

## Research Paper

# Assessing the Effectiveness of the Epilepsy Support Model on Functional and Psychological Dimensions of Quality of Life among Patients with Epilepsy Referred to the Khorramabad Epilepsy Association

Tooba Moballeghi<sup>1</sup>, Mina Jouzi<sup>2\*</sup>, Fatemeh Salmani<sup>2</sup>

1.Nursing Student in MSc, Department of Nursing, Nursing and Midwifery Sciences Development Research Center, Na.C., Islamic Azad University, Najafabad, Iran.

2.Associate Professor of Nursing, Department of Nursing, Nursing and Midwifery Sciences Development Research Center, Na.C., Islamic Azad University, Najafabad, Iran.

Use your device to scan  
and read the article online



**Citation** Moballeghi T, Jouzi M, Salmani F. [Assessing the Effectiveness of the Epilepsy Support Model on Functional and Psychological Dimensions of Quality of Life among Patients with Epilepsy Referred to the Khorramabad Epilepsy Association (Persian)]. Jundishapur Journal of Medical Sciences. 2026; 25(3): 249-258.

**doi** <https://doi.org/10.22118/jsmj.2026.570023.4130>

## ABSTRACT

**Background and Objectives** Epilepsy is a chronic neurological condition that profoundly impacts patients' quality of life (QoL) across multiple domains, extending well beyond mere seizure control. While supportive interventions are pivotal in managing chronic illnesses, evidence remains limited on whether current support frameworks adequately address all QoL dimensions, particularly psychological well-being. This study evaluated the impact of the Iranian Comprehensive Epilepsy Support Model on various QoL dimensions among patients attending the Khorramabad Epilepsy Association.

**Subjects and Methods** A quasi-experimental design with two groups (intervention and control) was employed in 2024. Sixty-four participants were recruited via convenience sampling and randomly allocated to one of two groups. The intervention group underwent six one-hour sessions focusing on psychotherapeutic techniques, psychological support, and structural modifications to care delivery. Data were collected using standardized epilepsy-specific QoL questionnaires and demographic surveys. Statistical analysis was performed using SPSS (version 21), utilizing paired and independent t-tests.

**Results** Implementation of the Epilepsy Support Model led to significant improvements in overall QoL ( $P < 0.001$ ) and specific subscales, including seizure concern ( $P = 0.017$ ), energy/fatigue levels ( $P = 0.018$ ), cognitive function ( $P < 0.001$ ), medication side effects ( $P = 0.002$ ), and social functioning ( $P = 0.008$ ). However, no statistically significant difference was observed in mental health scores between the groups ( $P = 0.293$ ).

**Conclusion** The educational-psychological support model effectively enhances functional, cognitive, and seizure-related aspects of QoL in patients with epilepsy. Nevertheless, substantial improvements in psychological well-being appear to require more intensive and prolonged psychotherapeutic interventions.

**Keywords** Epilepsy, quality of life, Mental health, Support model.

**Received:** 1 Jan, 2026

**Revised:** 23 May, 2026

**Accepted:** 3 June, 2026

\* **Corresponding Author:**

**Mina Jouzi**

**Address:** Department of Nursing, Nursing and Midwifery Sciences Development Research Center, Na.C., Islamic Azad University, Najafabad, Iran.

**Tel:** +989132334730

**E-Mail:** minajouzi@yahoo.com

## Extended Abstract

### Introduction

**E**pilepsy significantly impacts the quality of life (QOL) of patients, necessitating comprehensive support models beyond pharmacological management. This study aimed to evaluate the effectiveness of a structured Epilepsy Support Model on various QOL dimensions among patients affiliated with the Khorramabad Epilepsy Association.

### Methods

This quasi-experimental study involved 64 eligible patients randomly allocated to an intervention group ( $n=32$ ) or a control group ( $n=32$ ). After baseline data collection, the control group received standard care, while the intervention group underwent six one-hour sessions based on the Epilepsy Support Model. A multidisciplinary team (psychiatrist, physician, specialist nurse, social worker, clinical psychologist) delivered the model, which included psychotherapy, supportive structure modification, and spiritual support from a cleric. Educational pamphlets were also provided. Data were collected using a demographic questionnaire and the Quality of Life in Epilepsy questionnaire (RAND version), comprising seven domains (seizure concern, mental health, energy/fatigue, cognitive function, medication effects, social functioning, and overall QOL). Statistical analysis was performed using SPSS (version 21), employing paired t-tests, independent t-tests, and chi-square tests ( $\alpha = 0.05$ ). Ethical approval was secured from the Islamic Azad University, Najafabad Branch, Najafabad, Iran (Code: IR.IAU. NAJAFABAD. REC.1403.089).

### Results

Baseline demographic data (Table 1) showed homogeneity across most variables ( $P > 0.05$ ), except for education level ( $\chi^2=6.01$ ,  $df=2$ ,  $P=0.030$ ). Within the intervention group (Table 2), significant improvements were observed in seizure concern ( $P=0.002$ ), energy/fatigue ( $P=0.014$ ), cognitive function ( $P=0.002$ ), medication effects ( $P=0.001$ ), and overall QOL ( $P=0.001$ ). Between-group analysis (Table 3) revealed that, post-intervention, the intervention group significantly outperformed the control group in seizure concern ( $P = 0.017$ ), energy/fatigue ( $P=0.018$ ), cognitive function ( $P = 0.001$ ), Medication Effects ( $P = 0.002$ ), and social functioning ( $P = 0.008$ ). However, no statistically significant differences were found between groups in Mental Health ( $P = 0.293$ ) or overall QOL ( $P = 0.802$ ).

### Discussion

The findings confirm the effectiveness of the Epilepsy Support Model in improving several critical QOL facets, notably reducing seizure-related anxiety, fatigue, and perceived side effects of medication, aligning with literature emphasizing self-management skills. The lack of significant improvement in Mental Health is consistent with some international studies suggesting that short-term interventions may not be sufficient to mitigate entrenched psychological distress. The non-significant difference in Overall QOL post-intervention, despite positive trends in individual components, warrants further investigation, suggesting that while the model successfully targeted specific symptoms, the holistic benefit did not translate into a statistically significant global QOL gain between groups in this sample size.

### Conclusion

The hypothesis—that implementing the Epilepsy Support Model improves patients' QOL—is accepted based on significant improvements across most dimensions. The model is recommended as an integral part of holistic care for patients with epilepsy, guiding nursing managers to develop continuous clinical educational programs for both patients and their families.

### Ethical Considerations

#### Compliance with ethical guidelines

This study was approved by the Ethics Committee of Islamic Azad University, Najafabad Branch (Code: IR.IAU.NAJAFABAD.REC.1403.089). Informed consent was obtained from all participants, and data confidentiality was strictly maintained.

### Funding

This research received no specific grant from any funding agency. It is derived from the first author's master's thesis.

### Author's contributions

Study design and supervision: M J; Data collection: T M; Data analysis and interpretation: M J and F S; All authors have read and approved the final manuscript.

### Conflicts of interest

The authors declare no conflicts of interest.

### Acknowledgements

We thank the Vice Presidency for Research and Technology of Islamic Azad University, Najafabad Branch, the Khorramabad Epilepsy Association, and the participating patients.

## مقاله پژوهشی

# سنجش اثربخشی مدل حمایتی صرع بر ابعاد عملکردی و روانی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به صرع مراجعه کننده به انجمن صرع خرم آباد

طوبی مبلغی<sup>۱</sup>، مینا جوزی<sup>۲\*</sup>، فاطمه سلمانی<sup>۲</sup>

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه پرستاری، مرکز تحقیقات توسعه علوم پرستاری و مامایی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران.  
۲. دانشیار گروه پرستاری، مرکز تحقیقات توسعه علوم پرستاری و مامایی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران.

Use your device to scan  
and read the article online



**Citation** Moballeghi T, Jouzi M, Salmani F. [Assessing the Effectiveness of the Epilepsy Support Model on Functional and Psychological Dimensions of Quality of Life among Patients with Epilepsy Referred to the Khorramabad Epilepsy Association (Persian)]. Jundishapur Journal of Medical Sciences. 2026; 25(3): 249-258.

**doi** <https://doi.org/10.22118/jsmj.2026.570023.4130>

## چکیده

**زمینه و هدف:** صرع به عنوان یک اختلال نورولوژیک مزمن، تأثیرات چندبعدی قابل توجهی بر کیفیت زندگی بیماران دارد که فراتر از کنترل تشنجه‌ها است. اگرچه مداخلات حمایتی نقش مهمی در مدیریت بیماری‌های مزمن ایفا می‌کنند، شواهد کافی در مورد کفایت ساختارهای حمایتی موجود برای پوشش کامل همه ابعاد کیفیت زندگی، به ویژه جنبه‌های روانی، محدود است. این پژوهش با هدف تعیین تأثیر اجرای مدل حمایتی صرع، به عنوان یک مدل جامع ایرانی، بر ابعاد مختلف کیفیت زندگی بیماران مبتلا به صرع مراجعه کننده به انجمن صرع خرم آباد انجام شد.

**روش بررسی:** این مطالعه نیمه تجربی با طرح دوگروهی (کنترل و مداخله) در سال ۱۴۰۳ اجرا شد. تعداد ۶۴ بیمار مبتلا به صرع به صورت در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی ساده در دو گروه جای گرفتند. گروه مداخله طی شش جلسه آموزشی یک ساعته با تمرکز بر مداخلات روانی، رویکردهای روان درمانی و اصلاح ساختارهای حمایتی آموزش دید. داده‌ها با استفاده از پرسش‌نامه‌های دموگرافیک و استاندارد کیفیت زندگی بیماران مبتلا به صرع گردآوری و با آزمون‌های T زوجی و مستقل در نرم افزار SPSS نسخه ۲۱ تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** مدل حمایتی صرع سبب بهبود معنادار در کیفیت کلی زندگی ( $P < 0.001$ ) و ابعاد نگرانی از تشنج ( $P = 0.017$ )، انرژی/خستگی ( $P = 0.018$ )، عملکرد شناختی ( $P < 0.001$ )، اثرات دارویی ( $P = 0.002$ ) و عملکرد اجتماعی ( $P = 0.008$ ) شد. با این حال، تأثیر آماری معناداری بر بُعد سلامت روانی مشاهده نگردید ( $P = 0.293$ ).

**نتیجه گیری:** نتایج نشان داد مدل حمایتی آموزشی-روانی در بهبود جنبه‌های عملکردی، شناختی و نگرانی‌های مرتبط با تشنج مؤثر است. اما برای ارتقای سلامت روانی بیماران، نیاز به برنامه‌های درمانی طولانی مدت تر و متمرکز تر وجود دارد.

**کلیدواژه‌ها:** صرع، کیفیت زندگی، مدل حمایتی صرع، سلامت روانی.



تاریخ دریافت: ۱۱ دی ۱۴۰۴  
دریافت اصلاحات: ۲ خرداد ۱۴۰۵  
تاریخ پذیرش: ۱۳ خرداد ۱۴۰۵

\* نویسنده مسئول:

مینا جوزی

نشانی: گروه پرستاری، مرکز تحقیقات توسعه علوم پرستاری و مامایی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران.

تلفن: ۹۸۹۱۳۳۳۳۴۷۳۰

رایانامه: minajouzi@yahoo.com

# جندی شاپور

معتبر ایرانی) همچنان به عنوان یک نیاز پژوهشی مطرح است (۱۴). لذا، پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر اجرای مدل حمایتی صرع بر کیفیت زندگی بیماران تحت پوشش انجمن صرع خرم‌آباد در سال ۱۴۰۳ انجام شد.

## روش بررسی

این پژوهش از نوع نیمه تجربی بود. نمونه پژوهش را ۶۴ نفر از بیماران مبتلا به صرع که دارای معیارهای ورود به مطالعه بوده و در سال ۱۴۰۳ به انجمن صرع در خرم‌آباد مراجعه کرده‌اند یا پرونده داشته‌اند، تشکیل داد. معیارهای ورود به مطالعه شامل ابتلا به صرع گراندمال با تأیید متخصص مغز و اعصاب، رضایت برای شرکت در مطالعه، سن بالای ۱۸ سال، توانایی خواندن و نوشتن، تسلط به زبان فارسی، تأیید تشخیص بیماری توسط پزشک معالج، گذشت حداقل شش ماه از تشخیص بیماری، عدم ابتلا به سایر بیماری‌های جسمی و روانی مزمن یا عقب‌ماندگی ذهنی با تأیید پزشک معالج، توانایی مراقبت از خود، فقدان مشکل تکلم و شنوایی و معیارهای خروج از مطالعه شامل عدم تمایل به ادامه پژوهش، عدم شرکت در کلاس بیش از دو جلسه، ایجاد عارضه نامطلوب حین پژوهش برای بیمار (نظیر بستری شدن) بود.

روش نمونه‌گیری به صورت در دسترس بود و تخصیص نمونه‌ها به گروه‌ها با روش تصادفی ساده و از طریق قرعه‌کشی براساس لیست اسامی بیماران صورت گرفت؛ به این ترتیب که شماره‌های زوج به گروه مداخله ( $N=32$ ) و شماره‌های فرد به گروه کنترل ( $N=32$ ) اختصاص یافتند. حجم نمونه براساس فرمول مقایسه میانگین‌ها و مطالعه موسوی و همکاران (۴) و با استفاده از فرمول زیر و (سطح اطمینان ۹۵ درصد و آلفا ۰/۰۵ و توان آزمون ۹۰ درصد و بتا ۱۰٪ و دقت ۵) ۶۰ نفر تعیین شد و با توجه به احتمال ریزش نمونه‌ها، حجم نهایی ۶۴ نفر تخمین و ۳۲ نفر در هر گروه تعیین گردید.

$$n = \frac{\left( Z_{1-\frac{\alpha}{2}} + Z_{1-\beta} \right)^2 (\sigma_1^2 + \sigma_2^2)}{d^2}$$

## اجرای پژوهش و مداخله

پس از کسب رضایت‌نامه کتبی، شرکت‌کنندگان ابتدا پرسش‌نامه مشخصات فردی و پرسش‌نامه کیفیت زندگی بیماران صرع را تکمیل کردند (مرحله پیش‌آزمون). سپس، برای همسان‌سازی سطح دانش نظری، یک جلسه آموزشی انفرادی یک‌ساعته در مورد کلیات صرع برای هر دو گروه توسط پژوهشگر برگزار شد. در گروه کنترل، پس از این جلسه آموزشی، هیچ مداخله دیگری صورت نپذیرفت و تنها تکمیل پرسش‌نامه‌ها

## مقدمه

صرع، به عنوان دومین اختلال نورولوژیک شایع جهانی پس از سکته مغزی، با تعریف مشخص خود از تخلیه‌های الکتریکی غیرطبیعی نورونی، جمعیتی گسترده را درگیر می‌کند (۱). در سال ۲۰۲۱، ۵۱٫۷ میلیون نفر مبتلا به صرع (ایدیوپاتیک و ثانویه ترکیبی) در سطح جهان وجود داشتند (۲). مطابق آمار سازمان جهانی سلامت، حدود ۸۰ درصد از این افراد در کشورهای درحال توسعه زندگی می‌کنند (۳). در کشور ما ایران نیز حدود یک میلیون و سیصد هزار بیمار مبتلا به صرع وجود دارد که این میزان، معادل ۱/۷ درصد کل جمعیت است. آمار شیوع این بیماری در ایران بالاتر از استانداردهای جهانی گزارش شده است و در مناطق خاصی مانند لرستان، شامل تعداد قابل توجهی بیمار است (۴).

علی‌رغم پیشرفت‌های چشمگیر در کنترل حملات تشنجی (۵)، واقعیت زندگی با صرع فراتر از مدیریت حملات بوده و پیامدهای چندوجهی جسمی، روانی و اجتماعی بر کیفیت زندگی بیماران سایه افکنده است (۶). کیفیت زندگی، که سازمان جهانی بهداشت آن را در بستر فرهنگی تعریف می‌کند (۷)، در این بیماران تحت تأثیر عواملی همچون ترس از تشنج، انگ اجتماعی و محدودیت‌های محیطی قرار دارد (۸).

پیگیری این ماهیت مزمن، نیازمند برنامه‌های مراقبتی ساختاریافته و پیوسته است (۹). در این میان، آموزش و توانمندسازی بیمار به عنوان ستون فقرات مدیریت موفقیت‌آمیز بیماری به خوبی مستند شده‌اند (۱۰). مطالعات متعددی کارایی برنامه‌های آموزشی در افزایش سازگاری با بیماری و خودکارآمدی را تأیید می‌کنند (۱۱)، و نقش پرستاران در ارائه این آموزش‌های محوری مورد تأکید قرار گرفته است (۱۰) حتی مداخلات مبتنی بر فناوری، نظیر تله‌مدیسین و یادآورهای پیامکی، به عنوان ابزارهایی برای بهبود آموزش و نظارت در زمینه‌هایی با منابع محدود مطرح شده‌اند (۱۲، ۱۳).

با این حال، مدیریت صرفاً بر آموزش تکیه ندارد؛ بلکه جنبه‌های روانی و اجتماعی در نتایج بلندمدت حیاتی هستند. این امر، ضرورت یک چهارچوب حمایتی جامع را برجسته می‌سازد. در همین راستا، مدل حمایتی صرع به عنوان یک چهارچوب جامع تدوین شده است که شامل سه حوزه اصلی است: مداخلات آموزشی-روانی، رویکردهای روان‌درمانی، و اصلاح ساختارهای حمایتی. این مدل با هدف بهبود دانش، عملکرد و تطابق بیمار طراحی شده است (۱۴)، و تلاش دارد تا خلأهای مشاهده شده در حمایت‌های غیررسمی را پر کند (۱۵). در عین حال، تحقیقات در زمینه ارتباطات اجتماعی و حمایت‌های پیرامونی نیز بر اهمیت این عوامل در بهبود کیفیت زندگی بیماران، به ویژه بیماران جراحی شده، تأکید داشته‌اند (۱۶).

هرچند شواهد قوی برای اثربخشی آموزش‌های مجزا (۱۰) و رویکردهای حمایتی عام (۱۶) وجود دارد، اما ارزیابی دقیق و کمی تأثیر اجرای مدل حمایتی صرع به صورت یکپارچه بر تمام ابعاد کیفیت زندگی (با ابزار ارزیابی

## ابزار سنجش و تحلیل آماری

داده‌ها با دو ابزار جمع‌آوری شدند: پرسش‌نامه جمعیت‌شناختی (شامل سن، جنسیت، تحصیلات، وضعیت تأهل، شغل، وضعیت اقتصادی، مدت زمان ابتلا و تعداد تشنج یک ماه اخیر) و پرسش‌نامه کیفیت زندگی بیماران مبتلا به صرع (RAND). این پرسش‌نامه استاندارد با ۳۱ سؤال، هفت بعد اصلی (شامل نگرانی از تشنج، سلامت روانی، انرژی/خستگی، عملکرد شناختی، اثرات دارویی، عملکرد اجتماعی و کیفیت کلی زندگی) را اندازه‌گیری می‌کند. در این ابزار، ۳۰ سؤال به ابعاد و یک سؤال به اهمیت ابعاد اختصاص دارد؛ امتیازدهی در هر مقیاس از ۰ تا ۱۰۰ و نمره کل از ۰ تا ۷۰۰ است و نمره بالاتر نشان‌دهنده کیفیت زندگی بهتری است. برای اعتباریابی در ایران (۱۷)، روایی صوری و محتوایی تأیید شده و پایایی با آلفای کرونباخ بالاتر از ۰/۷ به‌دست آمده است. تحلیل داده‌ها با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ انجام شد و از آزمون‌های تی زوجی، فیشر و کای اسکوتر استفاده گردید. سطح معناداری آماری نیز در حدود ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

## یافته‌ها

در جدول ۱ اطلاعات جمعیت‌شناسی به تفکیک گروه مداخله و کنترل ارائه شده است. براساس نتایج آزمون کای اسکوتر توزیع تمامی متغیرهای جمعیت شناختی (به غیر از سطح تحصیلات) در گروه مداخله و کنترل همگن است ( $P > 0.05$ ).

در پایان مطالعه انجام شد. اما گروه مداخله، تحت آموزش محتوای مبتنی بر مدل حمایتی صرع در طول شش جلسه یک‌ساعته قرار گرفتند. براساس مدل حمایتی صرع، رویکردهای روان‌درمانی شامل مشاوره، مدیریت استرس، خانواده‌درمانی است که سبب پذیرش بیماری، مقابله مؤثر و سازگاری با بیماری می‌شود که توسط روان‌پزشک، پزشک متخصص، پرستار متخصص صرع، مددکار اجتماعی و روان‌شناس بالینی آموزش داده شد. همچنین اصلاح ساختارهای حمایتی شامل ایجاد شرایط برای بیان احساسات بیماران، ابزار احترام و تشویق و موافقت با نظرات و احساسات افراد از طرف خانواده و دوستان، ایجاد ارتباطات و تعاملات رضایت‌بخش بین تیم درمان و بیماران شامل پیاده نمودن الگوی همکاری متقابل و ارتقای ارتباطات و تعاملات مناسب بین پرسنل و بیمار و اعتمادسازی بود که توسط روان‌پزشک، پزشک متخصص، پرستار متخصص صرع، مددکار اجتماعی و روان‌شناس بالینی آموزش داده شد. حمایت معنوی نیز توسط یک روحانی انجام شد و شامل توجه دادن بیماران به اعتقاد به شفای خداوند، ایجاد فضای معنوی با دعا، قرآن و مناجات و توسل به معصومین بود. پرستار علاوه بر آموزش طی ۶ جلسه ۱ ساعته در ساختمان انجمن صرع، پمفلت آموزشی با محتوای فوق‌الذکر نیز تهیه و در اختیار بیماران قرار داد و با ایشان هماهنگ شد تا در جلسات تعیین شده شرکت نمایند. همچنین شماره تماسی جهت هرگونه سوال در اختیار آن‌ها قرار گرفت. در پایان نیز پرسش‌نامه کیفیت زندگی در بیماران صرع، توسط هر ۲ گروه مداخله و کنترل تکمیل شد (مرحله پس‌آزمون).

جدول ۱. اطلاعات جمعیت‌شناختی متغیرهای جمعیت‌شناسی در مطالعه به تفکیک گروه مداخله و کنترل

| متغیر        | سطوح                       | گروه مداخله (درصد) فراوانی | گروه کنترل (درصد) فراوانی | آزمون کای اسکوتر | df | p     |
|--------------|----------------------------|----------------------------|---------------------------|------------------|----|-------|
| دامنه سنی    | ۱۹ تا ۳۰ سال               | ۱۰(۳۰/۳)                   | ۵(۱۵/۵۶)                  | ۴/۸۶             | ۳  | ۰/۱۸۲ |
|              | ۳۱ تا ۴۲ سال               | ۱۰(۳۰/۳)                   | ۱۴(۸/۴۳)                  |                  |    |       |
|              | ۴۳ تا ۵۴ سال               | ۱۰(۳۰/۳)                   | ۷(۹/۲۱)                   |                  |    |       |
|              | ۵۵ تا ۶۶ سال               | ۲(۳/۶)                     | ۶(۲۱/۸)                   |                  |    |       |
|              | انحراف معیار $\pm$ میانگین | ۹۳/۱۰ $\pm$ ۵۱/۴۰          | ۱/۱۲ $\pm$ ۷۷/۳۷          |                  |    |       |
| جنسیت        | مرد                        | ۱۸(۵۶/۳)                   | ۱۹(۵۹/۴)                  | ۰/۰۰۲            | ۲  | ۰/۹۶۸ |
|              | زن                         | ۱۴(۴۳/۸)                   | ۱۳(۴۱/۹)                  |                  |    |       |
|              | سیکل                       | ۱۹(۵۹/۴)                   | ۱۵(۴۶/۹)                  |                  |    |       |
|              | دیپلم                      | ۱۱(۳۴/۴)                   | ۹(۲۸/۱)                   |                  |    |       |
| سطح تحصیلات  | کارشناسی و بالاتر          | ۲(۶/۳)                     | ۸(۲۵/۰)                   | ۰/۰۱             | ۲  | ۰/۰۳۰ |
|              | مجرد                       | ۱۲(۳۷/۵)                   | ۹(۲۸/۱)                   |                  |    |       |
| وضعیت تأهل   | متاهل                      | ۱۶(۵۰/۰)                   | ۱۷(۵۳/۱)                  | ۱/۲۶             | ۳  | ۰/۷۴۲ |
|              | همسر فوت شده               | ۱(۳/۱)                     | ۳(۹/۴)                    |                  |    |       |
|              | مطلقه                      | ۳(۹/۴)                     | ۳(۹/۴)                    |                  |    |       |
| وضعیت اشتغال | آزاد                       | ۶(۱۸/۸)                    | ۱۰(۳۱/۳)                  | ۱/۹۸             | ۲  | ۰/۳۷۰ |

|                                  |                 |          |          |      |   |       |
|----------------------------------|-----------------|----------|----------|------|---|-------|
| مدت ابتلا به صرع                 | کارمند          | ۲(۶/۵)   | ۴(۱۲/۵)  | ۲/۰۴ | ۲ | ۰/۳۶۷ |
|                                  | بیکار           | ۲۴(۷۵/۰) | ۱۸(۵۶/۳) |      |   |       |
|                                  | بازنشسته        | ۰(۰/۰)   | ۰(۰/۰)   |      |   |       |
|                                  | ۶ ماه           | ۰(۰/۰)   | ۱(۳/۰)   |      |   |       |
|                                  | ۷ تا ۱۲ ماه     | ۱(۳/۱)   | ۰(۰/۰)   |      |   |       |
| تعداد دفعات مبتلا در یک ماه اخیر | ۱۲ ماه و بالاتر | ۳۱(۹۶/۹) | ۳۱(۹۶/۹) | ۵/۸۲ | ۲ | ۰/۰۵۴ |
|                                  | هیچ بار         | ۱۶(۵۰/۰) | ۳۱(۶۵/۶) |      |   |       |
|                                  | ۱ تا ۴ دفعه     | ۹(۲۸/۱)  | ۱۰(۳۱/۳) |      |   |       |
|                                  | ۴ دفعه و بیشتر  | ۷(۲۱/۹)  | ۱(۳/۱)   |      |   |       |

عملکرد شناختی معنادار بود ( $p < 0.01$ ) و سایر ابعاد معنادار نبودند ( $p > 0.05$ ).

تفاوت بین گروهی نشان داد در مرحله قبل از مداخله در دو گروه مداخله و کنترل، میانگین نمرات کیفیت کلی زندگی و همه ابعاد آن معنادار نیستند ( $p > 0.05$ ) اما بعد از مداخله بین دو گروه مداخله و کنترل، میانگین نمرات کیفیت کلی زندگی و همه ابعاد آن در سطح ۰/۰۵ معنادار هستند.

تفاوت درون گروهی نشان داد در گروه مداخله میانگین نمرات ابعاد نگرانی از تشنج، انرژی/ خستگی، عملکرد شناختی، اثرات دارویی و کیفیت کلی زندگی بین مرحله قبل و بعد از مداخله معنادار ( $p < 0.01$ )، در ابعاد سلامت روحی و عملکرد اجتماعی معنادار، و در گروه کنترل، بین مرحله قبل و بعد از مداخله میانگین نمرات ابعاد نگرانی از تشنج،

جدول ۲. مقایسه میانگین نمرات ابعاد کیفیت زندگی قبل و بعد از مداخله به تفکیک دو گروه (تفاوت درون گروهی)

| متغیر           | گروه   | قبل از مداخله | بعد از مداخله | Mean Difference | t      | P     |
|-----------------|--------|---------------|---------------|-----------------|--------|-------|
| نگرانی از تشنج  | مداخله | ۶/۴۵±۲/۳۶     | ۷/۱۹±۳/۱۲     | ۱/۱۲            | ۳/۳    | ۰/۰۰۲ |
|                 | کنترل  | ۶/۶±۲/۲۹      | ۵/۴۸±۲/۱۵     | -۰/۷۴           | ۳/۴۹   | ۰/۰۰۲ |
| سلامت روحی      | مداخله | ۱۸/۰۹±۳/۲۸    | ۱۸/۶۷±۳/۱۲    | -۰/۵۸           | -۱/۵۸  | ۰/۱۲۵ |
|                 | کنترل  | ۱۷/۵۷±۲/۷۳    | ۱۷/۸۷±۲/۸۸    | -۰/۳۶           | -۰/۷۴  | ۰/۴۶۵ |
| انرژی/ خستگی    | مداخله | ۱۶±۲/۲۹       | ۱۵/۶۱±۳/۰۴    | ۰/۶۶            | ۲/۵۸   | ۰/۰۱۴ |
|                 | کنترل  | ۱۴/۶۳±۲/۲۱    | ۱۴/۰۳±۲/۰۳    | ۰/۴۱            | ۱/۳۳   | ۰/۱۹۱ |
| عملکرد شناختی   | مداخله | ۱۷/۸۷±۵/۵۷    | ۱۸/۸۳±۴/۹۵    | -۰/۹۶           | ۳/۳۲   | ۰/۰۰۲ |
|                 | کنترل  | ۱۵/۷۲±۴/۱۴    | ۱۴/۶۹±۳/۴۱    | ۱/۰۳            | ۲/۳۸   | ۰/۰۲۳ |
| اثرات دارویی    | مداخله | ۸/۷±۲/۷۳      | ۸/۰۶±۲/۵۲     | ۰/۶۴            | -۴/۸۲  | ۰/۰۰۱ |
|                 | کنترل  | ۹/۶۳±۱/۵۷     | ۹/۷۸±۱/۶۱     | -۰/۱۵           | -۰/۶۶  | ۰/۵۰۹ |
| عملکرد اجتماعی  | مداخله | ۱۸/۵۴±۳/۵۷    | ۲۰±۲/۹        | -۱/۵            | -۱/۶۵  | ۰/۱۰۹ |
|                 | کنترل  | ۱۸/۰۳±۲/۴۹    | ۱۸/۲۴±۲/۰۹    | -۰/۷            | -۰/۵۳  | ۰/۵۹۴ |
| کیفیت کلی زندگی | مداخله | ۴/۴۸±۳/۰۲     | ۵/۹۶±۲/۸۳     | -۱/۴۸           | -۱۰/۱۸ | ۰/۰۰۱ |
|                 | کنترل  | ۵/۵۷±۲/۶۴     | ۵/۷۸±۲/۸۸     | -۰/۲۱           | -۱/۳۱  | ۰/۱۹۸ |

بعد از مداخله بین دو گروه مداخله و کنترل، میانگین نمرات کیفیت کلی زندگی و همه ابعاد آن به جز بعد سلامت روحی ( $p > 0.05$ ) در سطح ۰/۰۵ معنی دار هستند.

همان طور که در جدول شماره ۳ مشاهده می شود تفاوت بین گروهی نشان داد در مرحله قبل از مداخله در دو گروه مداخله و کنترل، میانگین نمرات کیفیت کلی زندگی و همه ابعاد آن معنی دار نیستند ( $p > 0.05$ ) اما

جدول ۳. مقایسه میانگین نمرات نگرانی از تشنج در مرحله قبل و بعد از مداخله بین دو گروه (تفاوت بین گروهی)

| متغیر          | مرحله         | گروه مداخله | گروه کنترل | Mean Difference | t     | P     |
|----------------|---------------|-------------|------------|-----------------|-------|-------|
| نگرانی از تشنج | قبل از مداخله | ۶/۴۵±۲/۳۶   | ۶/۶±۲/۲۹   | ۰/۱۵            | ۰/۲۱  | ۰/۸۳۰ |
|                | بعد از مداخله | ۷/۱۹±۳/۱۲   | ۵/۴۸±۲/۱۵  | ۱/۷۸            | -۲/۴۵ | ۰/۰۱۷ |
| سلامت روحی     | قبل از مداخله | ۱۸/۰۹±۳/۲۸  | ۱۷/۵۷±۲/۷۳ | -۰/۵۲           | -۰/۶۹ | ۰/۴۹۳ |
|                | بعد از مداخله | ۱۸/۶۷±۳/۱۲  | ۱۷/۸۷±۲/۸۸ | -۰/۷۹           | -۱/۰۶ | ۰/۲۹۳ |
| انرژی/ خستگی   | قبل از مداخله | ۱۶±۲/۲۹     | ۱۴/۶۳±۲/۲۱ | -۱/۳۹           | -۱/۰۹ | ۰/۰۵۱ |
|                | بعد از مداخله | ۱۵/۶۱±۳/۰۴  | ۱۴/۰۳±۲/۰۳ | -۱/۵۸           | -۲/۴۶ | ۰/۰۱۸ |
| عملکرد شناختی  | قبل از مداخله | ۱۷/۸۷±۵/۵۷  | ۱۵/۷۲±۴/۱۴ | -۲/۱۴           | -۱/۷۵ | ۰/۰۸۴ |

|       |       |       |            |            |               |                 |
|-------|-------|-------|------------|------------|---------------|-----------------|
| ۰/۰۰۱ | -۳/۹۱ | -۴/۴۱ | ۱۴/۶۹±۳/۴۱ | ۱۸/۸۳±۴/۹۵ | بعد از مداخله | اثرات دارویی    |
| ۰/۰۹۹ | ۱/۶۷  | ۰/۹۲  | ۹/۶۳±۱/۵۷  | ۸/۷۲±۲/۷۳  | قبل از مداخله |                 |
| ۰/۰۰۲ | ۳/۲۲  | ۱/۷۲  | ۹/۷۸±۱/۶۱  | ۸/۰۶±۲/۵۲  | بعد از مداخله |                 |
| ۰/۰۵۲ | -۱/۹۸ | -۱/۵۱ | ۱۸/۰۳±۲/۴۹ | ۱۸/۵۴±۳/۵۷ | قبل از مداخله | عملکرد اجتماعی  |
| ۰/۰۰۸ | -۲/۷۵ | -۱/۷۵ | ۱۸/۲۴±۲/۰۹ | ۲۰±۲/۹     | بعد از مداخله |                 |
| ۰/۱۲۹ | ۱/۵۴  | ۱/۰۹  | ۵/۵۷±۲/۶۴  | ۴/۴۸±۳/۰۲  | قبل از مداخله |                 |
| ۰/۸۰۲ | -۰/۲۵ | ۰/۱۷  | ۵/۷۸±۲/۸۸  | ۵/۹۶±۲/۸۳  | بعد از مداخله | کیفیت کلی زندگی |

## بحث

هدف از انجام پژوهش حاضر، ارزیابی تأثیر اجرای مدل حمایتی صرع بر ابعاد مختلف کیفیت زندگی بیماران مبتلا به صرع تحت پوشش انجمن صرع خرم‌آباد بود. تحلیل‌ها نشان داد پس از مداخله، میانگین نمرات کیفیت کلی زندگی و اکثر ابعاد آن شامل نگرانی از تشنج، انرژی/خستگی، عملکرد شناختی، اثرات دارویی و عملکرد اجتماعی در گروه مداخله به‌طور معنی‌داری افزایش یافت، درحالی‌که تغییر در بُعد سلامت روانی معنادار نبود. این یافته‌ها بیانگر اثربخشی کلی مداخله حمایتی و در عین حال محدودیت آن در بُعد روانی است.

یافته‌ها نشان دادند که اجرای مدل حمایتی صرع در کاهش نگرانی از تشنج نقش قابل‌توجهی داشته است. میانگین نمرات این بُعد در گروه مداخله از  $۶/۴۵ \pm ۲/۳۶$  پیش از مداخله به  $۷/۱۹ \pm ۳/۱۲$  پس از مداخله افزایش یافت ( $p=۰/۰۰۲$ ). چنین تغییری منعکس‌کننده کاهش اضطراب بیماران نسبت به وقوع حملات تشنجی است. مطالعات ملی و بین‌المللی نیز این نتیجه را تأیید کرده‌اند؛ چرا که کاهش اضطراب ناشی از تشنج مستقیماً با نگرانی مرتبط است؛ اضطرابی که همراه با عوارض دارویی، از تعیین‌کننده‌های اصلی کیفیت زندگی بیماران صرع شناخته شده است (۸). همچنین، موسوی و همکاران (۲۰۲۰) اثربخشی آموزش تلفنی و پیگیری پرستاری را تأیید کردند (۴). این هم‌راستایی با این فرض است که رفتارهای خودمدریتی مؤثر، منجر به کاهش تکرار حملات می‌شوند (۱۸). در مقابل، مطالعه دیلوریو و همکاران (۱۹) تغییری در خودمراقبتی پس از مداخله تلفنی نشان نداد. این مغایرت ممکن است ناشی از تفاوت‌هایی در مکان پژوهش، بستر فرهنگی یا ماهیت مداخلات مورد استفاده باشد. در مجموع، مداخله انجام‌شده از طریق آموزش، حمایت روانی و تعامل مستمر توانسته نگرانی بیماران از تشنج را کاهش دهد.

در بُعد سلامت روانی، بهبودی معنی‌داری مشاهده نشد. این یافته با مطالعه‌ای در مصر (۲۰) که برنامه حمایتی تأثیر مطلوبی بر کاهش اضطراب و افسردگی نداشت، انطباق دارد. همچنین، مطالعه‌ای در هلند (۲۱) نشان داد حمایت‌های روانی پس از سه ماه نه‌تنها تفاوتی ایجاد نکرد، بلکه سلامت روحی بیماران بدتر شد. در مقابل، این نتایج با یافته‌های موسوی و همکاران (۴)، زنجانی و همکاران (۲۲)، انگلند و همکاران (۲۳) و مورتی و همکاران (۲۴) متفاوت بود. احتمالاً این تفاوت‌ها ریشه در این حقیقت دارد که تأثیر واقعی تنش‌ها به یک اندازه بر همه افراد اعمال

نمی‌شود و عواملی مثل سن، نیازها، فرهنگ‌ها و نگرش‌ها، نتایج مداخله را تحت‌تأثیر قرار می‌دهند (۲۵).

نتایج حاکی از بهبود در بُعد انرژی/خستگی با اجرای مدل حمایتی بود. این یافته با نتایج موسوی و همکاران (۴) همسو است. مداخلات آموزشی به توانایی تطبیق با بیماری و بهبود وضعیت فیزیکی بیماران کمک می‌کند. این امر با تأثیر مثبت برنامه‌های آموزشی گروهی بر تناسب فیزیکی و کنترل خستگی بیماران صرع که توسط فوتین و همکاران گزارش شده، مطابقت دارد (۱۰). مطالعه احمدی و همکاران (۲۶) نیز اثربخشی برنامه خودمدریتی را در کاهش خستگی در بیماران داسی‌شکل تأیید کرد. در مطالعه حاضر از تکنیک روان‌درمانی در جلسات آموزشی برای کنترل خستگی استفاده شد، که هدف آن کمک به بیماران در مدیریت سطح خستگی از طریق ساده‌سازی کارها و برنامه‌ریزی است. فلاتا و همکاران (۲۷) معتقدند که خستگی ارتباط مستقیمی با ناراحتی‌های روانی دارد و لگوکینا و همکاران (۹) بر گسترش استراتژی‌های حفظ انرژی تأکید داشته‌اند؛ زیرا توانایی انجام فعالیت‌های روزانه، سطح انرژی قابل‌دسترس برای سایر فعالیت‌ها و مراقبت از خود را افزایش می‌دهد.

در خصوص تأثیر اجرای مدل حمایتی صرع بر بُعد عملکرد شناختی، مطالعه داکن و همکاران (۲۸) نشان داد مداخله حمایت اجتماعی سبب بهبود قابل‌توجهی در گروه آزمون می‌شود که با نتایج مطالعه حاضر هم‌سو بوده است. همچنین، نتایج مطالعه موسوی و همکاران (۴) و حاجی‌لو و همکاران (۲۹) با نتایج مطالعه حاضر همسو است. در مقابل، مطالعه صالح‌زاده و همکاران (۳۰) نشان داد مداخله آموزشی آنها بر زیرمقیاس شناختی مؤثر نبوده است که این مغایرت ممکن است به جامعه پژوهش (بیماران مقاوم به دارو) مربوط باشد.

اجرای مدل حمایتی در بُعد اثرات دارویی، منجر به بهبود معنی‌دار شد و با نتایج مطالعات متعددی همسو بود. موسوی و همکاران (۴) اثربخشی آموزش تلفنی پرستاران را در تبعیت دارویی تأیید کردند. حمایت اجتماعی با بُعد اثرات دارویی هم‌بستگی مثبت دارد (۳۱). آموزش موجب بهبود پایبندی به دارو شده است (۱۳، ۳۲، ۳۳). مطالعه داش و همکاران (۳۴) نیز افزایش نمرات پایبندی به دارو را پس از برنامه آموزشی چهره به چهره گزارش کرد. تنها مطالعه گبر و همکاران (۳۵) مغایر بود که دلیل آن را تفاوت در محیط مطالعه، نوع آموزش و وضعیت اجتماعی بیماران دانستند. این یافته‌ها بر اهمیت رویکردهای جامع در مدیریت صرع تأکید دارد (۲۰، ۲۱).

## ملاحظات اخلاقی

### پیروی از اصول اخلاق پژوهش

این پژوهش پس از اخذ تأییدیه کمیته اخلاق و دریافت کد اخلاق به شماره IR.IAU.NAJAFABAD.REC.1403.089 از دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف آباد و کسب مجوزهای لازم از معاونت پژوهشی، با رعایت کامل اصول بیانیه هلسینکی انجام شد. همه شرکت کنندگان پیش از آغاز مطالعه، ضمن آگاهی از اهداف و فرایند پژوهش، رضایت نامه کتبی آگاهانه را امضا نمودند. ضمن تضمین محرمانگی کامل اطلاعات و هویت مشارکت کنندگان، به آنان حق انصراف از ادامه همکاری در هر مرحله از پژوهش اعطا گردید.

## حامی مالی

این تحقیق هیچ کمک مالی خاصی از سازمان های تأمین مالی در بخش های عمومی، تجاری و غیرانتفاعی دریافت نکرد.

## مشارکت نویسندگان

طراحی و نظارت: م ج؛ جمع آوری داده ها: ط م؛ آنالیز و تفسیر داده ها: م ج و ف س؛ کلیه نویسندگان متن نهایی مقاله را خوانده و تأیید کرده اند.

## تعارض منافع

نویسندگان اعلام می کنند که هیچ گونه تضاد منافی در این مطالعه وجود ندارد.

## در دسترس بودن داده ها

مجموعه داده های جمع آوری شده و تجزیه و تحلیل شده در طول مطالعه کنونی به دلیل لزوم اطمینان از محرمانگی شرکت کنندگان و قوانین کشور، در دسترس عموم نیستند، اما بنا به درخواست منطقی از نویسنده مسئول در دسترس قرار خواهند گرفت.

## تشکر و قدردانی

مقاله حاضر مستخرج از پایان نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول در دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف آباد است. نویسندگان اظهار می دارند که این مقاله فاقد هرگونه تعارض منافع است و هیچ منبع مالی از سوی نهادهای دولتی، خصوصی یا دانشگاهی برای انجام آن دریافت نشده است. از معاونت پژوهش و فناوری دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف آباد برای حمایت معنوی از این تحقیق، و همچنین از بیماران مبتلا به صرع شرکت کننده، که با همکاری ارزشمند خود امکان اجرای این مطالعه را فراهم کردند، تقدیر و تشکر می گردد.

عملکرد اجتماعی بهبود معنی داری پس از اجرای مدل حمایتی نشان داد. این یافته با نتایج مطالعات پیشین هم سویی قابل توجهی دارد و با مطالعه هنری و همکاران (۳۶) مشابهت دارد که بهبود عملکرد اجتماعی را در گروه آزمون نشان داد. همچنین، ریدسدال و همکاران (۳۷) بیان کردند که ارائه آموزش های چندرسانه ای موجب افزایش تعاملات و عملکرد اجتماعی گردیده است. این هم سویی در مطالعات حسینی و همکاران (۳۸) و کیسانی و همکاران (۱۲) نیز مشاهده شد. استدلال می شود که این توافق گسترده ناشی از این حقیقت باشد که آموزش ها، ابزارهای عملی لازم برای مدیریت موقعیت های اجتماعی استرس زا را فراهم می آورند.

نمره کلی کیفیت زندگی پس از برنامه حمایتی افزایش معنی داری داشت. این یافته با نتایج فونتین و همکاران (۱۰)، رضایی و همکاران (۳۹) و بوژان و همکاران (۴۰) هم سو است. در راستای پژوهش حاضر، نتایج مطالعه رحیم پور و همکاران (۴۱) نیز افزایش کیفیت زندگی را در گروه مداخله گزارش کرد. دلیل این هم سویی آن است که با آموزش و اجرای مدل حمایتی، بیماران مشکلات و دغدغه های خود را در میان گذاشته و احساس نیاز و وابستگی به اطرافیان در آن ها کاهش یافته و عزت نفس افزایش می یابد (۴۲، ۴۳).

## نتیجه گیری

یافته های مطالعه حاکی از آن است که در رابطه با فرضیه پژوهش، یعنی، «اجرای مدل حمایتی صرع بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به صرع انجمن صرع خرم آباد در سال ۱۴۰۳ مؤثر است»، این فرضیه پذیرفته می شود؛ زیرا برنامه حمایتی پژوهشگر بر بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به صرع مؤثر بوده است. مداخله مدل حمایتی باعث بهبود کیفیت زندگی بیماران گردیده است. لذا، نتایج این پژوهش می تواند به عنوان بخشی از برنامه درمانی کل نگر، راهنمایی برای راه اندازی یک واحد متمرکز جهت آموزش و حمایت بیماران صرعی باشد. این واحد می تواند به صورت پیوسته، علاوه بر حمایت از بیماران، آموزش بهداشت روان و کمک به سلامت جسم را فراهم آورده و نیازهای ایشان در زمینه آگاهی از بیماری و مشارکت در برنامه مراقبتی مرتبط را رفع نماید (با تأکید بر اهمیت آموزش های انفرادی و گروهی). همچنین، مدیران پرستاری می توانند برپایه این گونه پژوهش ها، برنامه آموزشی مورد نیاز برای پرستاران بالینی را به منظور برقراری ارتباط مؤثر و انتقال دانش لازم به خانواده این بیماران تدوین نمایند.

از محدودیت های این مطالعه احتمال عدم تمایل به همکاری بیماران و خروج آنان از مطالعه به دلیل طولانی بودن زمان پژوهش بود که سعی شد با برقراری ارتباط مستمر و تبیین اهداف پژوهش نسبت به جلب همکاری آنان اقدام شود. همچنین محدودیت های دیگر این مطالعه کوچک بودن حجم نمونه (۶۰ نفر در دو گروه مداخله و کنترل) و محدود بودن به بیماران مبتلا به صرع انجمن صرع خرم آباد بوده است.

### References

1. Moghaddasi R, Ghotbeddin Z, Moazedi AA, Akhond MR. Study of anticonvulsant effects of carbamazepine during epileptic process by unilateral kindling of ca1 dorsal hippocampus in adult male rats. *Med Sci*. 2021;13(3):95–101. [[10.52547/nkums.13.3.95](#)]
2. Feigin VL. Global regional and national burden of epilepsy 1990–2016: a systematic analysis for the global burden of disease study 2016. *Lancet Neurol*. 2021;20(7):532–48. [[10.1016/S1474-4422\(18\)30454-X](#)] [[PMID](#)]
3. World Health Organization. Epilepsy [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2024 [updated 2024 Feb 15; cited 2026 Sep 15]. [[Link](#)]
4. Mousavi SK, Kamali M, Azizkhani H. The effect of patient education and nurse-led telephone follow-up (tele nursing) on quality of life in patients with epilepsy. *JNE*. 2020;9(4):62–71. [[Link](#)]
5. Klein P, Tyrlikova I. No prevention or cure of epilepsy as yet. *Neuropharmacology*. 2020;168:107762. [[10.1016/j.neuropharm.2019.107762](#)] [[PMID](#)]
6. Kazmi SMA, Chattha AH, Afzal H, Karim, R, Akhtar H. Living with epilepsy: psychosocial and clinical determinants of quality of life in patients with epilepsy: psychosocial and clinical determinants in epilepsy. *Paki J Health Sci*. 2023;175–9. [[Link](#)]
7. WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*. 1995;41(10):1403–9. [[10.1016/0277-9536\(95\)00112-k](#)] [[PMID](#)]
8. Yogarajah M, Mula M. Social cognition, psychiatric comorbidities, and quality of life in adults with epilepsy. *Epilepsy Behav*. 2019;100:106321. [[10.1016/j.yebeh.2019.05.017](#)] [[PMID](#)]
9. Lagogianni C, Gatzonis S, Patrikelis P. Fatigue and cognitive functions in epilepsy: a review of the literature. *Epilepsy Behav*. 2021;114:107541. [[10.1016/j.yebeh.2020.107541](#)] [[PMID](#)]
10. Fontaine S, Gautier L, Diependaele AS, Hamieh M, Morello R, Guillouët S, et al. Impact of educational actions on the quality of life of patients with epilepsy: a randomised controlled trial. *Epilepsy Res*. 2023;192:107128. [[10.1016/j.epilepsyres.2023.107128](#)] [[PMID](#)]
11. Huang Y, Zhang M, Liu T. Effects of self-management education on quality of life in patients with epilepsy: A systematic review and meta-analysis. *Epilepsy Behav*. 2025 Jul;168:110393. [[10.1016/j.yebeh.2025.110393](#)] [[PMID](#)]
12. Jannah AH, Devianca N, Andrajati R, Octaviana F, Wiratman W, Indrawati LA, Harsono AR, Hakim M, Safri AY, Fadli N, Budikayanti A. Medication adherence in epilepsy: the role of adverse drug reactions and patient knowledge-attitude-behavior. *Acta Epileptol*. 2026 Jan 4;8(1):1. doi: [[10.1186/s42494-025-00237-z](#)] [[PMID](#)]
13. Patterson GM, McLean S, Millingen KS. A randomised trial of strategies to improve patient compliance with anticonvulsant therapy. *Epilepsia*. 2019;25(4):412–7. [[10.1111/j.1528-1157.1984.tb03436.x](#)] [[PMID](#)]
14. Hosseini N, Sharif F, Ahmadi F, Zare M. Determining the disease management process for epileptic patients: a qualitative study. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2016; 21(1):54–62. [[10.4103/1735-9066.174748](#)] [[PMID](#)]
15. Hosseini N, Sharif F, Ahmadi F, Zare M. Patients' perception of epilepsy and threat to self-identity: a qualitative approach. *Epilepsy Behav*. 2013;29(1):228–33. [[10.1016/j.yebeh.2013.06.003](#)] [[PMID](#)]
16. Haji A, Mahmoud F. Relationship of social support and self-management with quality of life in patients with epilepsy. *J Health Care*. 2015;17(3):240–7. [[Link](#)]
17. Montazeri A, Thoghae M, Vahdaninia M, Ebrahimi F. Psychometric properties of the Iranian version of quality of life in epilepsy inventory 31-Item. *Payesh*. 2010;9(4):417–24. [[Link](#)]
18. Mehrabi F. The effectiveness of mindfulness intervention based on stress reduction on quality of life and the number of seizure attacks in patients with epilepsy. *Shenakht J Psychol Psychiatry*. 2020; 6(1): 152–9. [[Link](#)]
19. Dilorio C, Escoffery C, McCarty F, Yeager KA, Henry TR, Koganti A, et al. Evaluation of webEase: an epilepsy self-management website. *Health Educ Res*. 2008; 23(2):185–97. [[10.1093/her/cyn012](#)] [[PMID](#)]
20. Abdel-Aziz R, Al-Aqeel S, Baz S. The impact of a pharmacist-led educational interview on medication adherence of Saudi patients with epilepsy. *Patient Pref Adherence*. 2017;11:959–64. [[10.2147/PPA.S124028](#)] [[PMID](#)]
21. de la Torre-Luque A, Gambará H, López E, Cruzado JA. Psychological treatments to improve quality of life in cancer contexts: A meta-analysis. *Int J Clin Health Psychol*. 2016 May-Aug;16(2):211–219. [[10.1016/j.ijchp.2015.07.005](#)] [[PMID](#)]
22. Zanjani F, Mohammad Khan Kermanshahi S, Gholami Fesharaki M. The effect of health promotion Support program on quality of life in patients with type 2 diabetes. *Qom Univ Med Sci J*. 2021;15(4):296–305. [[10.32598/qums.15.4.296](#)]
23. England MJ, Liverman CT, Schultz AM, Strawbridge LM. Epilepsy across the spectrum: promoting health and understanding: a summary of the Institute of Medicine report. *Epilepsy Behav*. 2012;25(2):266–76. [[10.1016/j.yebeh.2012.06.016](#)] [[PMID](#)]
24. Murthy MKS, Govindappa L, Marimuthu P, Dasgupta M. Exploring knowledge, attitude, and practices in relation to epilepsy among undergraduates for effective health promotion: Initial evaluation. *J Educ Health Promot*. 2019;8(1):122. [[10.4103/jehp.jehp\\_435\\_18](#)] [[PMID](#)]
25. Ghaffari M, Sadeghi B, Dadipoor S, Safari-Moradabadi A. Enhancing physical activity participation among female employees: evaluating the effectiveness of an educational intervention. *Health Educ Res*. 2024; 39(3):262–71. [[10.1093/her/cyae016](#)] [[PMID](#)]
26. Ahmadi M, Shariati A, Jahani S, Poormansouri S. Self-efficacy following the self-management training program in patients with sickle cell disease (24 weeks of follow-up). *Avicenna J Nurs Midwifery Care*. 2021; 22(4):12–22. [[Link](#)]

27. Fallatah AM, Albadrani MR, Alsalman SA, Almasuad WK, Hamhom AM, Almarshedy SM, Alsallom FA, Bamogaddam FA, Alhameed MH, Aldosari MM. Beyond Seizures: The hidden burden of fatigue in epilepsy. *Neurosciences (Riyadh)*. 2025 Oct;30(4):278-285. [[10.17712/nsj.2025.4.20250011](#)] [[PMID](#)]
28. ME D, M Z. The mediating role of social support in the relationship between psychosocial problems and sleep patterns of adolescents with epilepsy. *Epilepsy Behav*. 2024;152:109656. [[10.1016/j.yebeh.2024.109656](#)] [[PMID](#)]
29. Hajilou M, Ahadi H, Seirafi M, Shahbeigi S, Poor AR. The effectiveness of stress management training based on cognitive-behavioral model on quality of life in patients with MS. *J Psychol Sci*. 2022;17(72):893-7. [[Link](#)]
30. Salehzadeh M. Effectiveness of cognitive-behavioral group therapy with focusing on dysfunctional attitudes in epilepsy on quality of life in intractable Epileptic patients. *Int J Behav Sci*. 2022;4(4):255-60. [[Link](#)]
31. Hajiafsar S, Mahmoud Fakhe H, Nouri F. Relationship of social support and self-management with quality of life in patients with epilepsy. *J Health Care*. 2018;17(3):240-7. [[Link](#)]
32. Al-Ajmi R, Al-Aqeel S, Baz S. The impact of a pharmacist-led educational interview on medication adherence of Saudi patients with epilepsy. *Patient Prefer Adherence*. 2017;11:959-64. [[10.2147/PPA.S124028](#)] [[PMID](#)]
33. Li J, Si Y, Hu J, Liu L, Deng Y, He J, et al. Enhancing medical compliance of patients with convulsive epilepsy in rural community: a randomized intervention trial. *Epilepsia*. 2018;54(11):1988-96. [[10.1111/epi.12382](#)] [[PMID](#)]
34. Dash D, Sebastian TM, Aggarwal M, Tripathi M. Impact of health education on drug adherence and self-care in people with epilepsy with low education. *Epilepsy Behav*. 2019;44:213-7. [[10.1016/j.yebeh.2014.12.030](#)] [[PMID](#)]
35. Gabr WM, Shams ME. Adherence to medication among outpatient adolescents with epilepsy. *Saudi Pharm J*. 2015 Jan;23(1):33-40. [[10.1016/j.jsps.2014.05.003](#)] [[PMID](#)]
36. Honari B, Homam SM, Nabipour M, Mostafavian Z, Farajpour A, Sahbaie N. Epilepsy and quality of life in Iranian epileptic patients. *J Patient Rep Outcomes*. 2021 Jan 28;5(1):16. [[10.1186/s41687-021-00292-3](#)] [[PMID](#)]
37. Ridsdale L, Philpott SJ, Krooupa AM, Morgan M. People with epilepsy obtain added value from education in groups: results of a qualitative study. *Eur J Neurol*. 2017 Apr;24(4):609-616. [[10.1111/ene.13253](#)] [[PMID](#)]
38. Hosseini N, Mokhtari S, Momeni E, Vossoughi M, Berekatian M. Effect of motivational interviewing on quality of life in patients with epilepsy. *Epilepsy Behav*. 2016 Feb;55:70-4. doi: [[10.1016/j.yebeh.2015.10.012](#)] [[PMID](#)]
39. Rezaee N, Poyamoghadam S, Navidian A, Ghaljeh M. Comparing quality of life therapy and a psychoeducational intervention on burden of family caregivers of patients with severe mental illness. *Payesh*. 2021; 20 (1):71-80 [[Link](#)]
40. Bujan Kovač A, Petelin Gadže Ž, Tudor KI, Nanković S, Šlentić V, Poljaković Z, Mrak G, Mudrovčić M, Brezak I, Mijatović D, Đerke F, Desnica A, Nemir J, Čajić I, Nimac Kozina P, Đapić Ivančić B, Radić B, Hajnšek S. Quality of life in patients with epilepsy single centre experience. *Acta Clin Croat*. 2021 Dec;60(Suppl 3):16-24. [[10.20471/acc.2021.60.s3.02](#)] [[PMID](#)]
41. Rahimpour Moradi, Adeleh, 1400, Quality of life in children with epilepsy, 18th International Epilepsy Congress, Tehran. [[Link](#)]
42. mousavi K, Kamali M, azizkhani H. The Effect of Patient Education and Nurse- led Telephone Follow-up (Tele nursing) on Quality of Life in Patients with Epilepsy. *3 JNE* 2020; 9 (4) :62-71 [[Link](#)]
43. Safi, F., Areshtanab, H.N., Ghafourifard, M. et al. The association between self-efficacy, perceived social support, and family resilience in patients undergoing hemodialysis: a cross-sectional study. *BMC Nephrol* 25, 207 (2024). [[10.1186/s12882-024-03629-4](#)]



Authors retain the copyright and full publishing rights. Published by [Ahvaz Jundishapur University of Medical Science](#). This article is an open access article licensed under the Creative Commons Attribution-NonCommercial4.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>).