مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی
دوره ۲۰، شماره ۳، پاییز ۸۹، صفحات ۱۹۴ تا ۱۹۸

Original Article

بررسی سلامت روان و شیوه‌های مقابله با استرس در خانواده بیماران مصروع مراجعه کننده به انجمن صرع ایران

محبوبه صفوی[۱]، زینب پارسانیا[۲]، زهرا احمدی[۳]

[۱] استادیار، دکترای مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد پزشکی تهران
[۲] مربی، کارشناس ارشد پرستاری، دانشگاه آزاد اسلامی،واحد سمنان
[۳] مربی، کارشناس ارشد پرستاری، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد شاهرود

چکیده

سابقه و هدف: *صرع از بیماری‌های بسیارشایع همه کشورهاست. حضور بیمار مصروع در خانواده، بازیابی و سازمان‌دهی مناسب نظم و مقررات و تلاش در جهت گسترش الگوهای تعاملی مناسب بین اعضا خانواده را الزامی می‌سازد. ارتقا سلامت روان و استفاده از شیوه‌های مقابله با استرس مناسب برای بیماران مصروع و خانواده های انها موثر و ضروری می‌باشد.*

روش بررسی: *در این مطالعه توصیفی– همبستگی، ۱۵۰ نفر از خانواده بیماران مصروع که به انجمن صرع ایران مراجعه می‌کردند، با روش نمونه‌گیری سیستماتیک انتخاب شدند. جهت به دست آوردن اطلاعات، از پرسش‌نامه مشخصات فردی، پرسش‌نامه سلامت عمومی (GHQ) و پرسش‌نامه شیوه‌های مقابله با استرس کارور– اسکیر و وینتراب استفاده شد.*

یافته‌ها: *۵۶/۷ درصد افراد از سلامت روان نامناسب برخوردار بودند و ۹۲ درصد از راهبردهای مقابله با استرس در سطح متوسط استفاده می‌کردند. اکثریت خانواده بیماران مصروع (۹۳/۸ درصد) که از سلامت روان متوسط برخوردار بودند، از شیوه‌های مقابله با استرس در سطح متوسط استفاده می‌کردند ($p<۰/۰۰۱$ ، $S=۰/۳$).*

نتیجه‌گیری: *یافته‌های این پژوهش می‌تواند درجهت ارتقاء سلامت روان خانواده‌های بیماران مصروع و استفاده از شیوه های کارآمد مقابله با استرس در آنها، موثر باشد.*

واژگان کلیدی: *خانواده بیمار مصروع، سلامت روان، شیوه های مقابله با استرس.*

مقدمه

صرع از بیماری‌های بسیار شایع همه کشورهاست، به گونه‌ای که شیوع آن ۵ تا ۱۰ در هزار نفر می‌باشد و در همه سنین، نژادها و هر دو جنس بروزمی کند (۱). بیمار مصروع به فردی اطلاق می‌شود که اختلال مزمن با مشخصه حملات تشنجی عود کننده دارد (۲). حدود ۳۰ میلیون در آسیا و درکل ۵۰ میلیون نفردر کل دنیا، مبتلا به صرع می باشند (۳). بیماری صرع همراه با عوارض اجتماعی – روانی قابل توجهی در هر دوره از زندگی می باشد (۴).

زمانی که یکی از اعضای خانواده مبتلا به بیماری صرع می‌گردد، حضور وی منجر به تغییر در پویایی سیستماتیک خانواده می‌شود. مطالعاتی که بر روی خانواده‌های بیماران مصروع صورت گرفته است، بیانگر افسردگی و اضطراب بالا در آنها می‌باشد (۵).

استیگمایی که بر اساس نظام‌های ارزشی، فرهنگی و اجتماعی به بیمار مصروع نسبت داده می شود، در دیدگاه کلی‌تر بر خانواده بیمار تاثیر می‌گذارد و باعث تنزل اعتبار خانواده

آدرس نویسنده مسئول: تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد پزشکی، دانشکده پرستاری و مامایی، محبوبه صفوی
(**email**: mahboubeh_safavi@iautmu.ac.ir)

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۸/۶/۲۳
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۸/۱۲/۲۶

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2024-04-23]

می‌گردد. شرم و خجالت مداوم پویای خانواده به دلیل داشتن بیمار مصروع بر الگوهای ارتباطی بین اعضای خانواده تاثیرگذار است (۶). با توجه به اینکه بیماری صرع یک اختلال مزمن است و بیمار مصروع جهت برآوردن نیازهای خود وابستگی‌های زیادی به اطرافیان خود دارد (۷)، این وضعیت می‌تواند بر سلامت روان خانواده بیمار، به خصوص در صورت عدم استفاده از روش‌های صحیح مقابله با استرس موثر باشد. سلامت روان حالتی از احساس بهزیستی است، به طوری که فرد بتواند با جامعه کنار بیاید و موقعیتهای شخصی و ویژگیهای اجتماعی برای او رضایت‌بخش جلوه کند (۲). روش‌های مقابله با استرس عکس‌العمل هر فرد در رویارویی با هرگونه تهدید و تغییر در محیط داخل یا خارج بدن می‌باشد و منجر به کاهش فشار روانی و حل تعارض می‌گردد (۸). خانواده‌هایی که فرزندشان از بیماریهای فیزیکی و روانی نظیر حمله صرع رنج می‌برند، ممکن است مصیبت‌های طولانی و تردید در نتایج درمانی را تجربه کنند. وقتی ناسازگاری بین ماهیت بیماری با سیستم خانواده وجود داشته باشد، ابهام و پیچیدگی در خانواده تبدیل به مشکل می شود (۵). اساس الگوهای انطباقی خانواده در برابر مصروع شامل سه مرحله می‌باشد: آگاهی آنان از ابتلا عضو خانواده به بیماری صرع، تنظیم و تدوین مجدد نقش‌ها و مواجه شدن با تعارضات و مشکلات اجتماعی و نیز کمک کردن به وی برای پیوستن مجدد به اجتماع (۶).

در سال ۲۰۰۴، مطالعه‌ای در خصوص تعیین تاثیر خانواده بر رفتار کودکان و نوجوانان مصروع بر روی ۲۲۴ کودک مصروع و خانواده آنها صورت گرفت. در این مطالعه بین اضطراب و نگرانی والدین با بروز مشکلات رفتاری کودکان ارتباط آماری معنی‌داری وجود داشت (p=۰/۰۱). علاوه بر این، نظم و سازمان‌دهی در خانواده به مدت ۲۴ ماه با کاهش مشکلات رفتاری در کودکان همراه بود (۹). مطالعه پدیدار شناختی که در سال ۲۰۰۶ به منظور تعیین انتقال تجارب والدین که از کودک مصروع مراقبت می کردند، بر روی ۱۰ زوج از دو مرکز پزشکی در تایوان انجام شد، مشخص کرد که والدین کودک مبتلا به صرع از نظر عاطفی و احساسی صدمه می‌بینند و دچار تحلیل قوای جسمانی می‌شوند. براساس نتایج حاصل از این پژوهش، درک عمیقی از مفاهیم واکنش‌های روحی- روانی والدین که بسیار فراتر از رفتارهای ظاهری آنهاست فراهم گردید (۱۰). مطالعه حاضر با هدف تعیین سلامت روان و شیوه‌های مقابله با استرس در خانواده بیماران مصروع صورت گرفت. منظور از خانواده در این پژوهش، افرادی بودند که با بیمار مصروع زندگی می‌کردند، مانند پدر، مادر، همسر، خواهر یا برادر.

مواد و روشها

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی- همبستگی است که به منظور بررسی سلامت روان و روش‌های مقابله با استرس در خانواده بیماران مصروع انجام گردید. به این منظور با استفاده از فرمول آماری حجم نمونه، ۱۵۰ نفر از خانواده بیماران مصروع مراجعه کننده به انجمن صرع ایران با روش نمونه‌گیری سیستماتیک انتخاب شدند. تمام نمونه ها با فرد مصروع زندگی می کردند، حداقل ۱۶ سال سن داشتند، ایرانی بودند و حداقل ۶ ماه از ابتلا فرد مصروع به بیماری صرع گذشته بود.

ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش، پرسش‌نامه‌ای سه قسمتی بود. بخش اول شامل ۶ سوال در رابطه با مشخصات فردی واحدهای مورد پژوهش بود. بخش دوم شامل ۲۸ سوال از پرسش‌نامه سلامت عمومی (General Health Questionnair =GHQ) جهت بررسی اختلال‌های روانی غیرسایکوتیک در جمعیت عمومی بود. این پرسش‌نامه شامل چهار مقیاس است و هر مقیاس ۷ پرسش دارد. سوالات مقیاس‌ها به ترتیب شامل ۱ تا ۷ نشانه‌های جسمانی، ۸ تا ۱۴ مقیاس اختلال اضطراب، ۱۵ تا ۲۱ مقیاس اختلال در عملکرد اجتماعی و ۲۲ تا ۲۸ مقیاس افسردگی می‌باشد. نمره‌گذاری به صورت لیکرت ساده از صفر تا ۳ امتیاز انجام می‌شود و در نتیجه نمره یک فرد از ۰ تا ۸۴ متغیر است. افرادی که نمره بین ۳۳/۳-۰ به آنها تعلق می‌گیرد، از سلامت روان نامناسب، نمره ۶۶/۶-۳۳/۴، سلامت روان متوسط و نمره ۱۰۰-۶۶/۷ از سلامت روان مناسب برخوردارند.

بخش سوم، پرسشنامه شیوه مقابله با استرس کارور- اسکیر و ونیتراب (Carver – Scheier- Veintrab) بود. این پرسش‌نامه شامل ۷۲ سوال و ۳ مقیاس کلی می‌باشد. ۲۰ سوال سنجش مقابله متمرکز بر مشکل، ۲۰ سوال سنجش مقابله متمرکز بر هیجان، ۳۲ سوال سنجش مقابله کمتر مفید و غیر موثر را می‌سنجد. بر همین اساس سه نمره مستقل و مربوط به مقوله‌های متمرکز بر مشکل، متمرکز بر هیجان و مقابله کمتر مفید و غیرموثر بدست آمد. معیار درجه‌بندی ابزار بر حسب استفاده از این روش‌ها از الگوی زیر پیروی می‌کند: هیچوقت= نمره صفر، بندرت= نمره ۱، گاهی اوقات= نمره ۲، اغلب اوقات= نمره ۳ و همیشه= نمره ۴. اعتبار علمی بخش اول پرسش‌نامه با استفاده از روش اعتبار محتوا مورد سنجش قرار گرفت.

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2024-04-23]

مطالعات اعتباریابی پرسشنامه سلامت عمومی و شیوه‌های مقابله با استرس کارور – اسکیر و ونیتراب حاکی از روایی و پایایی بالای این پرسش‌نامه‌ها می‌باشد. مطالعات نشان داده که حساسیت GHQ برابر با ۹۱/۲ درصد و ویژگی آن برابر ۹۴/۰۷ می‌باشد. بازآزمایی آلفا کرونباخ در مطالعه فوق برابر ۸۸ درصد بدست آمده است. نتایج پایایی پرسش‌نامه شیوه‌های مقابله با استرس از طریق بازآزمایی نشان داده است که ضریب پایایی برای مقیاس‌های مختلف پرسش نامه از r=۰/۴۲ تا r=۰/۶ بوده است. ضریب پایایی کل مقیاس ۰/۹۳ گزارش شده است. در این مطالعه، جهت تحلیل داده ها از آمار توصیفی و آمار استنباطی نظیر آزمون‌های فیشر، کای‌دو و اسپیرمن استفاده شد.

یافته‌ها

بیشتر خانواده بیماران مصروع، مونث (۸۶ درصد)، خانه‌دار (۵۸/۷ درصد)، متاهل (۸۱/۳ درصد) و بین ۳۶ تا ۵۰ سال سن (۷۴/۷ درصد) داشتند. ۶۶ درصد مادر بیمار مصروع بودند و ۷۶ درصد بیش از ۵ سال از بیمار مراقبت می‌کردند. مشخصات دموگرافیک در جدول ۱ آورده شده است.

جدول ۱- مشخصات دموگرافیک خانواده بیماران مصروع

مشخصات دموگرافیک	
جنس (درصد)	
زن	۸۶
مرد	۱۴
میانگین سنی (سال)	۴۱/۰۵ (محدوده ۷۸-۱۶)
وضعیت تاهل (درصد)	
متاهل	۸۱/۳
مجرد	۱۸/۷
وضعیت شغلی (درصد)	
خانه دار	۵۸/۷
کارمند	۱۴/۷
شغل آزاد	۱۶
بازنشسته	۶
دانشجو	۴/۷
نسبت وابستگی به بیمار (درصد)	
مادر	۶۶
پدر	۱۳/۳
همسر	۱۰/۷
خواهر یا برادر	۱۰
مدت مراقبت از بیمار (سال)	
کمتر از ۵ سال	۲۴
بیش از ۵ سال	۷۶

هدف اول پژوهش، بررسی سلامت روان در خانواده بیماران مصروع و سنجش ارتباط آن با مشخصات دموگرافیک بود. در این رابطه، ۸۶/۷ درصد از خانواده بیماران مصروع دارای سلامت روان نامناسب بودند، به طوری که در مورد اختلال عملکرد جسمانی ۶۳/۳ درصد، در بعد اضطراب و اختلال خواب ۴۶/۷ درصد، در مقیاس عملکرد اجتماعی ۵۲ درصد و در مقیاس افسردگی ۷۵/۴ درصد آنها دارای سلامت روان نامناسب بودند. بین جنسیت، وضعیت شغلی، مدت مراقبت از بیمار و سلامت روان افراد ارتباط آماری معنی‌داری مشاهده شد. اکثریت خانواده بیماران مصروعی که دارای سلامت روان نامناسب بودند، مرد (۷۱/۴ درصد، p=۰/۰۳)، بازنشسته (۱۰۰ درصد، p<۰/۰۰۰۱) و کمتر از ۵ سال از بیمار مراقبت می کردند (۸۰/۶ درصد، p=۰/۰۰۳). وضعیت سلامت روان خانواده‌های بیماران مصروع در جدول ۲ آورده شده است.

جدول ۲- وضعیت سلامت روان خانواده بیماران مصروع

	نامناسب (۰-۳۳/۳)	متوسط (۳۳/۴-۶۶/۶)	مناسب (۶۶/۷-۱۰۰)
نشانه های جسمانی	۶۱/۳*	۲۰	۱۸/۷
اضطراب و اختلال خواب	۴۶/۷	۳۱/۳	۲۲
اختلال عملکرد اجتماعی	۵۲	۳۸/۷	۹/۳
افسردگی	۷۵/۴	۱۵/۳	۹/۳
وضعیت کلی سلامت روان	۵۶/۷	۳۲	۱۱/۳

* اعداد معرف درصد هستند.

هدف دوم پژوهش، بررسی روش‌های مقابله با استرس در خانواده بیماران مصروع و سنجش ارتباط آن با مشخصات دموگرافیک بود. اکثریت افراد خانواده بیماران مصروع، از شیوه‌های مقابله با استرس در سطح متوسط استفاده می‌کردند (۹۲ درصد)، هم‌چنین ۵۰ درصد از شیوه مشکل مدار، ۷۰/۷ درصد از روش هیجان مدار و ۶۷/۳ درصد از روش کمتر مفید و غیرموثر در سطح متوسط استفاده می‌کردند. ارتباط آماری معنی‌داری بین مشخصات دموگرافیک و شیوه‌های مقابله با استرس در سطح کلی دیده نشد. نتایج مربوط به روش‌های مقابله با استرس در جدول ۳ آمده است.

فرضیه پژوهش، تعیین ارتباط بین سلامت روان و روش‌های مقابله با استرس در خانواده بیماران مصروع بود که یافته‌های این پژوهش آن را تایید نمود. اکثریت کسانی که از سلامت روان متوسط برخوردار بودند (۹۳/۸ درصد)، از شیوه‌های مقابله با استرس در سطح متوسط استفاده می‌کردند (p<۰/۰۰۰۱، S=۰/۳).

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2024-04-23]

جدول ۳- وضعیت شیوه‌های مقابله با استرس در خانواده بیماران مصروع

	نامناسب (۰-۳۳/۳)	متوسط (۳۳/۴-۶۶/۶)	مناسب (۶۶/۷-۱۰۰)
شیوه مقابله با استرس مشکل مدار	۱۳	۷۰/۷	۲۵
شیوه مقابله با استرس هیجان مدار	۵/۳	۵۰	۴۴/۷
شیوه مقابله با استرس کمتر مفید و غیر موثر	۲۷/۳	۶۷/۳	۵/۴
وضعیت کلی شیوه های مقابله با استرس	۰/۷	۹۲	۷/۳

* اعداد معرف درصد هستند.

بحث

هدف اول پژوهش، تعیین سلامت روان در خانواده بیماران مصروع و بررسی ارتباط آن با مشخصات دموگرافیک بود . در این مطالعه مشخص شد که ۵۶/۷ درصد افراد خانواده بیماران مصروع از سلامت روان نامناسب برخوردارند. به علاوه، بین جنسیت مذکر، بازنشستگی و مدت مراقبت کمتر از ۵ سال و سلامت روان نامناسب ارتباط آماری معنی‌داری مشاهده شد. مودی و مک میلان (۲۰۰۳) بیان می‌کنند که بررسی‌های مختلف نشان داده که مراقبت کنندگان بیماران مبتلا به اختلال مزمن با مسائلی چون استرس، چالش‌های عاطفی، تغییر روابط زندگی، افزایش نقش و سازگاری با مسائل جدید ناشی از مراقبت و بالاخره مشکلات مربوط به مراقبت و درمان بیماری روبه رو هستند (۱۱). در این پژوهش، افراد بازنشسته از سلامت روان پایین‌تری برخوردار بودند که این نتیجه با پژوهش حسینی‌فرد در سال ۱۳۸۱ هم‌خوانی دارد. به طوری که اختلالات روانی در پدران کم درآمد بیشتر بوده و تاثیر به سزایی بر روی روابط خانوادگی داشته است (۱۲).

در مطالعه نظری (۱۳۸۴) نیز میزان تنش در خانواده بیماران مصروع با درآمد پایین بیشتر بود (۱۳). علاوه بر کاهش درآمد در دوران بازنشستگی، فرآیند بازنشستگی با توجه به نظریه روانی – اجتماعی اریکسون جزء بحران‌های رشد می‌باشد. بحران بازنشستگی و بحران داشتن فرزند مصروع در خانواده می‌تواند عاملی برای کاهش سلامت روان باشد. در مطالعه نظری، با افزایش مدت مراقبت از بیمار مصروع از میزان تنش و اضطراب کاسته می‌شد (p=۰/۰۰۱) (۱۳) که با یافته‌های مطالعه حاضر هم‌خوانی دارد. گذشت زمان و آشنایی با مهارت‌های کنترل و شناسایی ودرمان عوارض عمومی بیماری باعث شده است که افرادی که بیش از ۵ سال از بیمار مراقبت می‌کنند، دارای سلامت روان بالاتری باشند.

در مطالعه ما، بر اساس امتیازات کسب شده در مقیاس عملکرد جسمانی، ۶۱/۳ درصد از واحدهای مورد پژوهش از سلامت روان نامناسب برخوردار بودند. مطالعه پدیدارشناختی میو و همکاران (۲۰۰۶) نشان داد که والدین کودکان مبتلا به صرع از نظر عاطفی و احساسی صدمه می‌بینند و ضربات عاطفی و خستگی‌های جسمی والدین منجر به تحلیل قوای جسمانی در آنها می‌گردد که مشابه نتایج مطالعه حاضر است (۱۰).

براساس امتیازات کسب شده در مقیاس اضطراب و اختلال خواب، ۴۶/۷ درصد و در مقیاس افسردگی، ۷۵/۴ درصد افراد، از سلامت روان نامناسب برخوردار بودند. مطالعه بریسی (۲۰۰۶)، باکی (۲۰۰۴) و ماسوری (۱۳۸۰) نیز بیانگر اضطراب و افسردگی بالا در خانواده بیماران مصروع بوده است (۴، ۵، ۱۴) که منطبق با نتایج مطالعه حاضر می‌باشد.

در مقیاس عملکرد اجتماعی پرسشنامه سلامت عمومی، ۵۲ درصد آنها از سلامت روان نامناسب برخوردار بودند. هم‌چون پژوهش حاضر، مطالعه کامفیلد نشان داد که کیفیت زندگی کودکان مصروع به طور منفی بر روی عملکرد روانی اجتماعی خانواده تاثیرگذار است، به طوری که سطح اضطراب آنها را بیشتر نموده و اعتماد به نفس آنها را پایین می‌آورد و اختلال عملکرد اجتماعی درخانواده آنها پدیدار می‌گردد (۱۵).

هدف دوم پژوهش، تعیین روش‌های مقابله با استرس در خانواده بیماران مصروع مراجعه کننده به انجمن صرع ایران برحسب مشخصه‌های فردی بود. براساس امتیازات کسب شده از وضعیت کلی راهبردهای مقابله با استرس، ۹۲ درصد افراد از شیوه‌های مقابله با استرس در سطح متوسط استفاده می‌کردند. البته ارتباط آماری معنی‌داری بین مشخصات دموگرافیک و شیوه‌های مقابله با استرس در کل دیده نشد. به اعتقاد کازاک، رفتار سازگاری در پاسخ به موقعیت‌های تنش‌زا تکامل پیدا می‌کند و منعکس کننده تلاش افراد برای اداره استرس مطابق با رویداد پیش آمده است (۱۶).

فرضیه پژوهش، تعیین ارتباط سلامت روان و روش‌های مقابله با استرس در خانواده بیماران مصروع بود. اکثریت افراد مورد پژوهش (۹۳/۸ درصد) که از سلامت روان متوسط برخوردار بودند، از شیوه های مقابله با استرس در سطح متوسط استفاده می‌کردند (p=۰/۰۰۱). در مطالعه نظری (۱۳۸۴) مشخص شد که اکثریت خانواده‌هایی که میزان تنش زیاد داشتند، میزان سازگاری و استفاده از روش‌های انطباقی آنها پایین بود و در

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2024-04-23]

خانواده‌های با تنش کم، میزان سازگاری متوسط و بالا دیده شد (p<۰/۰۰۰۱). از آنجایی که افزایش میزان تنش و اضطراب در کاهش سلامت روان موثر است، نتیجه مطالعه فوق با مطالعه حاضر هم‌خوانی دارد. مطالعه میرنیکس (۲۰۰۱) نیز نقش مرکزی و اصلی سلامت عاطفی و روانی خانواده را در ایجاد واکنش‌های سازگارانه تائید می‌کند (۱۷).

یافته‌های حاصل از این پژوهش می‌تواند زمینه‌ای برای پژوهش‌های بعدی در جهت ارتقا و سلامت روان و کاهش شیوه‌های ناکارآمد مقابله با استرس در خانواده‌های بیماران مصروع و نیز خانواده‌های مبتلایان به سایر بیماری‌های مزمن باشد. با توجه به نتایج مطالعه حاضر، توصیه می‌شود آموزش شیوه‌های مقابله با استرس به مراقبین بیماران، به خصوص بیماری‌های مزمن، جهت کاستن از مشکلات و اختلالات روانی مورد توجه و بررسی بیشتر قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

لازم دانستیم که مراتب قدردانی و سپاس خود را از دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم پزشکی تهران، معاونت پژوهشی، همکاران محترم انجمن صرع و خانواده بیماران مصروع داشته باشیم.

REFERENCES

1. Kasper D, Braunwald E, Hauser S, longo D, Yameson A, Hauser S, et al, Editors. Harrison's principles of internal medicine. New York: McGraw Hill Co; 2008.
2. Sadock BI, Sadock V, Editors. Kaplan and Sadock`s synopsis of psychiatry. Philadelphia: Lippincott Williams &Wlkins; 2007.
3. Jain S. Priority of epilepsy research in Asia. Epilepsia J 2005; 46: 46-47.
4. Baker GA, Jacoby A, Gorry J, Ooughty J, Ellina V. Quality of life of people with epilepsy in Iran, The Gulf and near East. Epilepsia J 2004; 46: 132-40.
5. Bressi C, Cornaggia C, Begi M, Porcellana M, Landol I, Invernizzi G. Epilepsy and family expressed emotion result of a prospective study. Seizure J 2007; 16: 417-23.
6. Kim WJ. Psychiatric aspects of epileptic children adolescents. Child Adolesc Psychiatr J 1991; 30: 874-86.
7. Beyenburg S, Mitchell A, Schmidt D, Elge C, Ereuber M. Anxiety in patient with epilepsy: systematic review and suggestions for clinical management. Epilepsy Behav J 2005; 7: 161-71.
8. Hidari G, Janati Y, Editors. Social psychiatry for nursing. Tehran: Salemi; 2004. [In Persian]
9. Austin J, Dunn D, Johnson C, Perkin S. Behavioral issue involving children and adolescents whit epilepsy. Epilepsy Behav J 2004; 5: 33-41.
10. Mu P. Transition experience of parents caring of children whit epilepsy. A phenomenological study. Int J Nurs Studies 2008; 45: 543-51.
11. Moody LE, McMillan S. Dyspnea and quality of life indicator in hospice patients and their caregivers, health and quality of life outcomes. Pediatr J 2003; 1: 1-12.
12. Ahmadi Z. Assessing a compressive mental health in nursing student with other student of Islamic Azad University in Shahrood [dissertation]. Tehran: Nursing and Midwifery Faculty, Islamic Azad University; 2005. [In Persian]
13. Nazari SH. The evaluation of epileptic children's parents idea about tension factors and their adaptation with this factor among persons referred to Tehran chosen remedial center [dissertation]. Tehran: Nursing and Midwifery Faculty, Tehran Medical University; 2003. [In Persian]
14. Masouri S. Adaptation behaviors comparison between patients' sibling and healthy children at the same age [dissertation]. Tehran: Nursing and Midwifery Faculty, Tehran Medical University; 1991. [In Persian]
15. Camfield C. Impact of pediatric epilepsy on the family. Epilepsia J 2001; 32: 104-12.
16. Kazak W, Editor. Family therapy. New York: Wiley Medical Publication; 1999.
17. Mirinics Z. Adjustment and coping in epilepsy. Seizure J 2000; 10: 181-87.

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2024-04-23]