

## Effect of coping-therapy of mothers on severity of generalized epileptic attacks of their children

AR. Aghayousefi\*

N. Sharif\*\*

\*Associate Professor of Psychology, Department of Psychology, Payam-e- Noor University, Qom, Iran

\*\*Ph.D. of Psychology, Payam-e- Noor University, Tehran, Iran

### \*Abstract

**Background:** Epilepsy as the most important chronic neurological disease affects suffering child and his/her family. It causes some stresses in the family, especially in mothers.

**Objective:** The aim of this study was to determine the effects of Coping-Therapy (CT) of mothers on severity of generalized epileptic attacks of their children.

**Methods:** This interventional study was conducted in Qom during 2009. Thirty four mothers of children with epilepsy referred to neurology clinics in Qom were selected by convenience sampling method and were divided into intervention and control groups. Coping-Therapy protocol was performed for mothers of intervention group in 8 sessions and a self-made questionnaire was used to measure the severity of the attacks. Data were analyzed by repeated measure analysis of variance.

**Findings:** The group by time interaction which represents the mean differences between the two groups was significant. The mean attack duration was decreased from 30.76 seconds to 12.94 second in intervention group and the difference was statistically significant.

**Conclusion:** With regards to the results, it seems that Coping-Therapy in mothers has considerable effects as a treatment modality in decreasing the severity of epileptic attacks in children.

**Keywords:** Psychotherapy, Generalized Epilepsy, Child

**Corresponding Address:** Alireza Aghayousefi, Department of Psychology, Payam-e- Noor University, Qom, Iran

**Email:** arayeh1100@gmail.com

**Tel:** +98-251-7780166

**Received:** 31 Jan 2012

**Accepted:** 26 Jul 2012

## اثر مقابله درمان‌گری مادر بر شدت حمله‌های فراگیر کودک مصروع

دکتر علیرضا آقاییوسفی\*

دکتر نسیم شریف\*\*

\* دانشیار روان‌شناسی دانشگاه پیام نور قم

\*\* دکترای تخصصی روان‌شناسی دانشگاه پیام نور تهران

آدرس نویسنده مسؤول: قم، دانشگاه پیام نور، گروه روان‌شناسی، تلفن ۰۲۵۱-۷۷۸۰۱۶۶

Email: arayeh1100@gmail.com

تاریخ پذیرش: ۹۱/۵/۴

تاریخ دریافت: ۹۰/۱۱/۱۱

### \* چکیده

**زمینه:** بیماری صرع به عنوان مهم‌ترین اختلال مزمن عصبی، کودک مبتلا و خانواده وی را تحت تأثیر قرار می‌دهد و باعث بروز تنش در خانواده به خصوص مادران می‌شود.

**هدف:** مطالعه به منظور تعیین اثر مقابله درمان‌گری مادران بر شدت حمله‌های فراگیر صرعی در کودکان انجام شد.

**مواد و روش‌ها:** این مطالعه مداخله‌ای در سال ۱۳۸۸ در قم انجام شد. ۳۴ مادر دارای کودک مبتلا به صرع که به صورت انتخابی به مطب‌های متخصصین مغز و اعصاب این شهر مراجعه کرده بودند، به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به دو گروه ۱۷ نفری مداخله و شاهد تقسیم شدند. آیین‌نامه مقابله درمان‌گری برای مادران گروه مداخله به مدت ۸ جلسه اجرا و از پرسش‌نامه محقق ساخته برای اندازه‌گیری شدت حمله‌ها استفاده شد. داده‌ها با آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** اثر تعاملی گروه در زمان که نشان‌دهنده اثر نوع مداخله در تغییرات میانگین هر دو گروه است، معنی‌دار بود و مقابله درمان‌گری میانگین مدت زمان هر حمله را از ۳۰/۷۶ ثانیه به ۱۲/۹۴ ثانیه در گروه مداخله کاهش داد که این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار بود.

**نتیجه‌گیری:** با توجه به یافته‌ها، به نظر می‌رسد مقابله درمان‌گری مادران کودکان مصروع به عنوان یک روش درمانی در کاهش شدت حمله‌های فراگیر کودکان مصروع، کارایی قابل ملاحظه‌ای دارد.

**کلیدواژه‌ها:** روان‌درمانی، صرع فراگیر، کودک

### \* مقدمه:

کل خانواده به شمار آید؛ زیرا والدین دچار تنیدگی، اضطراب، احساس گناه، درماندگی و ناتوانی می‌شوند، در نتیجه عملکرد آن‌ها و در نهایت عملکرد کل خانواده تحت تأثیر قرار می‌گیرد.<sup>(۳)</sup> مشکلات والدین کودکان مبتلا به صرع عبارت است از: نگرش منفی نسبت به خود، اختلال‌های رفتاری، گوشه‌گیری، احساس گناه و سرزنش خود، ترس و نگرانی در مورد ماهیت و علت حمله‌ها و تداوم آن‌ها، نگرانی در مورد آینده نامعلوم کودک (به لحاظ تحصیلی، شغلی و ازدواج)، ترس از بروز مشکل‌های روانی و عاطفی در کودک، مشکل‌های مالی

صرع یکی از فراوان‌ترین اختلال‌های عصبی با میزان شیوع ۳ درصد جمعیت عادی است. اصطلاح صرع به حمله‌های عودکننده‌ای اشاره دارد که در نتیجه تخلیه الکتریکی ناگهانی، متناوب و بیش از حد سلول‌های عصبی مغزی به وجود می‌آیند.<sup>(۱)</sup> صرع در هر سنی ممکن است اتفاق بیافتد و در حدود ۷۵ درصد موارد، قبل از ۲۰ سالگی بروز می‌کند که بر مراحل تحول و تکامل کودک اثر می‌گذارد.<sup>(۲)</sup> صرع علاوه بر فرد مبتلا، اعضای خانواده را نیز درگیر می‌کند. وقوع این بیماری مزمن در یکی از فرزندان خانواده می‌تواند بحرانی برای

والدین، روش‌های مقابله‌ای نارسای والدین کودکان مصروع اصلاح و شبکه حمایت اجتماعی آن‌ها بنا شود.<sup>(۹)</sup> رادنبرگ و همکاران معتقدند در کنار عوامل عصب‌شناختی و طبسی، عوامل خانوادگی نقش اساسی در ایجاد و ماندگاری بیماری‌های روانی کودک دارند.<sup>(۱۰)</sup> تکه‌الاسلام و همکاران دریافته‌اند که درمان شناختی- رفتاری به صورت گروه درمانی می‌تواند شدت حمله در کودکان و نوجوانان مقاوم به درمان دارویی صرع را بهبود بخشد و احساس کنترل حمله‌های صرعی را افزایش دهد.<sup>(۱۱)</sup> لذا، این مطالعه با هدف تعیین اثر مقابله درمان‌گری مادران بر شدت حمله‌های فراگیر در کودکان مصروع انجام شد.

### \* مواد و روش‌ها:

این مطالعه مداخله‌ای در سال ۱۳۸۸ در شهر قم بر روی ۳۴ نفر از مادران کودکان مبتلا به صرع انجام شد. این افراد که به صورت انتخابی به مطب‌های متخصصین مغز و اعصاب مراجعه کرده بودند به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و در دو گروه ۱۷ نفری مداخله و شاهد قرار گرفتند. با نظر متخصص اعصاب، کودکان با ویژگی‌های زیر وارد مطالعه شدند: در یک سال گذشته مبتلا به حمله‌های صرعی فراگیر شده بودند، هرگونه بیماری ناتوان‌کننده دیگری نداشتند و فرایند تشخیص شامل معاینه متخصص اعصاب، الکتروانسفالوگرافی و در صورت لزوم آزمایش‌های پیرابالینی را پشت سر گذاشته بودند و همچنین والدین آن‌ها با مشارکت در طرح پژوهشی موافق بودند. سپس با نظر متخصص اعصاب کودکان براساس نوع و میزان داروی مصرفی، میانگین مدت حمله، جنسیت و سن و همچنین تحصیلات مادر به دو گروه مداخله و شاهد تقسیم شدند.

در این پژوهش به مادران کمک شد تا بتوانند منابع تنیدگی روزانه خود را تشخیص و با اصلاح روش مقابله‌ای، شدت تنیدگی و پیامدهای آن را در زندگی خانوادگی خود کاهش دهند.

ناشی از هزینه درمان، ترس از داشتن فرزند دیگر مبتلا به صرع، نگرانی در مورد عوارض داروها و صدمه‌های حین تشنج.<sup>(۴)</sup> پدران و مادران به طور معمول نگرانی‌های یکسانی را تجربه می‌کنند که مربوط به سلامتی و آینده کودک است. در حالی که مادران بیش‌تر و عمیق‌تر تحت تأثیر بحران قرار می‌گیرند، پدران در تطابق خود استوارتر هستند و به تدریج بهبود می‌یابند. مطالعه‌ها نشان داده‌اند که مادران نسبت به پدران بیش‌تر مستعد تنش‌های روانی هستند و اغلب نیاز بیش‌تری به حمایت عاطفی و اجتماعی دارند، در حالی که پدران بیش‌تر تمایل دارند جهت‌سازگاری، رفتار خود را کنترل کنند.<sup>(۵)</sup>

برپور و چاپیسکی تأثیر تنیدگی مادران را بر صرع کودکان در خانواده‌های بیش‌حمایت‌کننده، بررسی کردند و نتایج نشان داد تنیدگی والدین نقش زیادی در تشدید صرع کودکان دارد و والدینی که بیش‌حمایت‌کننده هستند، توجه زیاد آن‌ها به صرع کودکان موجب می‌شود تعداد حمله‌های صرع تا حدودی افزایش یابد. به نظر آن‌ها کاهش تنیدگی مادران در کاهش صرع کودکان تأثیر بسزایی دارد.<sup>(۶)</sup> پاولو و الیزابت طی مطالعه‌ای با عنوان شناسایی متغیرهای مؤثر در صرع کودکان، به مدت ۴ ماه روش‌های کاهش تنیدگی را به کودکان مصروع و والدین آن‌ها به شیوه دیداری آموزش دادند. نتیجه آن بود که کاهش تنیدگی‌های روزانه در کاهش صرع کودکان تأثیر داشت.<sup>(۷)</sup> شارپ و روسیتر در یک فراتحلیل از ۵۰ مطالعه که بین سال‌های ۱۹۷۶ تا ۲۰۰۰ انجام شده بود، نشان دادند که کودکان واجد یک بیماری مزمن نسبت به سایر کودکان علایم اختلال‌های روان‌شناختی (افسردگی و اضطراب) بیش‌تری داشتند و والدین این کودکان نیز تنیدگی بیش‌تری را نسبت به والدین فاقد کودکان مبتلا به اختلال مزمن تجربه می‌کردند.<sup>(۸)</sup>

رادنبرگ و همکاران نیز نشان دادند که عوامل تنیدگی‌زا، منابع حمایتی و رفتارهای مقابله‌ای والدین اثر مستقیمی بر تنیدگی والدین و شیوه والدگری آن‌ها دارد. این مؤلفان پیشنهاد می‌کنند به منظور کاهش اثر تنیدگی

نخستین و ثانوی بپردازند و واکنش‌های فرد را از نظر درجه سازش یافتگی ارزیابی کنند. سپس از فرد خواسته می‌شود تا با توجه به نتایج جلسه، این بار راه‌های جدیدتر و ارزیابی‌های دقیق‌تر را به کار گیرد و مجدداً نتایج را یادداشت کند و برای جلسه بعد همراه بیاورد.

در جلسه سوم، هر فرد نتایج ناشی از تغییر روش‌های ارزیابی شناختی و راه‌های مقابله‌ای به کار گرفته شده خویش را گزارش می‌دهد. اگر مشکل کاهش یافته بود، مجدداً ارزیابی‌ها ادامه می‌یابد و راه‌های مقابله‌ای دیگر هم به کمک گرفته می‌شود تا مشکل به حداقل برسد. گاهی از مراجع یا بیمار درخواست می‌شود که ارزیابی اطرافیانش درباره نحوه برخورد با رویدادهای تنیدگی‌زا را بپرسد، یادداشت کند و در جلسه بعد به بحث بگذارد. ممکن است ارزیابی‌های دیگران دقیق و کمک‌کننده باشد و ممکن است یک ارزیابی غیرواقعی در جهت حفظ منافع خود به فرد ارایه داده باشند. مهم این است که بیمار بایستی همواره به ارزیابی‌های شناختی خویش ادامه دهد. اگر مشکل فرد حل شده باشد، آن گاه به تنیدگی‌های دیگری که فرد تجربه می‌کند، پرداخته می‌شود فرد باید آن‌ها را یادداشت کند و در جلسه‌های بعد همراه بیاورد تا زمانی که فرد مهارت مقابله مؤثر با رویدادهای تنیدگی‌زا را بیاموزد و بتواند به کار گیرد. این فرایند تا پایان جلسه‌های درمان ادامه می‌یابد.<sup>(۱۳)</sup>

در نهایت داده‌ها با آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تحلیل شدند.

#### \* یافته‌ها:

دامنه سنی کودکان دارای حمله‌های صرع فراگیر بین ۲ تا ۱۱ سال بود و هیچ یک از مادران تحصیلات دانشگاهی نداشتند.

توزیع نمره‌های مربوط به میانگین مدت هر حمله صرع بزرگ با استفاده از نمودار جمع‌مجموعی نشان داد که این توزیع فاقد نمره‌های پرت بود و می‌توان تحلیل واریانس با اندازه‌های مکرر را به کار برد (نمودار شماره ۱).

در این مطالعه، هنگام اجرای پیش‌آزمون‌ها و پس‌آزمون‌ها از پرسش‌نامه محقق ساخته برای اندازه‌گیری شدت حمله‌های صرع فراگیر استفاده شد. این پرسش‌نامه شامل پرسش‌هایی در مورد شدت حمله‌های صرع فراگیر، نوع دارو، تعداد قرص‌های مصرفی روزانه برای درمان صرع و سن و جنس کودک بود. تعداد حمله‌ها در ماه به صورت میانگین مدت زمان طول کشیدن هر حمله در طول یک ماه اندازه‌گیری شد.

در گروه مداخله از روش مقابله درمان‌گری استفاده شد. نخستین بار ویدل در آلمان روشی به این نام برای کمک به بیماران روان‌گسیخته معرفی کرد.<sup>(۱۳)</sup> این فن به عنوان روشی برای آموزش مهارت‌های مقابله‌ای کارآمد به کار برده می‌شود و براساس نوع و شدت تنیدگی‌ها و راه‌های مقابله‌ای فرد بر پایه نظریه تبادل تنیدگی فولکمن - لازاروس بنا شده است. در این فن جلسه‌های درمان می‌تواند فردی یا گروهی باشد. در جلسه‌های گروهی بایستی ضوابط عمومی جلسه‌های گروه درمان - گری را رعایت کرد. تعداد جلسه‌ها معمولاً ۸ تا ۱۵ جلسه است. مدت زمان هر جلسه فردی به طور متوسط ۴۵ دقیقه و برای جلسه‌های گروهی ۲ تا ۳ ساعت است. این تعداد جلسه‌ها جدا از جلسه‌های مصاحبه‌ها، مشاهده‌ها و حتی آزمون‌گری‌های نخستین و جلسه‌های پس‌آزمون است.<sup>(۱۳)</sup>

فن مقابله درمان‌گری آقا یوسفی به ترتیب زیر اجرا می‌شود:

در جلسه اول تنیدگی و اثرات آن بر سلامتی زیست‌شناختی، روان‌شناختی، تحول بهنجار و نیز مقابله و راه‌های هشت‌گانه مقابله‌ای تعریف می‌شود و در پایان جلسه از مراجعین یا بیماران درخواست می‌شود تا برای جلسه بعد مهم‌ترین رویداد تنیدگی هفته یا حتی زندگی خود را یادداشت کنند و برای جلسه بعد همراه بیاورند.

در جلسه دوم هریک از اعضای گروه تنیدگی، اعمال و افکار خود را بیان می‌کنند و سپس خود و دیگر اعضای گروه، با هدایت روان‌درمان‌گر می‌کوشند دوباره به ارزیابی

## جدول ۲- نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌های مکرر

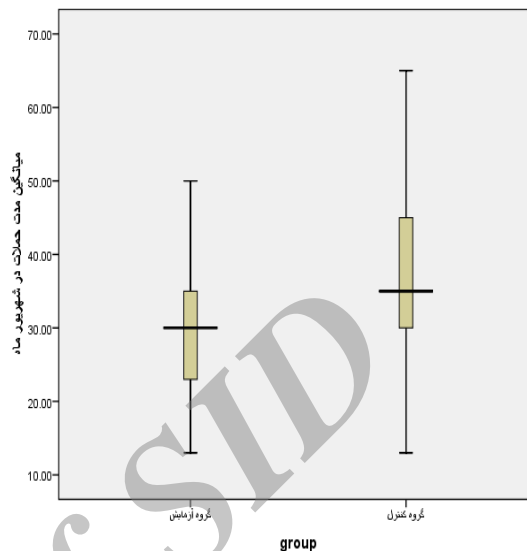
منبع	نوع سوم مجموع مجنورات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	خطا
زمان	کرویت مفروض	۱	۱۴۷۷/۷۷۹	۹۲/۴۵۷	۰/۰۰۰۱
	گرین‌هاوز-کیسر	۱	۱۴۷۷/۷۷۹	۹۲/۴۵۷	۰/۰۰۰۱
	هوینفلدت	۱	۱۴۷۷/۷۷۹	۹۲/۴۵۷	۰/۰۰۰۱
	لاورباوند	۱	۱۴۷۷/۷۷۹	۹۲/۴۵۷	۰/۰۰۰۱
تعامل * گروه زمان	کرویت مفروض	۱	۱۲۲۸/۲۵۰	۷۶/۸۴۵	۰/۰۰۰۱
	گرین‌هاوز-کیسر	۱	۱۲۲۸/۲۵۰	۷۶/۸۴۵	۰/۰۰۰۱
	هوینفلدت	۱	۱۲۲۸/۲۵۰	۷۶/۸۴۵	۰/۰۰۰۱
	لاورباوند	۱	۱۲۲۸/۲۵۰	۷۶/۸۴۵	۰/۰۰۰۱
خطا (زمان)	کرویت مفروض	۳۲	۵۱۱/۴۷۱	۱۵/۹۸۳	
	گرین‌هاوز-کیسر	۳۲	۵۱۱/۴۷۱	۱۵/۹۸۳	
	هوینفلدت	۳۲	۵۱۱/۴۷۱	۱۵/۹۸۳	
	لاورباوند	۳۲	۵۱۱/۴۷۱	۱۵/۹۸۳	

مقابله درمان‌گری مادران کودکان مبتلا به صرع فراگیر توانست میانگین مدت زمان هر حمله را در گروه مداخله از  $۱۰/۹۸ \pm ۳۰/۷۶$  ثانیه در شهریور ماه به  $۹/۳۶ \pm ۱۲/۹۴$  ثانیه در آبان ماه کاهش دهد، ولی در گروه شاهد ( $۱۳/۲۲ \pm ۳۶/۹۴$  ثانیه در شهریور و  $۱۴/۷۰ \pm ۳۶/۱۲$  ثانیه در آبان) تفاوت آماری معنی‌داری را نشان نداد.

## \* بحث و نتیجه‌گیری:

این مطالعه نشان داد که مقابله درمان‌گری مادران دارای کودک مبتلا به صرع به وسیله اصلاح روش‌های ناکارآمد مقابله‌ای می‌تواند شدت حمله‌های فراگیر کودکان مصروع آن‌ها را کاهش دهد. یافته‌های مطالعه حاضر با مطالعه‌های انجام شده در این زمینه مانند مطالعه نقه‌الاسلام و همکاران همسو است. آن‌ها نشان دادند درمان‌گری شناختی- رفتاری می‌تواند شدت حمله‌های صرع فراگیر مقاوم به درمان را کاهش دهد.<sup>(۱۱)</sup> یافته‌های مطالعه حاضر با مطالعه فافلین و همکاران در مورد اثر اصلاح روش‌های مقابله با تنیدگی در والدین بر حمله‌های صرع در کودکان مصروع آن‌ها نیز همگراست.<sup>(۱۴)</sup> همچنین با یافته‌های پولو و الیزابت مبنی بر اثر آموزش روش‌های مناسب مقابله با تنیدگی به والدین بر کاهش تعداد حمله‌ها در کودکان مصروع و مطالعه سایر پژوهش‌گران که معتقدند والدین کودکان مصروع باید تنش‌های خود را مهار کنند همخوانی دارد.<sup>(۱۵ و ۱۶)</sup>

## نمودار ۱- توزیع نمره‌های مربوط به میانگین مدت هر حمله صرع بزرگ در شهریور ماه



اثر تعاملی گروه در زمان نشان‌دهنده اثر معنی‌دار نوع مداخله در تغییرات میانگین هردو گروه بود و فرضیه پژوهش را تأیید کرد (جدول‌های شماره ۱ و ۲).

## جدول ۱- نتایج آزمون‌های چند متغیری اثر زمان و نیز اثر تعامل زمان و گروه

اثر	ارزش	F	سطح معنی‌داری
زمان	اثر پیلای	۰/۷۴۳	۹۲/۴۵۷
	لامدا ویلیکس	۰/۲۵۷	۹۲/۴۵۷
	اثر هوتلینگ	۲/۸۸۹	۹۲/۴۵۷
	ریشه روی	۲/۸۸۹	۹۲/۴۵۷
گروه * زمان	اثر پیلای	۰/۷۰۶	۷۶/۸۴۵
	لامدا ویلیکس	۰/۳۹۴	۷۶/۸۴۵
	اثر هوتلینگ	۲/۴۰۱	۷۶/۸۴۵
	ریشه روی	۲/۴۰۱	۷۶/۸۴۵

3. Hickely J. Neurological & neurosurgical nursing. 5th ed. New York: Lippincott; 2003. 80-5
4. Smeltzer L, Bare S. Medical surgical nursing. 1st ed. New York: Lippincott; 2004. 1876
5. Potter PA, Perry AG. Textbook of basic nursing. 5th ed. St. Louis: Mosby; 2003. 800-2
6. Barker W. Studies in epilepsy; personality pattern, situational stress, and the symptoms of narcolepsy. *Psychosom Med* 1948 Jul-Aug; 10 (4): 193-202
7. Torta R, Keller R. Behavioral, psychotic, and anxiety disorders in epilepsy: Etiology, clinical features and therapeutic implications. *Epilepsia* 1999; 40 Suppl 10: S2-20
8. Sharpe D, Rossiter L. Siblings of children with a chronic illness: a meta-analysis. *J Pediatr Psychol* 2002 Dec; 27 (8): 699-710
9. Rodenburg R, Meijer AM, Dekovic M, Aldenkamp AP. Parents of children with enduring epilepsy: predictors of parenting stress and parenting. *Epilepsy Behav* 2007 Sep; 11 (2): 197-207
10. Rodenburg R, Stams GJ, Meijer AM, et al. Psychopathology in children with epilepsy: a meta-analysis. *J Pediatr Psychol* 2005 Sep; 30 (6): 453-68
11. Saghealeslam T, Afrooz GHA, Ghareh Gozli K, et al. Psychological intervention to control epilepsy in children and adolescents. *Thought and Behavior J* 2002; 8 (2): 56-64 [In Persian]
12. Agha Yousefi AR, Dehestani M. Coping-therapy may improve the personal wellbeing of mothers of exceptional children? *Urmia Medical J*. 2012; 23 (5): 399-409 [In Persian]
13. Agha Yousefi AR. The role of personality factors on coping strategies and the effect of coping therapy on personality factors and depression. PhD Dissertation. Terhran: School

بر پایه آن چه مؤلفین بالا اشاره کرده‌اند، به نظر می‌رسد ناتوانی والدین به ویژه مادران در مقابله مناسب با تنیدگی‌ها، تنیدگی را به کودکان مصروع‌شان منتقل می‌کند و در نتیجه حمله‌های صرعی در کودکان افزایش می‌یابد. (۱۵)

مطالعه‌های رادنبرگ و همکاران نشان‌گر نقش تنیدگی و مقابله نامناسب والدین در حمله‌های صرع کودکان است. (۱۰، ۹) به نظر می‌رسد تنیدگی و در واقع مقابله نامناسب به عنوان یک متغیر میانجی، شدت حمله‌های صرع را در کودکان تحت تأثیر خود قرار می‌دهد. والدینی که در برابر رویدادهای تنیدگی‌زا دچار کاهش سازش‌یافتگی شده‌اند، این حالت را به کودکان خود منتقل می‌کنند و به دنبال آن چنان‌که سرمیژر، رووکامپ و آلدنکامپ بیان می‌کنند، زمینه حمله‌های صرعی در کودکان فراهم می‌شود. (۱۵)

قابل ذکر است که در این مطالعه، کودکانی که بیماری آن‌ها تنها صرع گرندمال بود و در یک سال گذشته بیماری آن‌ها تشخیص داده شده بود و در طول چند ماه نخست تشخیص، نتوانسته بودند علایم بیماری را به طور جدی کنترل کنند و نیز تک فرزند نبودند و مادران آن‌ها تحصیلات دانشگاهی نداشتند، بررسی شدند. لذا، یافته‌های این مطالعه با احتیاط می‌تواند تنها به بیماران با وضعیت مشابه تعمیم داده شود.

### \* سپاس‌گزاری:

این پژوهش با استفاده از اعتبار پژوهشی دانشگاه پیام نور انجام شده است و از افرادی که در انجام این مطالعه یاری رساندند، تقدیر می‌شود.

### \* مراجع:

1. Victor A, Ropper V. Manual of neurology. 7th ed. Boston: McGraw Hill; 2002. 134
2. Ettinger A. Psychiatric issues in epilepsy. 1st ed. New York: Lippincott Co; 2002. 8-11

of Humanities, Tarbiat Modares University; 2001 [In Persian]

14. Pfafflin, M; Petermann, F; Rau, J & May, TW. The psychoeducational program for children with epilepsy and their parents (FAMOSSES): Results of a control pilot study and survey of parent satisfaction over a five-year period. *Epilepsy Behav.* 2012 Sep; 25 (1): 11-6

15. Suurmeijer TP, Reuvekamp MF, Aldenkamp BP. Social functioning, psychological functioning, and quality of life in epilepsy. *Epilepsia* 2001 Sep; 42 (9): 1160-8

Archive of SID