بهبود پیدا کرد. درمان مدیریت استرس شناختی، رفتاری در مرحله پس آزمون و پی‌گیری بروی زیرمقیاس مشکلات شناختی تأثیری نداشت. بیماران مصروع دچار تحریفات شناختی و افکار ناکارآمد متعدد هستند، فعال شدن این افکار نه تنها باعث تمرکز فرد بروی ظاهر خود، ناارزنده سازی و ناامیدی نسبت به آینده و در نتیجه کاهش خلق می‌شود بلکه موجب افزایش استرس فرد می‌گردد که خود می‌تواند تأثیر زیادی بروی علایم بیماری و سیکل حملات صرع بگذارد. برای مبتلایان به صرع مشکلات شناختی یک مساله مهم است. رایج‌ترین مشکلات شناختی شامل مشکلات تمرکز، حافظه و مشکلات یافتن واژه‌هاست. بعضی از افراد مبتلا به صرع در سازماندهی فعالیت‌ها مشکل دارند. وجود داروهای چندگانه می‌تواند سبب ابر گرفتگی تفکر شده و سرعت فرد را در پردازش اطلاعات پایین بیاورد. این نقایص ممکن است سبب افزایش وابستگی به دیگران، کاهش احساس ایمنی و از دست دادن اعتماد به فعالیت‌های شخصی خود شود (24). با وجود این که یک مطالعه حاکی از اثر بخشی درمان شناختی، رفتاری بر بهبود سطح شناختی بیماران مبتلا به صرع می‌باشد (25).

هم‌چنین زیر مقیاس استرس مربوط به حملات صرع در مرحله پس آزمون، چندان تحت تأثیر درمان مدیریت استرس قرار نگرفت اما در مرحله پی‌گیری، تأثیر درمان بر این بیماران معنی‌دار بود. یکی از عوامل موثر بر شروع حملات صرع افزایش استرس است که ممکن است منجر به نتیجه فوق شده باشد.

با آموزش شیوه‌های چالش با افکار، میزان استرس افراد کاهش می‌یابد؛ اگرچه این عامل به تنهایی نمی‌تواند



گلدشتاین و همکاران رفتار درمانی شناختی را بروی مبتلایان به حملات صرعی مزمن و با کنترل پذیری کم همراه با مشکلات روان پزشکی و مسایل روانی اجتماعی به کار گرفتند (26). در پایان پژوهش بیماران گزارش کردند که مسایل مرتبط با صرع و مشکلات روان شناختی کمتر از سابق بر زندگی آنان تاثیر گذاشته است. نمرات افسردگی کاهش و نمرات کیفیت زندگی و مهارت های حل مسئله افزایش یافته بود. مارتینویک در یک مطالعه به بررسی نوجوانان مبتلا به صرع پرداخت. 15 بیمار نوجوان در یک مداخله شناختی، رفتاری قرار گرفتند. نتایج نشان داد که در مقایسه با گروه کنترل، علایم افسردگی در گروه درمان به میزان معنی داری کاهش و نمرات کلی کیفیت زندگی به طور معنی داری افزایش یافته بود که با بهبود خلق همبستگی داشتند (22). در پژوهشی بروی بیماران مبتلا به صرع لوب گیجگاهی، دریافتند که نمرات کیفیت زندگی در این بیماران عمیقاً تحت تاثیر وجود علائم افسردگی و در درجه دوم اضطراب است. به همین دلیل محققان پیشنهاد می کنند که استفاده از یک رویکرد زیستی، روانی و اجتماعی (Bio Psycho Social) در درمان این بیماران بسیار حایز اهمیت است (27). ثقه الاسلام و همکاران در پژوهشی با هدف ارزیابی میزان کنترل روش های روان شناختی و غیر دارویی در کنترل حملات صرع کودکان و نوجوانان نشان دادند که درمان شناختی، رفتاری موجب کاهش شدت علایم و افزایش احساس کنترل تشنج صرعی شده است اما تاثیری در کاهش فراوانی آن نداشته است (28).

نتایج نشان می دهد که خطر ابتلا بیماران تشنجی به اختلالات روان پزشکی 3 تا 6 برابر بیشتر از جمعیت نرمال همسن می باشد (29). البته شیوع بیشتر اختلالات روان پزشکی در بیماران تشنجی در مطالعات مختلف محدود به افسردگی و اضطراب نبوده است و بیماران دچار تشنج لوب گیجگاهی به عنوان یک گروه، علایم وسواس فکری، عملی را با شیوع بالاتری نسبت به نمونه های نرمال نشان می دهند (30). شیوع کلی اختلالات روان پزشکی، هر چند بین بیماران بزرگسال دچار صرع لوب گیجگاهی و بقیه انواع اپی لپسی فوکال غیر

آن تفاوت برجسته ای ندارد ولی شیوع آن در این 2 گروه بیماران تشنجی به طور برجسته ای بیشتر از بیماران دچار تشنج ژنرالیزه اولیه است (31). بین دو گروه از افراد دچار ناتوانی های جسمی با هوش نرمال (یک گروه دچار تشنج و گروه دیگر بدون تشنج) شیوع اختلالات روان پزشکی تفاوت معنی داری نداشته است؛ به عبارتی دیگر تفاوتی در شیوع اختلالات روان پزشکی بین بیماران ناتوان دارای هوش نرمال دچار اپی لپسی در مقایسه با بقیه افراد دچار بیماری های ناتوان کننده غیر اپی لپسی مشاهده نمی شود (32). در مقایسه ای که بین بیماران با صرع لوب گیجگاهی با بیماران دچار صرع بزرگ (Grandmal) انجام شد نشان دادند که افراد گروه اول مشکلات هیجانی دوران کودکی و اختلالات روان پزشکی بزرگسالی برجسته تری دارند. نوروژ، اسکیزوفرنی و اختلالات رفتاری با شیوع بیشتری در آنها مشاهده شد؛ در حالی که مشکلات شخصیتی ناشی از صرع و دلیریوم در بیماران دچار صرع گراندمال شایع تر بود (33).

اگرچه در حدود 70 درصد از مبتلایان به صرع با داروهای موجود درمان می شوند، ولی در حدود 30 درصد از بیماران حملات مزمنی را تجربه می کنند که به طور رضایت بخش و کامل به داروهای ضد صرع جواب نمی دهند (5). داروهای ضد تشنج می توانند در ایجاد اضطراب و افسردگی این بیماران هم به صورت عارضه جانبی و هم به علت علایم ترک ناشی از قطع مصرف یا کاهش دوز دارو موثر باشند (34). هر چند که نتایج پژوهشی حاکی از آن است که داروهایی که در حال حاضر به صورت رایج در درمان اختلالات تشنجی استفاده می شود (سدیم والپروات، کاربامازپین و توپیرامات) همگی از داروهای تثبیت کننده خلق نیز محسوب می شوند و علاوه بر کنترل علایم تشنجی بیمار، بی ثباتی خلق و تحریک پذیری و نهایتاً میزان پرخاشگری بیمار را کاهش می دهد (35).

### نتیجه گیری

با وجود این که تحقیق حاضر از لحاظ به کارگیری درمان مدیریت استرس و بررسی نگرش های

children younger than six years: excellent prognosis, but classification should be reconsidered after follow-up: the Dutch Study of Epilepsy in Childhood. *Epilepsia*. 2002 Jul;43(7):734-9.

4. Rosemberg S, Fujiwara D. Epidemiology of pediatric tumors of the nervous system according to the WHO 2000 classification: a report of 1,195 cases from a single institution. *Childs Nerv Syst*. 2005 Nov;21(11):940-4.

5. Lee EJ. A cognitive vulnerability model for depression for people with temporal lobe epilepsy: A four year longitudinal study. Dissertation for PhD in psychology. University of Wisconsin Madison; 2007.

6. Chang B, Lowenstein D. Epilepsy. *N Engl J Med*. 2003 Sep;349(13):1257-66.

7. Lambert M, Naber D. Current issues in schizophrenia: overview of patient acceptability, functioning capacity and quality of life. *CNS Drugs*. 2004;18 Suppl 2:5-17; discussion 41-3.

8. Maslow AH. Motivation and personality. New York:Harper; 1954.

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

10. Cramer J, Brandenburg N, Xu X. Differentiating anxiety and depression symptoms in patients with partial epilepsy. *Epilepsy Behav*. 2005 Jun;6(4):563-9.

11. Kaplan HI, Sadock BJ, editors. Synopsis of psychiatry. 9<sup>th</sup> ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 2003. p.356- 60.

12. Neshat dust HT, Nilforoushzadeh MA, Deghani F, Molavi H. Effectiveness of cognitive-behavioral stress management therapy on patients's quality of life with alopecia areata in Skin Disease and Leishmaniasis Research Centre of Isfahan. *Arak Medical University Journal (Rahavard Danesh)*. 2009;2(12): 125-133.

13. Rejeski W, Mihalko S. Physical activity and quality of life in older adults. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*. 2001;56(suppl 2):23.

ناکارآمد ویژه بیماری صرع در تنظیم پروتکل درمانی دارای نوآوری و ابتکار بود ولی هر مطالعه‌ای به طور اجتناب ناپذیر دچار محدودیت‌هایی می‌گردد که تفسیر یافته‌ها را در بستر محدودیت‌ها ضروری می‌سازد که عبارتند از:

الف) جلسات با پیشنهاد خود بیماران تنها برای زنان برگزار شد و هم‌چنین تعداد نمونه کم بود به همین دلیل تعمیم نتایج باید با احتیاط صورت بگیرد.

ب) پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از سایر روش‌های روان‌درمانی در بهبود کیفیت زندگی همانند آرامش‌آموزی، نوشتن احساسات، بازخورد زیستی و هیپنوتیزم درمانی به صورت مقایسه‌ای استفاده شود.

ج) پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از بیماران مرد و مبتلایان به انواع دیگر صرع استفاده شود.

د) از آنجایی که اغلب بیماران مصروع علاوه بر داروهای صرع داروهای روان‌پزشکی نیز استفاده می‌کنند، در مطالعات آتی باید این نکته در نظر گرفته شود زیرا نتیجه‌گیری در مورد اثرات مداخلات شناختی را کاملاً تحت تاثیر قرار می‌دهد.

### تشکر و قدر دانی

این مقاله حاصل یک پایان نامه دانشجویی است که با همکاری بخش مغز و اعصاب بیمارستان آیت ... کاشانی شهر اصفهان انجام شده است. بر خود لازم می‌دانم از جناب آقای دکتر زارع، نورولوژیست و ریاست محترم بیمارستان آیت ... کاشانی تشکر و قدر دانی نمایم.

### منابع

1. Victor M, Ropper AH. Principle of Neurology. Boston : Mc Graw Hill;2001.p. 311- 335.
2. Anneyers J. The Epidemiology of Epilepsy. In: Wyllie E, editor. The treatment of Epilepsy . 3<sup>rd</sup> ed. philadelphia: Lippincott Williams & wilkins ; 2001.p.131-139.
3. Middeldorp C, Geerts A, Brouwer O, Peters A, Stroink H, van Donselaar C, et al. Nonsymptomatic generalized epilepsy in

14. Issa B, Baiyewu O. Quality of life of patients with diabetes mellitus in a Nigerian Teaching Hospital. *Hong Kong Journal of Psychiatry*. 2006;16(1):27.
15. Lechner S, Antoni M, Lydston D, LaPerriere A, Ishii M, Devieux J, et al. Cognitive-behavioral interventions improve quality of life in women with AIDS. *J Psychosom Res*. 2003 Mar;54(3):253-61.
16. Penedo F, Dahn J, Molton I, Gonzalez J, Kinsinger D, Roos B, et al. Cognitive-behavioral stress management improves stress-management skills and quality of life in men recovering from treatment of prostate carcinoma. *Cancer*. 2004;100(1):192-200.
17. Penedo F, Traeger L, Dahn J, Molton I, Gonzalez J, Schneiderman N, et al. Cognitive behavioral stress management intervention improves quality of life in Spanish monolingual hispanic men treated for localized prostate cancer: results of a randomized controlled trial. *Int J Behav Med*. 2007;14(3):164-72.
18. Linden W. Stress management : from basic science to better practice. Philadelphia: SAGE publication ;2005. p.83-5.
19. Beck J. Cognitive therapy: basic and beyond. Translated by Abedi M, Dorahaki E. Isfahan: Golhayeh Mohamadi; 2002.
20. Vickrey BG, Perrine KR, Hays RD, Herman BP, Cramer JA, Meador KJ, Devinsky O. Scoring Manual for the QOLIE-31, version 1.0. Santa Monica CA. RAND; 1993.
21. Salehzadeh M. Effectiveness of cognitive-behavioral group therapy with focusing on dysfunctional attitudes in epilepsy on depression and quality of life in intractable epileptic patients.[MA thesis]. Isfahan University, 2008.
22. Martinović Z, Simonović P, Djokić R. Preventing depression in adolescents with epilepsy. *Epilepsy Behav*. 2006 Dec;9(4):619-24.
23. Au A, Chan F, Li K, Leung P, Li P, Chan J. Cognitive-behavioral group treatment program for adults with epilepsy in Hong Kong. *Epilepsy Behav*. 2003 Aug;4(4):441-6.
24. O'Neill, A. Neurobiological, demographic and Psychological factors associated with depression and anxiety in individual with epilepsy. Dissertation for the degree of doctor of psychology. University of Hartford. 2005.
25. Kolko D, Brent D, Baugher M, Bridge J, Birmaher B. Cognitive and family therapies for adolescent depression: treatment specificity, mediation, and moderation. *J Consult Clin Psychol*. 2000 Aug;68(4):603-14.
26. Goldstein L, McAlpine M, Deale A, Toone B, Mellers J. Cognitive behaviour therapy with adults with intractable epilepsy and psychiatric co-morbidity: preliminary observations on changes in psychological state and seizure frequency. *Behav Res Ther*. 2003 Apr; 41(4): 447-60.
27. Bishop M, Allen C. The impact of epilepsy on quality of life: a qualitative analysis. *Epilepsy Behav*. 2003 Jun;4(3):226-33.
28. Seghatol Eslam T, Afrouz Gh.A, Gharagozlou K, Hejazi E. Psychological intervention in controlling epilepsy among children and youths. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology (Andeesheh Va Raftar)*. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology (Andeesheh Va Raftar)* 2002; 8(30): 56-64.
29. Thome-Souza S, Kuczynski E, Assumpção FJ, Rzezak P, Fuentes D, Fiore L, et al. Which factors may play a pivotal role on determining the type of psychiatric disorder in children and adolescents with epilepsy? *Epilepsy Behav*. 2004 Dec;5(6):988-94.
30. Isaacs K, Philbeck J, Barr W, Devinsky O, Alper K. Obsessive-compulsive symptoms in patients with temporal lobe epilepsy. *Epilepsy Behav*. 2004 Aug;5(4):569-74.
31. Edeh J, Toone B. Relationship between interictal psychopathology and the type of epilepsy. Results of a survey in general practice. *Br J Psychiatry*. 1987 Jul;151:95-101.
32. Stefansson S, Olafsson E, Hauser W. Psychiatric morbidity in epilepsy: a case controlled study of adults receiving disability benefits. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1998 Feb; 64(2): 238-41.
33. Shukla G, Srivastava O, Katiyar B, Joshi V, Mohan P. Psychiatric manifestations in temporal lobe epilepsy: a controlled study. *Br J Psychiatry*. 1979 Nov;135:411-7.

34. Dodrill C, Batzel L. Interictal behavioral features of patients with epilepsy. *Epilepsia*. 1986;27 Suppl 2:S64-76.

35. O'Donoghue M, Goodridge D, Redhead K, Sander J, Duncan J. Assessing the psychosocial consequences of epilepsy: a community-based study. *Br J Gen Pract*. 1999 Mar;49(440):211-4.