

العنوان:	فعالية العلاج المعرفي السلوكي لتحسين التنظيم الذاتي ونوعية الحياة لدى عينة من مرضى الصرع
المصدر:	مجلة كلية التربية (جامعة بنها) - مصر
المؤلف الرئيسي:	بدوي، ولاء بدوي محمد
المجلد/العدد:	مج 24, ع 95
محكمة:	نعم
التاريخ الميلادي:	2013
الشهر:	يوليو
الصفحات:	175 - 209
رقم MD:	506427
نوع المحتوى:	بحوث ومقالات
قواعد المعلومات:	ACI, EduSearch
مواضيع:	جودة الحياة، العلاج المعرفي السلوكي، علم النفس، الصرع، مرضى الصرع، تقدير الذات، التوافق النفسي، التوافق الاجتماعي
رابط:	http://search.mandumah.com/Record/506427

فعالية العلاج المعرفي السلوكي لتحسين التنظيم الذاتي

ونوعية الحياة لدى عينة من مرضى الصرع

إعداد

د/ولاء بدوي محمد بدوي

مدرس علم النفس – جامعة المنوفية

فعالية العلاج المعرفي السلوكي لتحسين التنظيم الذاتي ونوعية الحياة

لدى عينة من مرضى الصرع

إعداد

د/ولاء بدوي محمد بدوي

مدرس علم النفس - جامعة المنوفية

المخلص

هدفت الدراسة إلى إعداد برنامج معرفي سلوكي معتمداً على نظريات العلاج المعرفي عند بيك واليس واختبار مدى فاعليته في تحسين التنظيم الذاتي ونوعية الحياة لدى عينة من مرضى الصرع، وبلغ عدد أفراد الدراسة (٢٠) مريض يعانون من مرض الصرع وزعوا إلى مجموعتين تجريبية وضابطة، كل مجموعة تكونت من (١٠) مريض تم تقديم البرنامج للمجموعة التجريبية فقط، واستغرق تطبيق البرنامج اثني عشر أسبوع (١٢) جلسة، بواقع جلسة واحدة أسبوعياً ومدة الجلسة الواحدة ساعة تقريباً وأشارت النتائج الإحصائية إلى فاعلية البرنامج في تحسين التنظيم الذاتي ونوعية الحياة لدى المجموعة التجريبية واستمرار التحسن في إدارة المرض بعد انتهاء تطبيق البرنامج وبفترة المتابعة.

المقدمة:

يعد الصرع أحد الأمراض العضوية العصبية التي تصيب مخ الإنسان، ويتمثل في زيادة الشحنات الكهربائية؛ مما يتطلب تفريغها عبر نوبات الصرع، كما يعد هذا المرض من الاضطرابات العضوية الخطيرة؛ لما له من تأثير واضح في حياة المريض - وذويه والمحيطين به، وقد فسر مرض الصرع عبر عصور التاريخ تفسيرات مختلفة ومتناقضة، فقد كان يفسر في العصور القديمة بأنه "المرض المقدس"؛ لأن الذين يصابون به تحيط بهم الملائكة من كل جانب، وفُسِّر بعد ذلك بأنه مرض ينتاب الشيطان فيه الإنسان، وحالة التشنج وما يرافقها من أعراض مرضية تميزها إنما هي مظهر من مظاهر الصراع بين الملائكة والشياطين المحيطين المرافقين للمريض، لذلك فإن مريض الصرع على وفق هذا التصور شخص تسكن بداخله الشياطين والأرواح الشريرة.

ويعد الصرع مرضاً مزمنًا، يؤثر جوهرياً على صحة المرضى وعلى الوجود الأفضل، ويسبب قصوراً في الوظائف الاجتماعية والنشاطات والتوظيف، ويتسبب في إثارة الضيق النفسي واضطرابات الذاكرة، كما يذكر أن الصرع من

الأمراض العصبية المزمنة الفريدة في تأثيرها على جودة الحياة حيث يبدأ الصرع في أغلب الأحيان في سن صغيرة مما يعيق التطور الاجتماعي والمعرفي، بالإضافة إلى قيود الوظيفة وقيود قيادة السيارة والاضطرابات النفسية المصاحبة.

وأوضحت دراسات أخرى أن الصرع يرتبط بالإحساس بوصمة العار الاجتماعية وانخفاض تقدير الذات وضعف العلاقات الاجتماعية مع الأصدقاء والعائلة، والعديد من البحوث اهتمت بدراسة جودة الحياة لدى مرضى الصرع وأسره، وأشارت إلى ضرورة استخدام التحليل النفسي لتحسين جودة الحياة لمرضى الصرع وأسره.

(wilde&Haslam, 1996; Barker et al, 1997a,b; Ogata&Amano,2000)

(Deviensky, Vickrey&Cramer 1995; Hermann, Seidenberg, Bell, Woodard, Rutecki, & Sheth, 2000b; Kanner and palace, 2000& Gilliam, Hecimovic&Sheline, 2003)

ويشير هيليس وبيكر (Hills and Baker, 1992) إلى وجود علاقة بين الوصم الاجتماعي وانخفاض تقدير الذات والدعم الاجتماعي وضعف التواصل الاجتماعي لدى مرضى الصرع وذلك من خلال دراسة أجراها على ٢٨ مريضاً بالغاً، وذكر أن تعليم المريض معلومات حول مرضه يكون أكثر فعالية؛ لارتفاع تقدير الذات لدى المصابين بمرض الصرع.

بينما يذكر إيتنجر، ويسبورت ونولان، (Ettinger, Weisbrot&Nolan, 1998a) أن الإحساس بالتعب والاكئاب لهما تأثير بالغ على انخفاض جودة الحياة لدى مرضى الصرع، كما أشار باركر وجاكوبي (Barker and Jacoby, 2002) إلى وجود علاقة إيجابية بين جودة الحياة والدعم الاجتماعي لدى البالغين من مرضى الصرع، وأوضحت دراسة فالكييز وديفينيسكي (Vakquez and Devinsky,2003) أن اضطرابات القلق ترتبط بانخفاض مستوى جودة الحياة، وينتج القلق بسبب حدوث إثارة لردود أفعال نفسية، والنتيجة انخفاض في تقدير الذات والشعور بالوصم والرفض الاجتماعي، وينتج عن هذا الاضطراب زيادة في تكرار النوبات الصرعية.

وقد وجد أيضًا أن العلاقة بين الصرع والضغط النفسية علاقة إيجابية دالة، وأوضحت العديد من الدراسات مثل هيرمان وآخرون (Hermann et al., (2000) وسيرميجير وآخرون (Suurmejer et al, (2001) وهات وآخرون (Haut, ouyiouklis, &Shinnara (2003) أن زيادة الضغوط الانفعالية والسلوكية ترتبط بانخفاض مستوى جودة الحياة لدى مرضى الصرع، ويقترح الباحثون في جودة الحياة ضرورة تكريس جهودهم وانتباههم إلى دراسة التأثير الكامن للضغوط النفسية المصاحبة لمرض الصرع، على نحو واسع، يمكن من القول بأن الإجهاد والعوامل البيئية تتسبب في حدوث النوبة لدى مرضى نوبات الصرع في أغلب الأحيان، وهذا يدل على أهمية النظريات السلوكية في خفض الإجهاد وتحسين السيطرة عليها.

كما تسبب النوبة لمريض الصرع الإحراج من حدوث النوبة أمام الآخرين والخوف من ردود فعل

الآخرين. (Fisher et al, 2000&Mittan, 2005).

وقد تناولت كثير من الأدبيات الخاصة بالصرع مدخلاً مهماً في توضيح النتائج النفسية والاجتماعية للمرضى وهو مدخل الوصمة حيث أوضح دلوريو (Dilorio et al, 2003) في دراسة أجراها على ٣٢٠ مريضاً بالصرع (رجال ونساء بالغين)، تراوحت أعمارهم ما بين ١٩-٧٥ سنة، وأوضح أن الأفراد الذين يعانون من مستويات مرتفعة في الوصم الاجتماعي لديهم مستويات منخفضة من فعالية الذات وانخفاض في إدارة النوبات، وتقترح الدراسة أنه يجب فهم العوامل المرتبطة بمشاعر الوصم الاجتماعي؛ حتى يؤدي إلى تطوير الإجراءات اللازمة لحماية المرضى.

يشير أمير وآخرون (Amir Razoiner, Knoll, &Neufeld,1999) إلى ارتباط الإصابة بمرض الصرع بعدة عوامل نفسية اجتماعية، تتضمن هذه العوامل (انخفاض تقدير الذات - قلق - اكتئاب - غموض الوعي - نقص القدرة على الضبط الذاتي - الشعور بالوصم الاجتماعي).

وتذكر دراسة وتن ووتن (Watten&Watten,1999) أن مرضى الصرع يعانون من العزلة الاجتماعية وقلق وانطواء ذاتي وانسحاب اجتماعي وفقدان الثقة بالنفس وفرصة ضعيفة في تعلم المهارات الاجتماعية، ويضيف مورل (Morrel, 2002) إلى تأثير الوصم الاجتماعي على العلاقات الشخصية والصحة العامة وفرص العمل والإحباط، كما أوضحت نتائج دراسة كيماري وآخريين (Kumari, Ram, Nizamie,&Goyal,2009) وجود ارتباط بين الوصم الاجتماعي وانخفاض جودة الحياة لدى مرضى الصرع، ويعد هذا التقرير الأول في التصدي لدراسة الارتباط بين الوصم الاجتماعي وجودة الحياة في الهند.

كذلك تبنى بعض الباحثين نماذج نظرية توضح العلاقة بين الصرع وانخفاض جودة الحياة وتقدير الذات وأساليب المواجهة فتشير كل من جاكوبي (Jacoby,1992) وهيرمان وآخريين (Hermann et al.,2000) واو وآخريين (Au et al.,2002) إلى أهمية المتغيرات النفسية الاجتماعية حيث تأخذ أهمية متزايدة عن المتغيرات الطبية الحيوية في التنبؤ بجودة الحياة لدى مرضى الصرع، علاوة على ذلك فإن انخفاض جودة الحياة يرتبط بارتفاع تكرار النوبات ارتفاع الدرجة على اختيار القلق و الاكتئاب و الدعم الاجتماعي.

وقد وضع زفلاسكى وزفلاسكى (szafarski&szafarski 2004) في دراستهما التي اجريها لمعرفة اثر اضطرابات المزاج، و خصوصا الاكتئاب و الإحساس بالوصم الاجتماعي في انخفاض جودة الحياة، ان علاج المزاج الخطوة الأولى في تحسين جودة الحياة.

واضحت دراسة ستفيم ولوجووكاسا (stavem.log&kaasa.2000) ان مرضى الصرع يعانون كثيرا من المشكلات النفسية و الاجتماعية، و تشير نتائج الدراسة الى تأثير المرض على الحالة الصحية لدى عينة مكونة من ٣٩٧ مريض بالصرع حيث تشير النتائج الى وجود حالة صحية جيدة لدى المرضى الخاليين من النوبات ومن دون مضادات الصرع مقارنة بمن من تكرر للنوبات حيث يتكون لديهم حالة صحية سيئة. وخصوصا مرضى نوبات الصرع المستعصية

وفي ذات الوقت فإن علاج النوبات الصرعية باستخدام مضادات التشنج يؤدي إلى وجود خلل في العمليات النفسية (المعرفية والانفعالية والسلوكية)، وقد أجرى أورتنكسي وميدور؛ وريجس؛ والدنكامب ودي كروم، (Ortinski and Meador, 2004;Reijs, Aldenkamp,&De Krom 2004) دراسة لتوضيح تأثير الآثار الجانبية لاستخدام العقاقير المضادة للصرع أمثال Carbamazepine والBenyodiadenedina بالإضافة إلى Phenytion على الحالة المزاجية. أوضحت نتائج الدراسة التأثير السلبي لمضادات الصرع على الحالة المزاجية والانفعالية للمريض.

مشكلة الدراسة:

يعد الصرع مجموعة من الاضطرابات المختلفة المصدر والأعراض والاتجاهات والتنبؤات، ويستطيع العديد من الناس أن يصنعوا تحكماً جيداً في نوباتهم، لكن هناك ٤٠% من المرضى يعيشون مع نوبات دائمة، وعليهم أن يتحملوا كلاً من نتائج النوبة والعلاج.

ويحاول الباحثون أن يقللوا من تأثير اضطراب النوبة على الحياة اليومية، (Begley, Famulari&Annegers,2000) ولكن الواقع أن المصاحبات النفسية للمرض تؤدي إلى ضعف مقاومة المريض من خلال عملها كمثيرات تالية للنوبة الصرعية، وبالتالي زيادة المشاكل النفسية والاجتماعية، وهو الأمر الذي يساهم في زيادة تكرار النوبات، وأوضحت العديد من الدراسات فعالية التدخل السلوكي على مرضى نوبات الصرع، ومن هنا كان اهتمام الباحثة بالدراسة الراهنة.

وبمراجعة الدراسات السابقة وجدت الباحثة أن معظمها اهتم بخفض تكرار النوبات، فقد ركزت على الجانب الإكلينيكي فقط، من دون الاهتمام بتحسين إدارة النوبة والتنظيم الذاتي وتحسين نوعية الحياة، وسوف تحاول الدراسة الراهنة تلافي هذا القصور، ويمكن صياغة مشكلة البحث في التساؤل التالي : "ما مدى فعالية برنامج علاجي لتحسين التنظيم الذاتي ونوعية الحياة لدى عينة من مرضى نوبات الصرع".

هدف الدراسة :

- ١- اختبار مدى فعالية التدخل المعرفي السلوكي في تحسين التنظيم الذاتي ونوعية الحياة لدى عينة من البالغين من مرضى نوبات الصرع.
- ٢- التعرف على الفروق بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة وذلك في القياس القبلي والقياس البعدي في الأداء على اختبار التنظيم الذاتي ونوعية الحياة لدى عينة من البالغين من مرضى الصرع.
- ٣- التحقق من مدى استمرارية أثر البرنامج في تحسين التنظيم الذاتي ونوعية الحياة لدى عينة من البالغين من مرضى نوبات الصرع وذلك بعد انتهاء تطبيق البرنامج.

أهمية الدراسة :

- يعد الصرع مشكلة صحية كبرى بالغة التكاليف الاقتصادية والإنسانية، فوجود شخص مصاب بالصرع في الأسرة قد يؤدي إلى اضطراب الحياة فيها وافتقاد أعضائها السعادة والاستقرار النفسي، وربما يؤدي تكرار النوبات إلى ترك العمل وتعطيل إنتاجيتهم.
- بالرغم من الاعتناء الكبير بالصرع عضوياً / عصبيًا، إلا إنه مازال مهملاً من ناحية البرامج النفسية الأكاديمية والإكلينيكية، ومن ثم تأتي أهمية هذه الدراسة بالتركيز على جانب نفسي هام في علاج هذا الاضطراب.
- إبراز أهمية الأسلوب العلاجي المستخدم في تحسين التنظيم الذاتي وجودة الحياة وتقليل الإحساس بمشاعر الوصم الاجتماعي.
- تخفيض جرعات الدواء لتقليل الآثار الجانبية من جراء تناول العقاقير المضادة للصرع، حيث يشير بريسكا، جرام وأفانزيني (Perucca, Gram&Avanzini,1998) إلى أن العلاج بالعقاقير سبب تدهور حالة المريض، وربما لا يؤدي إلى خفض تكرار النوبات.

مصطلحات الدراسة:

١- النوبات الصرعية:

تعرف المنظمة العالمية لمكافحة الصرع ١٩٩٧ International League Against epilepsy النوبات الصرعية بأنها مجموعة المظاهر الإكلينيكية التي تحدث نتيجة تفرغات كهربائية شاذة في المخ، هذه المظاهر الإكلينيكية تحدث فجأة وتشتمل على اضطرابات في الوعي والإحساس والحركة.

يشير فرانك وترومبورج Frank and Stromborg, 1998 إلى أن مفهوم جودة الحياة يعد تركيباً متعدد الأبعاد، يضمن ذلك الرضا عن الحياة - تقدير الذات - الوجود الأفضل للسعادة - التوافق الوظيفي وقيمة الحياة. Cited in (Specter,Cull&Goldstein.,2001)

ويعرف جلاتسر ومور Glatzer and More ١٩٨٧ في (هدى عاصم خليفة، ٢٠٠٤) نوعية الحياة بأنها الرفاهية ليس في الجوانب الاقتصادية فحسب بل في جوانب الحياة الأخرى مثل الإسكان والصحة والعلاقات الاجتماعية أي أن جودة الحياة تعني الرفاهية والراحة ليس في الداخل بل في مستوى الصحة الجيدة وعلاقات صحية اجتماعية. هذا ويعرف إجرائياً بأنه مجموع الدرجات التي يحصل عليها الفرد في استبيان جودة الحياة المستخدم في هذه الدراسة.

٣- التنظيم الذاتي:

يشير إبراهيم الحسن الحكمي (٢٠٠٩:٧٨٤) بأن باندورا عرفها بمعتقدات الفرد المتعلقة بإمكانياته للقيام بمستويات معينة من الأداء تؤثر في أحداث مهمة من حياته، ولذا فإدراك الفرد لفاعلية ذاته يتعلق بتقييمه لقدراته على تحقيق مستوى معين من الإنجاز وعلى التحكم بالأحداث، ويؤثر على مقدار الجهد الذي سيبدله ومدى مثارته في التصدي للعواقب التي تعترضه وفي أسلوب تفكيره وهي في جوهرها تعتمد على توقعات الفرد المستقبلية.

الدراسات السابقة :

دراسات تناولت فاعلية التنظيم الذاتي ونوعية الحياة لدى مرضى الصرع:

أوضحت السنوات الأخيرة اهتماماً متزايداً في تمييز العوامل التي تؤثر على جودة الحياة لدى الأفراد المصابين بالصرع، كما أشار الباحث في دراسته إلى تأثير التدخلات الطبية على جودة الحياة، في نفس الوقت زاد الفهم للتأثير المهم للعوامل النفسية الاجتماعية على جودة الحياة والرضا عن الحياة لدى المصابين بمرض الصرع.

(Bishop, Berven, Hermann&Chan2002) وقد قام لاكشوو وآخرون (Lacchoe, Heinrichs, Sadle, Baade&Liow,2008) بتقييم جودة الحياة لدى المسنين من مرضى الصرع، وأظهرت نتائج الدراسة انخفاض جودة الحياة في جميع المجالات لدى كبار السن مقارنة بالعائدين من دون صرع، وأشارت الدراسات إلى أننا بحاجة ماسة للبحث في جودة الحياة؛ لتقييم تأثير الصرع على الوظائف النفسية والاجتماعية، حيث يؤدي ذلك إلى عدد

من المبادرات لتحديد جودة الحياة لدى مرضى الصرع لفهم تأثير الصرع ومعالجته اجتماعيًا - نفسيًا عصبيًا وطبيعيًا . (Baker,2001).

ولقد أشار بيربك، هايس وكوي؛ وقام سكلرس وآخرون (Birbeck, Hays&Cui, 2002; Sackellares et al, 2002) في خلال العشر سنوات الأخيرة أنه كان هناك اهتمام متزايد بالصرع وعلاجه وتأثيره على جودة الحياة، ليس فقط لوصف عبء المرض، لكن لعكس تأثيرات العقاقير المضادة للصرع أيضًا وكذلك شدة النوبة.

وقد أجرى بيشوب وألن (Bishop&Allen, 2003) دراسة تحليلية لتقييم تأثير الصرع على جودة الحياة لدى عينة مكونة من ٤٦ بالغًا يعانون من نوبات الصرع المستعصية، وظهر تأثير الصرع بوضوح على حياة المرضى، وخصوصًا التأثير غير المباشر على العمليات المعرفية التي تظهر مرتبطة بالنوبة الصرعية، ثم إدراج قوائم للأشياء التي تؤثر على جودة الحياة، وكانت أكثر العوامل شيوعًا ضيق النفس والإحساس بوصمة العار وقلق النوبة والعجز المعرفي.

وقد اهتم بيكر وآخرون Baker, Jacoby, Gorry&Doughty, 2005 بدراسة جودة حياة المصابين بالصرع في إيران والخليج والشرق الأوسط وأشار إلى تأثير الإصابة بالصرع على الحالة الصحية، كما أشار إلى أن أكثر من ثلثي عينة الدراسة يعانون من تكرار النوبات والآثار الجانبية للعقاقير كذلك يؤثر المرض على طموحاتهم ومستقبلهم ومشاعرهم حول أنفسهم.

كما أجرى زهي وآخرون (Zhu, Jin, Xie&Xiao, 1998) دراسة مقارنة على عينة مكونة من ١١٧ مريضًا بالصرع و٨٤ الأسوياء لدراسة جودة الحياة والشخصية لدى البالغين مرضى الصرع، وأوضحت نتائج الدراسة وجود انخفاض ذو دلالة في جودة الحياة لدى مرضى الصرع الذين يعانون من تكرار في النوبات.

كذلك قام باري (Barry,2003) بدراسة تأثير الاضطرابات المزاجية على جودة الحياة وأشار إلى أن التغيير والهبوط في الحالة المزاجية يحدث قبل مجيء النوبة تقريبًا ب٧٢ ساعة؛ كما أوضح أهمية التدخل السلوكي المعرفي في تحسين جودة الحياة وعلاج الاضطرابات المزاجية.

وذكرت عبلة وآخرون (Ablah, Haug, Konda&Tinius 2009) في دراسة مسحية أجريت حديثًا على ٤١٢ مريضًا بالغ بالصرع من مركز صرع في كانساس أن السمنة وقلّة النشاط الطبيعي مشكلة متزايدة تواجه الناس مرضى الصرع، كذلك حدوث النوبة بسبب التمرين بالإضافة إلى آثار الدواء الجانبية، حيث ذكرت أن ٢٠% من النوبات تحدث أثناء ممارستهم للتمارين الرياضية.

وقد أجرى كل من سيرمييجر ومولا وآخرون (Suurmeijet et al, 2005 Mula et al, 2006) دراسة تهدف إلى دراسة الوظائف النفسية والاجتماعية وجودة الحياة لدى مرضى الصرع، وأسفرت النتائج عن وجود أعراض للضيق النفسي والشعور بالوحدة ووصمة عار وانخفاض جودة الحياة، وأشار رودريجز وآخرون (Rodriguez, Altshuler Kay, Delarhim, Mendez&Engel,,1999) إلى زيادة نسبة انتشار العزلة الاجتماعية والتبعية وقصور الوظائف النفس-اجتماعية واضطرابات الشخصية كنتيجة للإصابة بمرض الصرع، والمتغير الوحيد المرتبط بهذه الاضطرابات وجود الهالة الصرعية علاوة على ذلك فأكثر المرضى بالهالات أكثر ميلاً للكآبة.

كما قام هاردن وآخرون (Harden et al., 2007) بدراسة بحث فيها تأثير شدة النوبة على جودة الحياة لدى عينة مكونة من ١١٨ امرأة بالغة، وأوضحت نتائج الدراسة وجود علاقة دالة إحصائية بين شدة النوبة والوظائف المعرفية والاجتماعية وقلق النوبة وتأثيرها السلبي على جودة الحياة عموماً.

ثانياً دراسات تناولت فعالية البرامج العلاجية لتحسين فاعلية التنظيم الذاتي ونوعية الحياة لدى مرضى الصرع.

قام تان وبيبرني (Tan&Bruni,1986) بإجراء دراسة تهدف إلى تقليل تكرار النوبات والضغط والتخفيف من بعض المشكلات النفسية والاجتماعية باستخدام فنيات العلاج المعرفي السلوكي لدى عينة من الراشدين مكونة من ٣٠ مريضاً، يعانون من نوبات الصرع المستعصية المقاومة للعلاج الطبي ويعانون أيضاً من مشاكل نفسية (القلق - الاكتئاب وعدم القدرة على التحكم في النوبات)، قسموا لثلاثة مجموعات مجموعة العلاج المعرفي (ن=١٠)، مجموعة ضبط الانتباه (ن=١٠) ومجموعة ضابطة (ن=١٠)، وقد أوضحت نتائج الدراسة أنه لا توجد فروق ذات دلالة بين المجموعات الثلاث، فيما يتعلق بتكرار النوبات وإن كانت درجات مجموعة العلاج المعرفي قد تحسنت عن المجموعة الأخرى على المتغيرات النفسية ولا يوجد تحسن لصالح المجموعة الضابطة.

وفي دراسة كولنز (Collings, 1990) عن السواء النفسي الاجتماعي والصرع اختبر مجموعة متغيرات مثل تقدير الذات وجودة الحياة والصعوبات الاجتماعية والبين الشخصية، والانزعاج والسعادة لدى عينة من مرضى الصرع والأسوياء، وقد أوضحت النتائج انخفاض معدل السواء بين مرضى الصرع عند مقارنتهم بالأسوياء، ففي متغير تقدير الذات كانت مجموعة مرضى الصرع تنظر لنفسها على أنها أقل قيمة وأقل توافقاً و أقل قدرة على الاعتماد على النفس وأقل نضجاً وأقل ثباتاً وأقل قدرة على النضال في الحياة وأكثر عرضة للإعاقة وأقل نجاحاً وأقل تنظيمياً ولا يمكن التنبؤ بسلوكهم.

دراسة بيسكريك وآخريين (Puskarick et al;1992) تناولت هذه الدراسة مدى فعالية برنامج تدريبي للاسترخاء التدريجي لخفض تكرار النوبات، وقد تكونت عينة الدراسة من ٢٤ مريضاً بنوبات الصرع مأخوذين من عيادات عصبية، وقد تم استخدام إجراء مضاد باستخدام فنيات الاسترخاء التدريجي للعضلات خلال ٨ أسابيع، وتكونت الجلسات من ٨ جلسات من الاسترخاء التدريجي مكونة من مجموعتين (مجموعة تجريبية (ن=١٣) ومجموعة ضابطة (ن=١١) لم تتلق أي علاج، وأوضحت النتائج فعالية البرنامج التدريبي للاسترخاء التدريجي في خفض تكرار النوبات لدى أحد عشر فرداً، وفي المجموعة الأخرى التي جلس أصحابها في سكون فإن ثلاثة أفراد فقط قرروا وجود انخفاض في النوبات، وأشارت الدراسة إلى أهمية العلاج بالاسترخاء، حيث أشارت إلى سهولته وأنه غير منفر، كما أشارت إلى أنه من الأفضل أن يصاحب العلاجات الأخرى.

دراسة سكينين (Schonbein, 1998) هدفت هذه الدراسة تقييم فعالية برنامج للضبط الذاتي لتحسين السيطرة على نوبات الصرع المستعصية (المقاومة) باستخدام طرق نفسية وتكونت العينة من ١٦ مريضاً (٩ من الذكور - ٧ من الإناث) قسمت ٩ مراهقين يتراوح أعمارهم ما بين (١٢-١٧ سنة) و ٧ بالغين يتراوح أعمارهم بين (٢١-٤٣ سنة)، تم تدريبهم على الضبط الذاتي لتحسين جودة الحياة، وتدريب الضبط الذاتي لملاحظة الذات التي استهدفت تمييز الإشارة التحذيرية في بداية حدوث النوبة (الهالة) والإحساس المنذر بقدوم النوبة والعوامل المثيرة لتطوير النوبات، وإيجاد إجراءات مضادة (إجراءات سلوكية مباشرة لقطع النوبة في بداية حدوثها باستخدام إستراتيجية التجنب واشتمل برنامج الضبط الذاتي على ٢٠ جلسة، وأشارت النتائج إلى أن (٨ مرضى حصلوا على ٨٠-١٠٠% تخفيض في تكرار النوبات - ٣ مرضى خاليين من النوبات حتى ٥ سنوات - ٣ مرضى تحسن السيطرة على نوباتهم من ٥٠-٦٠% - مريض واحد خال من النوبات لمدة ٣٠ شهر) كما أوضحت النتائج أنه يمكن التحكم في النوبات عن طريق التحكم في الضغوط، كذلك استطاع المرضى تخفيض جرعة العلاج بعد استخدام أساليب الضبط الذاتي.

كما أوضحت النتائج أن تأثير العلاج بالضبط الذاتي ظهر بعد ٦ شهور من المتابعة الأولى في أكثر الحالات، كما أوضحت أنه بعد ١٢ شهراً ٧٠% تقريباً من المرضى قادرين على تحسين السيطرة على النوبات إلى درجة كبيرة وبعيدة المدى بعد أن عاشوا سنوات من العلاج الفاشل بالعقاقير تمكنوا من السيطرة باستخدام الإجراءات السلوكية.

كما قام ريتز وأندروز (Reiter&Andrews, 2000) بدراسة تهدف إلى التحقق من فعالية برنامج سلوكي لخفض تكرار النوبات وتحسين جودة الحياة لدى مرضى نوبات الصرع الجزئية المركبة، تكونت العينة من ١١ مريضاً بالغا، لا يستطيعون السيطرة على نوباتهم، يعانون من تكرار في النوبات من قبل بدء العلاج السلوكي، تضمنت التدخلات السلوكية لمنع تعاقب النوبة المبكرة (التنفس العميق - إعادة البناء المعرفي) لزيادة الوعي الذاتي والسيطرة على النوبة

وتحسين العلاقات مع الأفراد في العائلة والزملاء في العمل، والمنافع الإضافية للبرنامج تخفيض جرعات الدواء، وقد أوضحت نتائج الدراسة أن تكرار النوبات بعد العلاج السلوكي كان بمقدار صفر لدى تسعة من المرضى، حيث مرّ كل مريض بتحسّن مهم في جودة الحياة أثناء فترة العلاج وفي مرحلة المتابعة لأن تحسّن جودة الحياة مكمل ضروري للسيطرة جيّدًا على النوبات.

كما أجرى مكيلي وآخرون (Mcauley, Long, Heise, Kirby & Buckworth, 2001) دراسة لبحث مدى فعالية برنامج ترميني للعلاج السلوكي والإكلينيكي لدى مرضى الصرع تكونت عينة الدراسة من ٢٨ مريضًا بالصرع، تم تقسيمهم إلى مجموعة تجريبية وأخرى ضابطة تراوح العمر بين ١٦-٦٠ سنة، تم اختيارهم بشكل عشوائي، وتم إجراء قياس لمعدل تكرار النوبات لمدة ٤ أسابيع قبل بدء البرنامج العلاجي، وقد استغرقت الدراسة ١٢ أسبوعًا، أوضحت نتائج الدراسة تحسّنًا هائلًا في جودة الحياة والحالة المزاجية مع نهاية تطبيق البرنامج، كما أوضحت النتائج أن تقدير الذات المنخفض يرتبط بالقلق والاكتئاب والخوف عند المرضى، وتقدير الذات يعد أحد المؤشرات الرئيسة المرتبطة بجودة الحياة.

كذلك قام سبكتور وآخرون (Specter et al, 2001) بملاحظة تقييم الضبط الذاتي المرتفع والمنخفض للنوبات الصرعية، وهدفت الدراسة إلى تمييز المتغيرات الديمجرافية والنفسية المرتبطة بالضبط الذاتي المرتفع والمنخفض للنوبات الصرعية، تكونت عينة الدراسة من ١٠٠ مريض (٤١ من الذكور - ٥٩ من الإناث)، يعانون من نوبات الصرع المستعصية، تم تقسيمهم إلى مجموعتين من خلال مقابلة أجريت مع المرضى، تم تشخيصهم بواسطة رسام المخ الكهربائي من داخل العيادات الخارجية للصرع طبقًا للمعايير الآتية: (تشخيص إيجابي للصرع - تكرار النوبات أربع نوبات صرع شهريًا على الأقل - نسبة الذكاء ٨٠% - لا يوجد تاريخ لأي إجراء جراحي بالمخ لمعالجة الصرع) وقد أوضحت نتائج الدراسة أن عددًا من المشاركين الذين لديهم ضبط ذاتي منخفض للنوبات عادة ما يرتبط بالتعب والتوتر والاكتئاب والغضب والضعف، أظهرت النتائج أيضًا أن ارتفاع نسبة الأشخاص المستخدمة للضبط الذاتي المرتفع مقارنة بمن يستخدمون الضبط الذاتي المنخفض يرجع إلى تاريخ الصرع وتكرار النوبات الكلي في الشهر، كما تعاني الإناث من تكرار النوبات مقارنة بالذكور، ويلاحظ أن الضبط الذاتي للنوبات يرتبط بانخفاض حدة الاكتئاب والقلق وارتفاع تقدير الذات والضبط الداخلي والخارجي.

كما قام أيو وآخرون (Au et al., 2003) بدراسة مدى فعالية برنامج علاجي سلوكي معرفي جماعي في هونج كونج، من خلال التحكم في الذات وتحسين جودة الحياة وإدارة الضغوط، وتكونت عينة الدراسة من ١٧ مريضًا تم تشخيص حالتهم بالصرع من داخل الأقسام العصبية بالمستشفيات في الصين، يعانون من عدم القدرة على التحكم في

النوبات، وكان متوسط الإصابة نوبتين شهريًا، وقد تم تقسيم المرضى إلى مجموعتين تجريبية وضابطة، كما تم التأكد من عدم إصابة المرضى بأي أمراض عقلية أو ذهانية، واستخدم الباحث اختبار جودة الحياة لدى مرضى الصرع واختبار فعالية الذات ومفكرة لتدوين تكرار النوبات يوميًا لمدة ثلاث شهور، وتكون البرنامج من ٨ جلسات، وقد احتوت جلسات البرنامج على الفنيات الآتية : إستراتيجية ضبط الذات - التدريب على الاسترخاء - إعادة البنية المعرفية - التحصين التدريجي - مطابقة النوبات مع المواقف الحادثة - التدريب على إدارة الضغوط وأوضح النتائج تحسنًا طفيفًا بعد استخدام برنامج العلاج المعرفي السلوكي في إدارة النوبات وخفض تكرار النوبات، وتحسن جودة الحياة وفاعلية الذات للمجموعة التجريبية مقارنة بالضابطة.

كما قام جولدستين وآخرون (Goldstien et al;2003) بدراسة لتقييم مدى فعالية برنامج معرفي سلوكي لعلاج الحالات المستعصية للعلاج بالعقاقير لعينة من البالغين من مرضى الصرع وعلاج الاضطرابات النفسية المصاحبة، وتكونت عينة الدراسة من ٦ إناث بالغات، يعانون من نوبات الصرع الحادة ويجدون صعوبة في ضبط النوبات ومشكلات نفسية واجتماعية، ويحدث لديهم تكرار في النوبات، وقد اشتمل البرنامج على ١٢ جلسة، وتم تطبيق اختبار القلق والاكتئاب واختبار تقدير الذات واختبار فعالية الذات واختبار الضغوط والنشاط الاجتماعي واختبار أساليب المواجهة واختبار وجهة الضبط واختبار العمل والتوافق الاجتماعي، وقد أشارت النتائج إلى فروق قبل وبعد استخدام البرنامج في الأداء على اختبار العمل والتوافق الاجتماعي لصالح القياس البعدي، وأظهرت النتائج انخفاض معدلات الاكتئاب عبر الجلسات الاثني عشر في حين لم تظهر أي فروق دالة على تقدير الذات والنشاط الاجتماعي والضغوط في القياس القبلي والبعدي، كما أوضحت النتائج في مرحلة المتابعة عدم فاعلية البرنامج في خفض تكرار النوبات، إضافة خفض الاكتئاب وليس القلق في نهاية الجلسات مقارنة ببداية الجلسات.

دراسة كيرت لفرنس وآخرين (Curet Lafrance et al,2009) حول فاعلية العلاج المعرفي السلوكي لمرضى مصابين بالصرع نفسي المنشأ، وقد هدفت الدراسة إلى علاج القلق والاكتئاب والنوبات، تكونت العينة من ثلاثة مرضى، شخصت حالتهم بواسطة رسام المخ الكهربائي، واشتملت جلسات البرنامج على ١٢ جلسة علاجية، وتم التطبيق بصورة فردية، وتضمنت جلسات البرنامج فنية الاسترخاء وتحديد الإشارات التحذيرية التي تسبق النوبة وتحويل العواطف السلبية إلى إيجابية والتعامل مع ضغوط الحياة وحل الصراعات والنزعات الداخلية وتعلم كيفية خفض التوترات، والواجبات المنزلية، أوضحت النتائج نجاح البرنامج في خفض تكرار النوبات وتحسين جودة الحياة والعوامل النفس-اجتماعية وخفض أعراض القلق والكآبة وتحسين التفاعل مع البيئة وانخفاض تكرار النوبات.

فروض الدراسة**نصف فروض الدراسة على:-**

الفرض الأول : توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في الأداء على اختبار التنظيم الذاتي للصرع- في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية.

الفرض الثاني: توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في الأداء على اختبار نوعية الحياة في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية.

الفرض الثالث: توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على اختبار التنظيم الذاتي للصرع لصالح التطبيق البعدي.

الفرض الرابع: توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على اختبار جودة الحياة لصالح التطبيق البعدي.

الفرض الخامس: لا توجد وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أداء المجموعة التجريبية في التطبيق البعدي والمتابعة (بعد مرور شهرين من تطبيق البرنامج على اختبار التنظيم الذاتي للصرع).

الفرض السادس: لا توجد وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أداء المجموعة التجريبية في التطبيق البعدي والمتابعة (بعد مرور شهرين من تطبيق البرنامج على اختبار جودة الحياة).

المنهج وإجراءاته:

تصنف الدراسة الحالية ضمن الدراسات التجريبية التي تعتمد على المنهج التجريبي.

عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة من ٢٠ مريضاً، تراوحت أعمارهم بين (٢٠-٤٥) عام، وتم تقسيمهم مجموعتين:

أ- مجموعة تجريبية (ن=١٠) مرضى ومتوسط أعمارهم ٣٣,٢، وانحراف معياري ٧,١٣

ب- مجموعة ضابطة (ن=١٠) مرضى وهذه المجموعة لم تتلق أي علاج، ومتوسط أعمارهم ٣٠,٣، سنة،

وانحراف معياري ٦,٦.

خطوات اختيار عينة الدراسة:

المرضى المشاركون في هذه الدراسة من المترددین على العيادة الخارجية بقسم الأمراض النفسية والعصبية - بكلية الطب جامعة المنوفية، وقد روعي في اختيارهم المحكات التالية:

- ١- الحصول على موافقة شفوية من مريض الصرع للاشتراك في العلاج.
- ٢- يتم تشخيص المريض بواسطة رسم المخ الكهربائي.
- ٣- طول فترة المرض سنتان فأكثر.
- ٤- المستوى التعليمي دبلوم، أو أعلى من ذلك.
- ٥- تم مراعاة عدم تغير نوع الدواء المستخدم في العلاج منذ بدء المشاركة في البرنامج.
- ٦- لا يعاني من صعوبات تعلم أو جرح بالرأس أو تخلف عقلي أو أي إجراء جراحي بالمخ لعلاج النوبات الصرعية.

أدوات الدراسة:

١- اختبار فاعلية التنظيم الذاتي لمرضى الصرع (ترجمة وإعادة تقنين الباحثة)

وقد قام بإعداده ديلوريو وآخرون ٢٠٠٣، dilorio et al يتكون المقياس في صورته الأصلية من ٣٣ بنداً.

طريقة التصحيح: الدرجة على كل بند تتراوح من ١ إلى ٤ درجات تتراوح الدرجة الكلية من ٣٣ إلى ١٣٢ ولقد وضعت ٤ احتمالات للإجابة على كل بند من بنود المقياس وهي (أوافق بشدة - أوافق - لا أوافق - لا أوافق بشدة) استخدم معد المقياس عدة طرق؛ لحساب ثبات المقياس هي :

- معامل ألفا كرونباخ وإعادة الاختبار وكان الثبات يتراوح ما بين ٠,٩١ إلى ٠,٩٣.
- استخدم معد المقياس لحساب الصدق: صدق الاتساق الداخلي وصدق المحك وجميعها تشير إلى تمتع الاختبار بمعاملات صدق مرتفعة.

التحقق من الخصائص السيكومترية للاختبار:

ثبات الاختبار: تم حساب الثبات عن طريق معامل ألف كرونباخ، حيث وصل معامل الثبات إلى (٠,٩٥) لعدد (٣٢) عبارة، وهو معامل ثبات مرتفع يدل على ثبات الاختبار حيث يمكن الاعتماد عليها في التطبيق الميداني للدراسة.

١- الصدق الذاتي، قامت الباحثة بحساب صدق الاختبار عن طريق حساب الصدق الذاتي وذلك بإيجاد الجذر التربيعي لمعاملات الثبات لعينة الدراسة المكونة من (٣٠) مريض صرع، حيث اتضح أن معامل الارتباط كان (٠,٨٧) وهذا المعامل يوضح أن معاملات الارتباط دالة عند ٠,٠١، وهذا يدل على تمتع الاختبار بدرجة عالية من الصدق، مما يسمح باستخدامه في الدراسة الحالية.

٢- صدق المحكمين : وللتعرف على مدى صدق أداة الدراسة في قياس ما وضعت لقياسه تم عرضها على عدد من المحكمين المتخصصين من أعضاء هيئة التدريس وبلغ عدد المحكمين (١٥) محكم، وفي ضوء آراء المحكمين قامت الباحثة بإعداد أداة هذه الدراسة بصورتها النهائية وقد حصلت الفقرات جميعها على نسبة اتفاق ١٠٠%-٨٠%، وبذلك تعد جميع فقرات المقياس صالحة.

٣- اختبار نوعية الحياة لدى مرضى الصرع (ترجمة وإعادة تقنين الباحثة)

قام بإعداده كرمز وآخرون (Cramer, Perrine, Devinsky, Bryant, Comstock, Meador&Hermann 2003) يتكون المقياس في صورته الأصلية من ٣١ بنداً تقيس سبعة أعراض (قلق النوبة والحالة المزاجية والوظائف المعرفية والوظائف الاجتماعية وتأثير الأدوية والطاقة/التعب وجودة الحياة عموماً). ويعد هذا الاختبار أكثر استخداماً عالمياً لمرضى الصرع؛ بسبب إيجازه وبساطة بنوده وكذلك يشكل عبء بسيط على المريض في الرد على ٣١ سؤالاً فقط مقارنة باختبار جودة الحياة لمرضى الصرع ٨٩ بنداً.

تم اختيار الاختبار الحالي لعدة أسباب:

١- قلة عدد البنود؛ كي لا تشكل ثقلاً على المرضى في التطبيق.

٢- معاملات صدقه وثباته مرتفعة.

استخدم معد المقياس عدة طرق؛ لحساب ثبات المقياس هي :

▪ معامل ألفا، ويصل إلى ٠,٧٠.

▪ استخدم لحساب الصدق: صدق الاتساق الداخلي والصدق التلازمي وجميعها تشير إلى تمتع الاختبار بمعاملات

صدق مرتفعة.

ثبات المقياس: قامت الباحثة بحساب معامل الثبات بطريقة ألفا كرونباخ وفيما يلي يوضح جدول رقم (١) معاملات الثبات بطريقة ألفا والتي تشير إلى تمتع الاختبار بمؤشرات ثبات جيدة.

جدول (١)

معاملات الثبات بطريقة ألفا لاختبار جودة الحياة (ن=٢٠)

م	الأبعاد الفرعية لاختبار جودة الحياة	معامل ألفا
١	قلق النوبة	٠,٦٣١٢
٢	جودة الحياة عمومًا	٠,٥٦٩٣
٣	الحالة المزاجية	٠,٨٠٠٧
٤	الطاقة/التعب	٠,٦٦٠٧
٥	الوظائف المعرفية	٠,٧٣٧٤
٦	الأدوية	٠,٦٠٩١
٧	الوظائف الاجتماعية	٠,٦٢١٩

يتضح من الجدول السابق ارتفاع معامل ألفا كرونباخ لمحاور المقياس، حيث تراوحت المعاملات بين (٠,٥٦ -

٠,٨٠) وهذه المعاملات كلها معاملات مرتفعة ومقبولة مما يؤكد على ثبات المقياس وصلاحيته للتطبيق.

صدق المقياس: تم حساب الصدق من خلال :-

١- الصدق الذاتي: وقامت الباحثة بحساب صدق الاختبار عن طريق حساب الصدق الذاتي بإيجاد الجذر التربيعي

لمعاملات الثبات لعينة الدراسة المكونة من (٣٠) مريض صرع، حيث كان معامل الارتباط مرتفعًا وصل

ل(٠,٩٢)، وهذا المعامل دال عند ٠,٠١ ويدل ذلك على تمتع الاختبار بدرجة عالية من الصدق، مما

يسمح باستخدامه في الدراسة الحالية.

٢- صدق المحكمين: استخدمت الباحثة صدق المحكمين للتعرف على مستوى صدق بنود المقياس، حيث تم

عرضها على مجموعة من المتخصصين وبلغ عدد المحكمين (١٥) محكم، وفي ضوء آراء المحكمين قامت

الباحثة بإعداد أداة هذه الدراسة بصورتها النهائية وقد حصلت الفقرات جميعها على نسبة اتفاق (٩٠%-

١٠٠%) وبذلك تعد جميع فقرات المقياس صالحة.

البرنامج العلاجي المستخدم (إعداد الباحثة)

الهدف العام للبرنامج:

التعرف على مدى فعالية برنامج علاجي سلوكي معرفي لتحسين التنظيم الذاتي وجودة الحياة للبالغين من مرضى نوبات الصرع.

ومن ثم يتضمن البرنامج تحقيق الأهداف التالية:

- تبصير مريض الصرع بحقيقة مرضه وأسباب حدوث النوبات وكيفية مواجهة التغيرات الانفعالية والسلوكية المصاحبة له.
- التعرف على الأفكار السلبية والهادمة للذات.
- تنمية قدرة المريض على تحدي الأفكار السلبية والاعتقادات والأحداث الذاتية السلبية.
- تعديل أنماط التشويه المعرفي لدى المريض.
- خفض أعراض القلق.
- تحسين جودة الحياة ورفع تقدير الذات.
- تنمية قدرة المريض على إقامة علاقات اجتماعية ناجحة، وكذلك تنمية مهارات التواصل الاجتماعي.

مصادر إعداد البرنامج:

مراجعة الأطر النظرية للبرنامج العلاجي ومادته العلمية والفنيات العلاجية من أساليب وفنيات العلاج السلوكي المعرفي ومنها دراسات وتان وبيروني (tan and bruni,1986) جولدستين وآخرين (Goldstien et al;2003) وبيسكريك وآخرين (Puskarick et al;1992) وسكنين (Schonbein,1998)، أيو وآخرين (Au et al.,2003) وريتير وأندروس (Reiter and Andrews,2000).

(١) قامت الباحثة بإعداد الصورة الأولية للبرنامج وعرضه على ١٥ من المحكمين من أعضاء هيئة التدريس بالجامعات المصرية المختلفة؛ لإبداء الرأي وتعديل ما يروونه مناسباً، وعلى وفق تعليمات المحكمين أجريت التعديلات المطلوبة، ومن ثم إعداد الصورة النهائية للبرنامج العلاجي والذي تم تطبيقه على المرضى.

فنيات البرنامج:

والبرنامج العلاجي قام على مجموعة من الفنيات والأساليب سلوكية ومعرفية، وذلك من خلال الآراء النظرية والبحوث السابقة في هذا المجال ومن تلك الفنيات:

(فنية الاسترخاء وتمارين التنفس وفنية المراقبة الذاتية وفنية الحديث الذاتي والواجب المنزلي – فنية تحديد الأفكار التلقائية المشوهة والعمل على تصحيحها وفنية صرف الانتباه وفنية التعرض والتحصين التدريجي ضد الضغوط-توكيد الذات).

أسلوب العلاج المستخدم في البرنامج الحالي:

استخدمت الباحثة في البرنامج العلاجي الأسلوب الفردي على وفق ما يناسب طبيعة العملية العلاجية وأهدافها، والغرض منه إتاحة فرصة لكل فرد من أفراد المجموعة العلاجية مناقشة المشكلات الفردية من دون خجل أو خوف.

التعليمات العامة للبرنامج:

- طبق البرنامج في العيادة الخارجية بكلية الطب وكلية الآداب جامعة المنوفية.
- يسود الجلسات جو من الود والألفة والراحة.
- الالتزام قدر الإمكان بالزمن المخصص لكل جلسة.
- توضيح المهام للمعالج وأفراد عينة الدراسة التجريبية*تم كتابة وقائع الجلسات بعد الانتهاء منها مباشرة.
- عمل فحص نفسي وعصبي قبل بدء البرنامج وكل أربع جلسات وفي نهاية البرنامج لمرضى الصرع.
- الحصول على تقييم من قبل المريض في نهاية الجلسات لمعرفة مدى تحقق الأهداف المرجوة.

التوزيع الزمني للبرنامج:

استغرق إنجاز البرنامج العلاجي الحالي اثني عشر أسبوع، حيث يتكون من ١٢ جلسة علاجية بواقع جلسة واحدة أسبوعيًا ومدة الجلسة الواحدة ساعة تقريبًا حسب مضمون كل جلسة ومراعاة ظروف أفراد العينة، وتم الاتفاق على العلاج وتطبيق الاختبارات في العيادة الخارجية بكلية الطب جامعة المنوفية على عينة من مرضى نوبات الصرع المقاومة للعلاج الطبي، وتم التطبيق بصورة فردية، أما عن فترة المتابعة للبرنامج فكانت شهرين.

١- تطبيق اختبارات (التنظيم الذاتي للصرع - جودة الحياة)، للمجموعة التجريبية والضابطة، وذلك في القياس القبلي.

٢- تطبيق البرنامج العلاجي على أفراد المجموعة التجريبية في الدراسة.

٣- تطبيق اختبارات (التنظيم الذاتي للصرع - جودة الحياة)، للمجموعة التجريبية والضابطة، في القياس البعدي.

٤- إعادة تطبيق الاختبارات بعد شهرين من انتهاء البرنامج على أفراد المجموعة التجريبية (قياس المتابعة) بغرض التأكد من فعالية العلاج السلوكي المعرفي في تحسين جودة الحياة وفاعلية التنظيم الذاتي لمرضى الصرع.

جلسات البرنامج:

وفيما يلي تلخيص لتوزيع الجلسات وموضوعاتها وفتياتها وإجراءاتها.

جلسات البرنامج:

وفيما يلي تلخيص لتوزيع الجلسات وموضوعاتها وفتياتها وإجراءاتها في الجدول رقم (٢).

جدول رقم (٢)

يوضح ملخص جلسات البرنامج العلاجي

الجلسة	موضوع الجلسة	أهداف الجلسة	الفنيات المستخدمة
١	التعارف وخلق جو من الألفة بين المريض والمعالج	<ul style="list-style-type: none"> تطبيق المقاييس (فاعلية التنظيم الذاتي - جودة الحياة) إكساب المريض معلومات حول طبيعة وأسبابه وأعراضه ونشأته تعريف المريض بالأعراض المصاحبة لمرض الصرع. شرح طبيعة العلاج المعرفي السلوكي وأهميته 	المحاضرة - المناقشة
٢ و ٣	شرح فنية الاسترخاء والتنفس العميق مراقبة الذات	<ul style="list-style-type: none"> إكساب المريض مهارات الاسترخاء مع التخيل والتنفس العميق - التدريب على استخدام المراقبة الذاتية لكافة الأعمال اليومية 	الاسترخاء - مراقبة الذات - التحصين التدريجي ضد الضغوط

الجلسة	موضوع الجلسة	أهداف الجلسة	الفيئات المستخدمة
		- التحكم في الضغوط الجسمانية والنفسية تدريب المريض على العلاقة بين الأفكار الآلية والمشاعر.	
٤	التدريب على الاسترخاء الحوار الذاتي لتعديل الصورة المشوهة للفرد عن ذاته	- تدريب مريض الصرع للتحويل من الحديث الذاتي السلبي الانهزامي إلى الحديث البناء الواقعي الإيجابي ومساعدة المريض في تقبل طبيعة مرضه وتنمية إرادة المريض لمواصلة العلاج. - مساعدة المريض في تقبل طبيعة مرضه وتنمية إرادة المريض لمواصلة العلاج التحكم في الضغوط الجسمانية والنفسية	- التدريب على الاسترخاء - الحوار الذاتي - مراقبة الذات - التحصين التدريجي ضد الضغوط، الواجب المنزلي - التغذية الرجعية
٥	سرف الانتباه عن المخاوف مراقبة الذات شرح فنية سرف الانتباه	- التدريب على إدارة القلق. - ممارسة التدريب على الاسترخاء والتنفس العميق. - التدريب على استخدام إجراءات مضادة معرفية للتفكير في النوبة متمثلة في سرف الانتباه	- التدريب على سرف الانتباه - مراقبة الذات - الاسترخاء - الواجب المنزلي - التغذية الرجعية
٦ و ٧	السيطرة على الأفكار المقلقة وممارسة بعض أساليب سرف الانتباه - مراقبة الذات	- تدريب المريض على مواجهة القلق والخوف والتوتر، واستبدال الأفكار السلبية بأفكار إيجابية وعدم المبالغة في تقدير الاحتمالات المترتبة على حدوث مثير أو موقف أو حدث. - التدريب على الاسترخاء - مراقبة الذات - شرح فنية التعريض	المحاضرة - المناقشة المسيطرة على الأفكار المقلقة - الاسترخاء - التعريض - التدريب على سرف الانتباه - الواجب المنزلي - التغذية الرجعية
٨ و ٩	التدريب على التوكيد الذاتي	- الاستمرار في التدريب التوكيدي والمهارات الاجتماعية. - تعريض المريض لمواقف اجتماعية حية - تطوير إرشادات ذاتية للقلق والضغوط - تقويم المواقف التي تثير القلق أو أي صراعات داخلية.	- التدريب على التوكيد الذاتي - فنية التعريض - المناقشة - الواجب المنزلي - التغذية الرجعية.

الجلسة	موضوع الجلسة	أهداف الجلسة	الفنيات المستخدمة
		- تحسين التوافق النفسي والاجتماعي وخفض الوصم الاجتماعي لتحسين جودة الحياة.	
١٠	التعرف على الأفكار المشوهة وإعادة البناء المعرفي	- مساعدة الباحثة للمريض لاستخراج العبارات السالبة نحو الذات والعالم والمستقبل وكيفية التصدي للتفكير الخاطئ وتطوير استجابات بديلة متوازنة للأفكار الآلية. - استمر في تقديم البدائل للأفكار الأوتوماتيكية. - التدريب على إعادة البناء المعرفي	تحديد الأفكار المشوهة، إعادة البناء المعرفي ، المناقشة - الواجب المنزلي - التغذية الرجعية
١٢	الجلسة الختامية	- التعرف على رأي المريض في الجلسات ومدى استفادته من البرنامج العلاجي. - إعداد وتهيئة المريض لإنهاء البرنامج العلاجي. - تطبيق الاختبارات لتقييم مدى فعالية البرنامج.	المحاضرة - المناقشة - التقييم

نتائج الدراسة ومناقشتها

نتائج الفرض الأول والثاني ومناقشتها:

نص الفرض الأول على أنه "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في الأداء على اختبار التنظيم الذاتي للصرع - في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية".

كما نص الفرض الثاني على : "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في الأداء على اختبار نوعية الحياة في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية".

- قامت الباحثة بعمل إحصاء وصفي لعينة الدراسة على الاختبارات المستخدمة واختبار صحة الفرضين الأول والثاني استخدمت الباحثة اختبار مان وتني وهو اختبار البارومتري؛ للتعرف على الفروق بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة قبل وبعد البرنامج في العينات الصغيرة والجدول التالي يوضح ذلك كالتالي :-

جدول (٣)

يوضح نتائج اختبار مان وتني يوفي أداء المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس القبلي والبعدي على الاختبارات المستخدمة

قيمة Z	المجموعة الضابطة (ن=١٠)		المجموعة التجريبية (ن=١٠)		التطبيق	الاختبارات
	مجموع الرتب	متوسط الرتب	مجموع الرتب	متوسط الرتب		
٠,٣١ ٢,٠٢	١٠٥,٠٠ ١٣١,٥٠	١٠,٥٠ ١٣,١٥	١٠٥,٠٠ ٧٨,٥٠	١٠,٥٠ ٧,٨٥	القياس القبلي القياس البعدي	١-التنظيم الذاتي للصرع
٨٤٨. ٠,١١٥	١١٦,٠٠ ١٠٦,٥٠	١١,٦٠ ١٠,٦٥	٩٤ ١٠٣,٥٠	٩,٤٠ ١٠,٣٥	القياس القبلي القياس البعدي	٢-الاختبارات الفرعية لجودة الحياة*الطاقة/التعب
٠,٥٥٣ ٣,٦٥٠	٩٨,٠٠ ٥٧,٠٠	٩,٨٠ ٥,٧٠	١١٢,٠٠ ١٥٣,٠٠	١١,٢٠ ١٥,٣	القياس القبلي القياس البعدي	٣-الحالة المزاجية
٠,٦٥٥ ٣,٣٦٥	٦٩,٠٠ ٦١,٥٠	٩,٦٥ ٦,١٥	١١٣,٥٠ ١٤٨,٥٠	١١,٣٥ ١٤,٨٥	القياس القبلي القياس البعدي	٤-الوظائف المعرفية
٠,٣٨٩ ٣,٠٦٧	١٠٠,٠٠ ١٤٤,٥٠	١٠,٠٠ ١٤,٤٥	١١٠,٠٠ ٦٥,٥٠	١١,٠٠ ٦,٥٥	القياس القبلي القياس البعدي	٥-الأدوية
٠,٠٤١ ١,١٤٦	١٠٤,٥٠ ٩٠,٥٠	١٠,٤٥ ٩,٠٥	١٠٥,٥ ١١٩,٥٠	١٠,٥٥ ١١,٩٥	القياس القبلي القياس البعدي	٦-قلق النوبة
٣,٦٧٣ ٣,٠٤٢	١٥٣,٠٠ ٦٥,٥٠	١٥,٣٠ ٦,٥٥	٥٧,٠٠ ١٤٤,٥٠	٥,٧٠ ١٤,٤٥	القياس القبلي القياس البعدي	٧-الوظائف الاجتماعية
٠,٣٦٦ ٣,٦٢٣	١٠٩,٥٠ ٥٨,٠٠	١٠,٩٥ ٥,٨٠	١٠٠,٥٠ ١٥٢,٠٠	١٠,٠٥ ١٥,٢٠	القياس القبلي القياس البعدي	٨-جودة الحياة عموماً

*دالة عند مستوى ٠,٠٥

يتبين من نتائج الجدول (٣) أن قيمة (ي) المحسوبة أكبر من قيمة (ي) الجدولية وهذا يعني عدم وجود فروق دالة إحصائية بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في درجات التنظيم الذاتي للصرع وجودة الحياة، وذلك في القياس القبلي، ووجود فروق دالة إحصائية عند مستوى (٠,٠٥) بين المجموعة التجريبية والضابطة في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية.

مما يعني أن البرنامج العلاج المعرفي السلوكي كان أكثر فعالية في تحسين جودة الحياة، وخصوصاً وخفض أعراض قلق النوبة والطاقة والتعب والقلق الخاص بتناول الأدوية والوظائف الاجتماعية، وذلك في القياس البعدي مقارنة بالمجموعة الضابطة وبذلك يتحقق هذا الفرض.

وتتفق نتائج الدراسة مع كل من (Cull et al, 1996-Puskarick et al;1992) au et al., 2003 (Goldstien et al; -Specter et al, 2001-Schonbein, 1998,2003) حيث أوضحوا وجود فروق بين المجموعة الضابطة والتجريبية في القياس البعدي في تحسين فاعلية الذات وتحسين جودة الحياة والعوامل النفس-اجتماعية وخفض أعراض القلق والكآبة وتحسين التفاعل مع البيئة وانخفاض تكرار النوبات بشكل ملحوظ.

نتائج الفرض الثالث والرابع ومناقشتها:

نص الفرض الثالث على "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على اختبار التنظيم الذاتي للصرع لصالح التطبيق البعدي".

في حين نص الفرض الرابع على "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على اختبار جودة الحياة لصالح التطبيق البعدي".

وللتحقق من صحة الفرضين الثالث والرابع تم استخدام اختبار ويلكوكسون - Wilcoxon Matched Paired Signed Rank test للكشف عن دلالة الفروق بين متوسطات رتب أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي والجدول رقم (٤) يوضح نتائج ذلك الفرض كما يلي :-

جدول (٤)

يوضح نتائج ويلكوكسون لدلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية على الاختبارات المستخدمة للقياس القبلي والبعدي

الاختبار	التطبيق	الرتب السالبة	الرتب الموجبة	م الرتب	مج الرتب	قيمة Z
١-التنظيم الذاتي للصرع	القياس القبلي القياس البعدي	٢	٦	١٥,٥٠ ٥,٥٠	١٥٥,٠٠ ٥٥,٠٠	- ٠,٣,٧٩
٢-الاختبارات الفرعية لجودة الحياة	القياس القبلي القياس البعدي	٤	٤	١٩,٥٠ ٤,١٣	٤,٨٨ ١٦,٥٠	٠,٢١٢

الاختبار	التطبيق	الرتب السالبة	الرتب الموجبة	م الرتب	مج الرتب	قيمة Z
*الطاقة/التعب						
*الحالة المزاجية	القياس القبلي القياس البعدي	١	٩	٦,٠٠ ١,٠٠	٥٤,٠٠ ١,٠٠	٢,٧٢١
*الوظائف المعرفية	القياس القبلي القياس البعدي	٠	٩	٥,٠٠ ٠,٠٠	٤٥,٠٠ ٠,٠٠	٢,٦٨٧
*الأدوية	القياس القبلي القياس البعدي	٩	٠	٠,٠٠ ٥,٠٠	٠,٠٠ ٤٥,٠٠	٢,٦٨٧
*قلق النوبة	القياس القبلي القياس البعدي	٣	٥	٤,٢٠ ٥,٠٠	٢١,٠٠ ١٥,٠٠	٠,٤٢٦
*الوظائف الاجتماعية	القياس القبلي القياس البعدي	٠	١٠	٥,٥٠ ٠,٠٠	٥٥,٠٠ ٠,٠٠	٢,٨١٨
جودة الحياة عموماً	القياس القبلي القياس البعدي	٠	٩	٥,٠٠ ٠,٠٠	٤٥,٠٠ ٠,٠٠	٢,٦٩٩

• دالة عند مستوى ٠,٠٥ حيث قيمة Z > ٠,٠٥

يتضح من الجدول رقم (٦) وجود فروق في درجات المجموعة التجريبية عند التطبيق القبلي والبعدي على مقياس التنظيم الذاتي للصرع واختبار جودة الحياة أي أن الفروق بين درجات المجموعتين بعد تطبيق جلسات العلاج المعرفي السلوكي كانت دالة ولصالح التطبيق البعدي، وهذا يؤكد فاعلية البرنامج المستخدم.

وتتفق نتائج هذا الفرض مع دراسات كل من تان وبيروني (Tan&Bruni,1980) التي أوضحت فعالية العلاج المعرفي السلوكي في تخفيف كل من المشكلات النفس-اجتماعية الناتجة عن الإصابة بالصرع، وأوضحت تحسن المرضى في المشكلات النفس-اجتماعية.، ودراسة مكيلي وآخرون (Mcauley et al, 2001) التي أظهرت نتائجها أن البرنامج المعرفي السلوكي لا يغير المتغيرات الإكلينيكية (تكرار النوبات أو التأثير الجانبي للأدوية المضادة للصرع) لكن التحسن في النتائج السلوكية (جودة الحياة والحالة المزاجية ومفهوم الذات وتقدير الذات)، وهذا ما أشارت إليه، ومن الجدير بالذكر أن تقدير الذات يعد أحد المؤشرات الرئيسة المرتبطة بجودة الحياة، وقد أوضح برامكا وآخرون (Pramuka et al,2007) في دراسة استطلاعية لمعرفة مدى فعالية برنامج نفسي اجتماعي لإدارة الذات وتحسين الكفاءة الذاتية وجودة الحياة لدى البالغين مرضى الصرع، أوضحت الدراسة فعالية البرنامج في تحسين جودة

الحياة وإدارة الذات، دراسة كيرت لفرنس وآخرين (2009) Curt Lafrance et al, حيث أوضحت نتائج الدراسة نجاح البرنامج في خفض تكرار النوبات وتحسين جودة الحياة والعوامل النفس -اجتماعية وخفض أعراض القلق والكآبة وتحسين التفاعل مع البيئة.

نتائج الفرض الخامس والسادس ومناقشتها:

نص الفرض الخامس على "لا توجد وجود ف فروق ذات دلالة إحصائية بين أداء المجموعة التجريبية في التطبيق البعدي والمتابعة (بعد مرور شهرين من تطبيق البرنامج على اختبار التنظيم الذاتي للصرع).

كما نص الفرض السادس على "لا توجد وجود ف فروق ذات دلالة إحصائية بين أداء المجموعة التجريبية في التطبيق البعدي والمتابعة (بعد مرور شهرين من تطبيق البرنامج على اختبار جودة الحياة)".

ولاختبار صحة الفرضين الخامس والسادس قامت الباحثة بإجراء اختبار ويلكوكسون Wilcoxon- Matched Paired Signed Rank test للكشف عن مدى الفروق بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي والمتابعة.

جدول (٥)

يوضح نتائج ويلكوكسون لدلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية على الاختبارات المستخدمة للقياس البعدي والمتابعة

الاختبار	التطبيق	الرتب السالبة	الرتب الموجبة	م الرتب	مج الرتب	قيمة Z
١-التنظيم الذاتي للصرع	القياس البعدي المتابعة	١	٢	١,٧٥ ٢,٢٠	٣,٥٠ ٢,٥٠	٠,٢٧
٢-الاختبارات الفرعية لجودة الحياة *الطاقة/التعب	القياس البعدي المتابعة	٦	٢	٤,٦٧ ٤,٠٠	٢٨,٠٠ ٨,٠٠	١,٤٢٠
٣-الحالة المزاجية	القياس البعدي المتابعة	٤	٥	٥,٢٥ ٤,٨٠	٢١,٠٠ ٢٤,٠٠	٠,١٨٣
٤-الوظائف المعرفية	القياس البعدي المتابعة	٣	١	٢,٦٧ ٢,٠٠	٨,٠٠ ٢,٠٠	١,١٣٤

الاختبار	التطبيق	الرتب السالبة	الرتب الموجبة	م الرتب	مج الرتب	قيمة Z
٥-الأدوية	القياس البعدي المتابعة	٢	١	١,٥٠ ٣,٠٠	٣,٠٠	٠,٠٠٠
٦-قلق النوبة	القياس البعدي المتابعة	٠	٠	٠,٠٠ ٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٠٠٠
٧-الوظائف الاجتماعية	القياس البعدي المتابعة	٣	١	٣,٠٠ ١,٠٠	٩,٠٠	١,٤٧٣
٨-جودة الحياة عمومًا	القياس البعدي المتابعة	٣	٣	٣,٠٠ ٤,٠٠	٩,٠٠ ١٢,٠٠	٠,٣٣٢

• $Z > (٠,٠٥)$

يتبين من نتائج الجدول (٧) عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والمتابعة على مقياس التنظيم الذاتي وجودة الحياة لدى مرضى الصرع وهذا يحقق صحة الفرض ويعني أن الدرجات لم تتغير بعد مضي شهرين من انتهاء تطبيق البرنامج وهذا يؤكد استمرارية التحسن عبر الزمن، ويمكن إرجاع ذلك إلى قدرة العلاج السلوكي المعرفي في إكساب المريض القدرة على التحكم في الأفكار الهدامة للذات والقدرة على إدارة مرضه والتحكم الذاتي.

وتتفق نتائج الدراسة مع كل من دراسة ريتير وأندروز (Reiter&Andrews,2000)

حيث أشارت نتائج الدراسة إلى أن تكرار النوبات بعد العلاج السلوكي كان صفرًا لدى تسعة من المرضى، وكل مريض مرّ بتحسن مهم في جودة الحياة أثناء فترة العلاج وفي مرحلة المتابعة؛ لأن تحسين جودة الحياة مكمل ضروري للسيطرة الجيدة على النوبات، ودراسة فوتس وآخرين (Foots et al,1995) عن استخدام العلاج الجماعي في خفض تكرار النوبات الصرعية، حيث أوضحت نتائج الدراسة أن نسبة تكرار النوبات في المجموعة العلاجية قد انخفضت بعد التدخل الجماعي، الأمر الذي لم يحدث مع المجموعة الضابطة، واستمر التحسن خلال فترة المتابعة التي استمرت شهرًا.

مما سبق يتضح أن معظم الدراسات السابقة أشارت إلى استمرار فعالية العلاج المعرفي السلوكي بعد فترة المتابعة، كذلك يعمل على تفريغ الشحنة الانفعالية السالبة المرتبطة بالخبرات السابقة وتبديل الأفكار السلبية وإحلالها بأفكار إيجابية؛ مما يؤدي إلى تحسن ملحوظ في تقدير الذات، وزيادة الثقة بالنفس، والقدرة على مواجهة الضغوط، وتحسين جودة الحياة.

قائمة المراجع

- (١) إبراهيم الحسن الحكمي (٢٠٠٩): الذكاءات المتعددة وفاعلية الذات لدى بعض طلاب وطالبات جامعة الطائف، مجلة دراسات نفسية م١٩-٤٤، ص ٧٦١-٨١٣.
- (٢) سامي عبد القوي (١٩٩٣): مقياس الصرع النفسي الحركي - دراسة عاملية - مجلة علم النفس، ع ٢٥
- (٣) علاء فرغلي (٢٠٠٨): مهارات العلاج المعرفي السلوكي، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة ط ٢.
- (٤) هدى عاصم خليفة (٢٠٠٤): نوعية الحياة وعلاقتها بالضغط لدى المرأة العاملة، رسالة ماجستير غير منشورة - كلية الآداب جامعة عين شمس.
- 6) Ablah, E., Haug, A., Konda, K.& Tinius, A.M. (2009). Exercise and epilepsy: A survey of Midwest -epilepsy patients. *Epilepsy & Behavior* ,14,(1), 162-166.
- 7) Agency for Healthcare Research and Quality. Management of Treatment-Resistant Epilepsy.(2003). Summary, Evidence Report/ Technology Assessment, 77
- 8) Amir, M.,Roziner, I.,Knoll, A.&Neufeld, M.Y. (1999).Self-efficacy and social support as mediators in the relation between disease severity and quality of life in patients with epilepsy. *Epilepsia*,40,216-24.
- 9) Andrews, D. J.& Reiter, J (2000) . Aneurobehavioral treatment for unilateral complex partial seizure disorder : Acomparison of right and left hemisphere patients. *Seizure*, 9, (3), 189-197.
- 10) Au, A., Li, P.& Chanj .(2002). Predicting the quality of life in Hong Kong Chinese adults with epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 3, 350- 357.
- 11) Baker, G.A., Nashet, L.&Van Hout. B.(1997a). Current issues in the management of epilepsy: The impact of frequent seizures on cost of illness, quality of life and mortality. *Epilepsia*, 38, (1), 1-8.
- 12) Baker, U.A., Jacoby, A., Buck. D.,Stalgis, C.& Monnet, D. (1997b). Quality of life of people with epilepsy: A European study. *Epilepsia*, 38,353-362.
- 13) Baker G.A,(2001): assessment of Quality of life in people with epilepsy: some practical implication. *Seizure*,42,(3),66—69

- 14) Baker G.A., Jacoby, A., Buck, D., Brooks, J., Potts, P.& Chadwick, D.W.(2001).The quality of life of older people with epilepsy: findings from a UK community study. *Seizure*, 10,92—9.
- 15) Baker G. A & Jacoby, A. (2002). Health-related quality of life of adults with epilepsy .*Epilepsy & Behavior*, 3, 560-561.
- 16) Baker, G.A., Jacoby, A., Jacoby, A., Gorry, J., Doughty, J. & SIGN Group. (2005). Quality of life of people with epilepsy in Iran the Gulf, and Near East. *Epilepsia*, 46, (1), 132.
- 17) Barry, J(2003). The recognition and management of mood disorders as comorbidity of epilepsy. *Epilepsia*,44,(4),30-40.
- 18) Begley, C.E., Famulari, M.& Annegers, J.F. (2000). The cost of epilepsy in the United States: an estimate from population-based clinical and survey data. *Epilepsia*,41,(3),342-51.
- 19) Birbeck, G.L.,Hays, R.D.& Cui X. (2002). Seizure reduction and quality of life improvements in people with epilepsy. *Epilepsia*, 43, 535- 8.
- 20) Bishop,M., Berven,N. L., Hermann,B. P.& Chan,F (2002) .Quality of life among adults with epilepsy: An exploratory model. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 45, 2, 87-95.
- 21) Bishop, M &. Allen, C.A. (2003).The impact of epilepsy on quality of life: a qualitative analysis. *Epilepsy & Behavior*,(4), 226--233.
- 22) Collings.j A . (1990).psychological well being and epilepsy : an empirical study". *Epilepsia*, 31, (4),418-426.
- 23) Cramer, J.A., Perrine, K., Devinsky, O.,Bryant-Comstock, L., Meador K, & Hermann B.P. (1998) .Development and cross-cultural translation of a 31-item quality of life questionnaire (QOLIE-31). *Epilepsia*,39,81-8.
- 24) Cramer J.A., Blum, D., Reed, M.& Fanning K, (2003).for the Epilepsy Impact Project Group. The influence of comorbid depression on quality of life for people with epilepsy. *Epilepsy & Behavior*,4,515-21.
- 25) Cull, C.. Fowler M.& Brown S. (1996).Perceived self-control of seizures in young people with epilepsy. *Seizure*,5»131-\$.

- 26) Curt I ^France W... Miller I.W., Ryan C., Blum A.S., Solomon D.A., Kelley J.E & Keitner G. (2009).Cognitive behavioral therapy for psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsy & Behavior* ,14,(4),591-596.
- 88) DahJ, J., Melin, L. & Leissner, P. (1988) . Effects of a behavioral intervention on epileptic seizure behavior and paroxysmal activity1: a systematic replication of three cases of children with intractable epilepsy. *Epilepsia*,29,172-183.
- 89) Devinsky O..Vickrey B.G., Cramer J.. (1995). Development of the quality of life in epilepsy inventory. *Epilepsia*,36,1089 104.
- 90) Devinsky G.(1999) patients with Refractory seizure. *The New England Journal of Medicine*, 340, (20) ,1565-1570.
- 91) Dilorio, C\, Shafer, P.O., &Lelz, R. (2003) .the association of stigma with self-management and perceptions of health care among adults with epilepsy-. *Epilepsy & Behavior*,4,(3), 259-267.
- 92) Dilorio, C.. & Yeager, K. (2003). The Epilepsy Self-Efficacy Scale
- 93) Ettinger, A., Weisbrot D.M.& Nolan E.E.(1998a) fatigue and depression in epilepsy. *J epilepsy*,(11),2,105-109
- 94) Fisher, R.S., Vickrey, B.G.. Gibson P. (2000) .The impact of epilepsy from the patient's perspective 1: descriptions and subjective perceptions. *Epilepsy Res*,41,(1),39-51.
- 95) Gehleit S.(1994) .Perception* of coaul in adults with epilepsy. *Epilepsia*,.35,8 1-88.
- 96) Gilliam,F., Hecimovic^i. & Sheline.Y (2003).Psychiatric comorbidity, health, and function in epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 4,26-30
- 97) Goldstein, L.H., McAlpinc, M., Deale, A., Toone, B.K., Mellers, J.D., (2003). Cognitive behaviour therapy with adults with intractable epilepsy and psychiatric co-morbidity: preliminary observations on changes in psychological state and seizure frequency. *Behav Res Thcr*,41,447-460
- 98) Harden,C.I..MarroofJD.A..Nikolov,B.,Fowier,K.,Speriing.M.Xiporac e,J.vPcncll.P.,Iabar.D.&Herzog,A. (2007) .The effect of seizure severity on quality of life in epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 11,208- 211.

- 99) Haul, S. R., Vouyiouklis, M & Shinnara. S. (2003). Stress and epilepsy: a patient perception survey. *Epilepsy & Behavior*, 4,511 — 514
- 100) Hermann B.P., Scindcnberg M.& Bel! B. (2000 a).Psychiatric comorbidity in chronic epilepsy: identification, consequences, and treatment of major depression.. *Epilepsia*,41.S3I—41
- 101) Hermann, B. P., Seidenberg, M., Bell, B., Woodard, A., Rutecki, P., & Sheth, R. (2000b). Comorbid psychiatric symptoms in temporal lobe epilepsy: Association with chronicity and impact on quality of life. *Epilepsy & Behavior*; 1,184-190.
- 102) Hills, M.D & Baker, PG. (1992). Relationships among epilepsy, social, stigma, self-esteem and social support.. *J of epilepsy*,5 (4)231 -238 (abstract)
- 103) ILEA Commission report: the epidemiology of the epilepsies; future directions(1997).*Epilepsia*, .38.614-8.
- 104) Jacoby A. (1992) .epilepsy and quality of everyday life finding frome astudy of people with well - controlled epilepsy. *Social scince & Medicine* ,34,(6). 657-666 (abstract)
- 105) Kanner , A.M & Palac, S. (2000) .Depression in epilepsy: a common but often unrecognized comorbid malady. *Epilepsy & Bchavior*.(1).37-51.
- 106) Kumari, P.. Ram, D., Nizamie,H& Goyal.N. (2009).Stigma and quality of life in individuals with epilepsy: A preliminary report. *Epilepsy & Behavior*. (15), 358 -361.
- 107) Laccheo I., Ablah E., Heinrichs R., Sadie T., Baade L & Liow K. (2008).Assessrent of quatiiy of life among the eidcriy with epilepsy. *Epilepsy & Behavior*,(12),2,257-261.
- 108) Lambert M.V, Robertson M.M. (1999) .Depression in epilepsy: etiology, phenomenology, and treatment. *Epilepsia*, 40,(10), S21- 47
- 109) Lee, S.A & Joo, Y (2005) Perceived self-control of seizures in baticntswith uncontrolled partial epilepsy. *Seizure*,14,100—105.
- 110) Lee, S A., Yoo H J.. Lee B QoL in Epilepsy Study Group 2005).Factors contributing to the stigma of epilepsv. *Seizure*. (14),157—163.

- 111) Loring,D.W., Meador,K.J & Lee,G.P.(2004). Determinants of quality of life in epilepsy. *Epilepsy & Behavior* ,5,(6), 976-980.
- 112) McLaughlin D P ..Pachana N A ., Mcfarland K. (2007).Stigma, seizure frequency and quality of life:The impact of epilepsy in late adulthood .*Seizure*
- 113) Mittan, R. J. (2005).Seizures & Epilepsy Education (S.E.E.) How To Raise a Kid with Epilepsy Part 2: Coping with Stigma in *Exceptional Parent* magazine. 35, 11, 58-66 (reprinted with permission.) www.eparent.com
- 114) Morrell, M. J. (2002) .Stigma and epilepsy . *Epilepsy & Behavior*, 3,21-25.
- 115) Mula, M Cavanna ,A . (2006). the role of aura in psychopathology and dissociative experiences in epilepsy. *The J of neuropsychiatry and clinical neurosciences*, (18), 4, 536-543.
- 116) Ogata,' A & Amano, K.A (2000) .Psychosocial Approach to Epileptic Patients. *Epilepsia*, 41,36-38.
- 117) Ortinski, P & Meador, KJ. (2004). Cognitive side effects of antiepileptic drugs *Epilepsy & Behavior*, 5 ,60-65.
- 118) .Perucca E., Gram L & Avanzini G. (1998).Antiepileptic drugs as a cause of worsening seizures. *Epilepsia*,39,5-17.
- 119) Pramuka M., Hendrickson R., Zinski A.,& Van Cott A. C.(2007). A psychosocial self-management program for epilepsy:A randomized pilot study in adults. *Epilepsy & Behavior*, 11 533— 545.
- 120) Pugh, M. J. V.,Copeland, L. A.,Zeber, J.E &Cramer, J.A.(2005). The Impact of Epilepsy on Health Status among Younger and Older Adultst *Epilepsia*, 46,(11),1820-1827.
- 121) Puskarich,C.A., Whitman,S., Dell,J &Hughes,J.R., 1(1992).controlled examination of effects of progressive relaxation training on seizure reduction. *Epilepsia*,33,(4),675-680.
- 122) Reijs, R, Aldenkamp, A.P &.De Krom M. (2004) .Mood effects of antiepileptic drugs. *Epilepsy & Behavior*,5,(1),S66-76.
- 123) Reiter, j. M., & Andrews, D. J. (2000). A neurobehavioral approach tor treatment of complex partial epilepsy: Efficacy. *Seizure*, 9, 198 203.

- 124) Rodriguez, F .L., Altshuler L., Kay J ., Delarhim S ., Mendez M & Engel, Jr(1999). Personality Disorders Among Medically Refractory' Epileptic Patients. *Neuropsychiatry Clin Neurosci*, (11),464-469.
- 125) Sabaz, M., Cairns, D.R., Lawson, J.A., Bieasel, A.F& Bye, A.M. (2001). The health related quality of life of children with refractory epilepsy: a comparison of those with and without intellectual disability. *Epilepsia*,42,621-8.
- 126) Kcnares, J.C., Kwong, W.J., Vuong, A., Hammer A.E. and Barrett, P.S. (2002). Lamotri2ine monotherflnv immvf's health- relatediquality of life in epilepsy: a double-blind comparison with valproate. *Epilepsy & Behavior* ,(3),376-382.
- 127) Sachdeo, R.C., Gates, J.R., Bazil C.W.& Barkley G.L. (2006). Improved quality of life in patients with partial seizures after conversion to oxcarbazepine monotherapy. *Epilepsy & Behavior*,9 , 457-463.
- 128) Schmid-Schonbein C. (1998).Improvement of seizure control by psychological methods in patients with intractable epilepsies. *Seizure*,7,(4),261—70.
- 129) Szaflarski, J. P& Szaflarski, M(2004). Seizure disorders, depression, and health-related quality of life. *Epilepsy & Behavior*, 5,(1) ,50-57.
- 130) Spector, S., Cull, C., & Goldstein, L. H. (2001). High and low perceived self-control of epileptic seizures. *Epilepsia*,42, 556-564.
- 131) Stavem, K., Kloster, R., Rossberg, E., Larsson, P.G., Dahl, R., Kinge E. (2000a) .Acupuncture in intractable epilepsy: lack of effect on health-related quality of life. *Seizure*, 9,422-426.
- 132) Stavem, T., Loge, J.H &Kaasa,I. (2000b).Health Status of People with Epilepsy Compared with a General Reference Population *Epilepsia*, 41, (1),85-90.
- 133) Suurmeijer, T.P., Reuvekamp, M.F & Aldenkamp, B.P(2001). Social functioning, psychological functioning and quality of life in epilepsy. *Epiiepsia*,42,1 160—8.

- 134) Swinkels, W.A.M, Duijsens IJ. & Spinlioven. (2005). Psychiatric comorbidity in epilepsy. *Epilepsy & Behavior* ,7, 37-50.
- 135) Szaflarski, J.P & Szaflarski M.(2004). Seizure disorders, depression, and health-related Quality of life. *Epilepsy & Behavior*,5,50-57.
- 136) Szaflarski, M., Meckler J.M., Privitera, M.D& Szaflarski J.P.(2006).Quality of life in medication-resistant epilepsy: the effects of patient's age, age at seizure onset, and disease duration. *Epilepsy & Behavior*,8,547-51.
- 137) Tan, S. Y., & Bruni, J, (1986). Coenitive-behaviour theranv with adult patients with epilepsy: A controlled study.*Epilepsia*,27, 225- 233
- 138) Vazquez, B.& Devinsky, O. (2003). Epilepsy and anxiety. *Epilepsy & Behavior*,4 (Suppl. 5).
- 139) Watten,V.P & Watten ,R..G.(1999). Psychological profiles in patients with medically refractory epilepsy. *Seizure*, 8,304-309.
- 140) Zhu, D. t., Jin, L j., Xie, G. j & Xiao, B.(1998). Quality of life and Personality in Adults with Epilepsy. *Epilepsia*,, 39,(11),1208-1212.

Abstract

The purpose of this study was construct a program Cognitive behavioral therapy based on Cognitive theories and to test its effectiveness in improving self-efficacy and quality of life among a sample of patients with epilepsy. The subjects of the study consisted of (20) patients suffering from epilepsy divided into two groups: experimental group and control group, each group was composed of (10) patients, the program was administered to the experimental group only. The whole program, lasted Twelve weeks in which (12) session had been taken. By one session every week and session take one hour. The statistical results indicated effectiveness of the program in improving self- efficacy and quality of life in the experimental group an indication of this improvement in the management of the disease and continuation improvement after the follow-up period.