

اثربخشی آموزش تنظیم هیجان بر سلامت روان دختران مصروع

لیلا اسماعیلی^۱، دکتر اصغر آقایی^۲، دکتر محمدرضا عابدی^۳

و دکتر مریم اسماعیلی^۴

هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی آموزش تنظیم هیجان بر سلامت روان دختران مصروع ۱۴ تا ۱۸ ساله ی شهر اصفهان بود. بدین منظور، از بین دختران نوجوان مصروع ۱۴ تا ۱۸ ساله ی شهر اصفهان، ۳۰ نفر به شیوه ی نمونه ی در دسترس، انتخاب شدند و با روش تصادفی در گروه های آزمایش و کنترل مورد آزمون قرار گرفتند. مداخلات آموزش تنظیم هیجان، به مدت ۱۲ جلسه روی گروه آزمایش انجام گرفت و نتایج، نشان داد که مداخله با روش تنظیم هیجان در مقایسه با گروه کنترل، در مرحله ی پیش آزمون- پس آزمون و پیش آزمون- پی گیری بر افزایش سلامت روان دختران مصروع موثر بوده و نمره های شکایت جسمانی، حساسیت در روابط متقابل اضطراب، پرخاشگری و روان پریشی، در مرحله ی پس آزمون کاهش معناداری پیدا کرده است.

واژه های کلیدی: تنظیم هیجان، صرع، سلامت روان.

مقدمه

شواهد، حاکی از آن است که انسان ها با یک سری پاسخ های هیجانی اولیه متولد می شوند و اگر چه این پاسخ های هیجانی در همه ی فرهنگ ها و جوامع مشابه است و در پاسخ به محرک های درونی و بیرونی رخ می دهد اما افراد، راهبردهای متفاوتی را در پاسخ به محرک ها می آموزند. بنابراین، هیچ گاه دو فرد پاسخ های هیجانی یکسانی به یک محرک از خود نشان نمی دهند (کوردوا، وارن، و گی^۵، ۲۰۰۵). پاسخ های هیجانی، اطلاعات مهمی درباره ی تجربه ی فرد در

دریافت مقاله: May 02, 2011
پذیرش مقاله: June 29, 2011

۱. کارشناس ارشد روان شناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان) l_es_2010@yahoo.com

۲. دانشیار گروه روان شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)

۳. دانشیار گروه مشاوره ی دانشگاه اصفهان

۴. دکتری روان شناسی دانشگاه اصفهان

ارتباط با دیگران فراهم می‌کند. با این اطلاعات، انسان‌ها یاد می‌گیرند که در مواجهه با هیجانات چگونه رفتار کنند، چگونه تجارب هیجانی را به صورت کلامی بیان کنند، چه راهکارهایی را در پاسخ به هیجان‌ها به کار برند و در زمینه‌ی هیجان‌های خاص، چگونه با دیگران رفتار کنند. بررسی متون و مطالعات روان‌شناختی، نشان می‌دهد که تنظیم هیجان، عامل مهمی در تعیین سلامتی و داشتن عملکرد موفق در تعاملات اجتماعی است (سیجیتی و همکاران^۱، ۱۹۹۵؛ تامپسون^۲، ۱۹۹۴). هیجان، در تمام اختلال‌های عاطفی نقش به‌سزایی دارد. روان‌گسیختگی، در برگیرنده‌ی تغییرات هیجانی است؛ روان‌آزردگی، به اضطراب وابسته است؛ جامعه‌ستیزی، ریشه در فقدان آشکار هیجان دارد؛ اختلال‌های روانی عمومی و انواع رفتارهای نابهنجار، ریشه در مشکلات هیجانی دارد و حتی عقب‌ماندگی ذهنی، غالباً به عنوان عقب‌ماندگی‌های هیجانی در نظر گرفته می‌شود (گروس^۳، ۱۹۹۸).

هیجان، نقش اساسی در اختلال‌های روانی ایفا می‌کند. ناهماهنگی‌های هیجانی در تمام اختلال‌های محور I (به جز عقب‌ماندگی ذهنی) و نیمی از اختلال‌های محور II (اختلال‌هایی که در خلال دوره‌ی کودکی بروز می‌کند، اختلالات شخصیت و عقب‌ماندگی ذهنی) بروز می‌کند (آلدایو^۴، ۲۰۱۰). صرع نیز یکی از اختلال‌هایی است که می‌تواند با هیجان ارتباط داشته باشد.

صرع، در سال ۲۰۰۵، توسط انجمن بین‌المللی مقابله با صرع به عنوان یک اختلال مغزی که با آمادگی مداوم برای بروز حملات صرعی و پیامدهای عصب‌شناختی، شناختی، روان‌شناختی و اجتماعی ناشی از این شرایط مشخص می‌شود، توصیف شد. این تعبیر و تفسیر جدید از بیماری براهمیت جنبه‌های عصب‌روان‌شناختی و رفتاری صرع، تاکید دارد (هنری^۵ و همکاران، از رینولد^۶، ۲۰۰۹).

مطالعات، تخمین زده است که ۱/۵ تا ۵ درصد از هر جمعیتی در یک زمان خاص، مبتلا به تشنج می‌شوند (والتر و همکاران^۷، ۲۰۰۸) و میزان شیوع و بروز صرع در کشورهای در حال پیشرفت بیشتر است (بارن^۸ و همکاران، ۲۰۰۵). دسترسی محدود به مراقبت‌های بهداشتی و آسیب‌های هنگام تولد و ضربه‌ی سر از عوامل مستعدکننده‌ی صرع تلقی می‌شود. همچنین، افزایش میزان عفونت مغزی منجر به افزایش میزان صرع می‌شود (برودی و کوان^۹، ۲۰۰۵). مبتلایان به صرع، ممکن است

1. Cicchetti
2. Tompson

3. Gross
4. Aldao

5. Henry
6. Reynold

7. Walter
8. Burn

9. Brodie & Kwan

انزوای اجتماعی و مشکلاتی در تحصیل، اشتغال و زندگی خانوادگی داشته باشند (بیشاپ و آلن^۱، ۲۰۰۳). در بسیاری از مبتلایان به صرع، ماهیت اجتماعی بیماری، یک معضل محسوب می‌شود. باندستورا^۲ و همکاران (۲۰۰۸) نشان دادند که ۲۵ درصد از بالغین مبتلا به صرع، یک برچسب اجتماعی را در نتیجه بیماری خود تجربه می‌کنند. در واقع این بیماری، در معرض طیف وسیعی از اختلالات روانی شامل اضطراب و اختلال شخصیت قرار دارد (پاولی^۳ و استفان، ۲۰۰۹). اداره ی صرع، نیازمند توجه به مشکلات روانی- اجتماعی و ایجاد برنامه‌های آموزشی مناسب است که دانش بیشتر در زمینه ی این عوامل را می‌طلبد (تولستا و زاروبوا^۴، ۲۰۰۹). کاهش عزت نفس افسردگی اضطراب، انزوای اجتماعی و محدودیت‌های متعدد، از جمله مشکلاتی است که کودکان و نوجوانان مصروع با آن دست به گریبانند.

اثربخشی آموزش های شناختی- رفتاری در افزایش بهداشت روانی مصروعین در مطالعات متعدد مورد بررسی قرار گرفته است. آقایی (۲۰۰۲) نشان داده است که روان درمانی (شامل آموزش خانواده و رفتار درمانی با تاکید بر تکنیک آرامش عضلانی) برخی از اختلالات روانی- عاطفی کودکان مصروع از جمله بیش فعالی و فوبی خاص را کاهش می‌دهد. تیلور^۵ (۲۰۰۰) نیز به این نتیجه رسیده است که کودک و نوجوان مصروع در شرایط گروهی، احساس مثبتی پیدا می‌کنند و اسنید^۶ و همکاران (۲۰۰۴) نشان دادند که مداخله ی گروهی در نوجوانان مبتلا به صرع، باعث افزایش تمایل آن‌ها به بهتر کردن کیفیت زندگی می‌شود.

مارتینوویک^۷ (۲۰۰۱) با بررسی تاثیر روان درمانی روی نوجوانان و جوانان مصروع نشان داد که درمان رفتاری، به طور چشمگیری ترس را کاهش می‌دهد. گلدشتاین^۸ و همکاران (۲۰۰۳) رفتار درمانی شناختی را برای افراد مبتلا به حملات صرعی مزمن و با کنترل‌پذیری کم، همراه با مشکلات روان پزشکی و مسایل روانی اجتماعی، به کار گرفتند. بیماران، گزارش کردند که مسایل مرتبط با صرع، کمتر از گذشته بر زندگی روزانه ی آن‌ها تاثیر داشته و مشکلات روان شناختی، کمتر از قبل زندگی روزانه ی آن‌ها را دچار آسیب کرده است. مارتینوویک و همکاران (۲۰۰۶) با بررسی احتمال پیشگیری از افسردگی در بین نوجوانان مبتلا به صرع، گزارش کردند که در مقایسه با گروه

1. Bishop & Allen
2. Bandstra

3. Pauli & Stefan
4. Tlusta & Zarubova

5. Taylor
6. Snead

7. Martinovic
8. Goldstein

کنترل، علایم افسردگی در گروه درمان به میزان معناداری کاهش می یابد و نمرات کلی کیفیت زندگی به طور معناداری با بهبود خلق، همبستگی نشان می دهد. از آنجا که نوجوانی، دوره ای است که در آن تغییرات جسمی، روانی و اجتماعی با هیجانات شدید همراه است و بسیاری از دستگاه های عصبی یا شناختی که هیجان را کنترل می کنند، در ضمن این دوره به رشد می رسند (هوپر^۱ و همکاران، ۲۰۰۴)؛ توجه به راه های مقابله با هیجان به هنگام مواجهه با رخدادهای منفی زندگی در این دوره، می تواند دارای اهمیت باشد زیرا بین مشکلات درون ریز و فرایند تفکر منفی یا تحریف های شناختی افراد، رابطه ی قوی وجود دارد (رونان و کندال^۲، ۱۹۹۷). هدف اصلی این پژوهش، پاسخ گویی به این سوال است که آیا آموزش تنظیم هیجان بر سلامت روان دختران مصروع ۱۴ تا ۱۸ ساله موثر است؟

روش

جامعه ی آماری، نمونه و روش نمونه گیری

جامعه ی آماری این پژوهش، شامل دختران نوجوان مصروع (با تشخیص متخصص مغز و اعصاب و الکترو آنسفالو گرافی) ۱۴ تا ۱۸ ساله ی شهر اصفهان در سال ۱۳۸۹ بود. نمونه ی این پژوهش، ۴۰ نفر از مراجعه کنندگان به انجمن صرع اصفهان، بیمارستان الزهرا و همچنین مطب پزشکان متخصص مغز و اعصاب شهر اصفهان بودند. این گروه به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه کاربندی شدند. ملاک های ورود به این پژوهش عبارت بود از: جنسیت مونث، دامنه ی سنی ۱۴ تا ۱۸ سال، تحصیل بالاتر از سیکل، ابتلا به صرع بر اساس تشخیص متخصص مغز و اعصاب و الگوی الکترو آنسفالو گرافی (EEG) که حداقل ۶ ماه از تشخیص حملات صرع آن ها سپری شده باشد درمان دارویی شروع شده و بیماری تحت کنترل باشد. ملاک های خروج از این پژوهش، عبارت بود از عقب ماندگان ذهنی و بیماران مبتلا به اختلالات روانی.

ابزار

پرسشنامه ی سیاهه ی نشانگان *SCL-90-R*: این آزمون، یک ابزار خودسنجی است که شامل ۹۰ سوال بوده و توسط خود آزمودنی ها تکمیل می شود. این آزمون، علایم روانی را در ۹ بعد شکایت جسمانی، وسواس، اجبار، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس

1. Hooper

2. Ronan & Kendall

مرضی، افکار پارانوئیدی و روان پریشی ارزیابی می کند. به طور معمول پاسخ دهی به این آزمون ۱۰ الی ۱۵ دقیقه زمان نیاز دارد و پاسخ هر سوال، دارای یک طیف ۵ درجه‌ای از «به هیچ وجه» تا «بسیار زیاد» است. این آزمون در ایران هنجار یابی شده و پایایی و اعتبار این پرسشنامه در خارج و داخل مورد تایید قرار گرفته است (به کیش، ۱۹۹۴).

شیوه ی اجرا

ابتدا روش مداخله ی تنظیم هیجان بر اساس دستور العملی (آلن، مک هاگ و بارلو، ۲۰۰۹) که در دانشگاه بوستون تهیه شده بود از ترجمه ی فارسی آن و با شرایط فرهنگی متناسب سازی شد. آموزش تنظیم هیجان به صورت گروهی در ۱۲ جلسه ی آموزشی ۹۰ دقیقه ای برای آزمودنی های گروه آزمایش اجرا شد. روش کار به تفکیک جلسات در جدول ۱ ارایه شده است.

جدول ۱: عناوین و موضوعات کلی جلسات آموزش گروهی تنظیم هیجان

ردیف	عنوان	دستور جلسه	تکلیف
اول	معرفی جلسات تنظیم هیجان	۱- معرفی و آشنایی با اعضای گروه ۲- بیان قواعد گروه و اهداف ۳- معرفی دوره و ضرورت تنظیم هیجان	اعضای گروه، اهداف خود را برای شرکت در جلسات یادداشت کنند.
دوم	۱- هیجان نرمال و هیجان مشکل آفرین ۲- خودآگاهی هیجانی	۱- آموزش و معرفی هیجان ۲- شناسایی و نامگذاری و برچسب زدن به احساسات ۳- تمایز میان هیجان های مختلف ۴- شناسایی هیجان در حالات فیزیکی و روان شناختی ۴- عوامل موفقیت در تنظیم هیجان	شناسایی بیشترین احساسات و هیجان هایی که در روابط روزمره تجربه می کنند.
سوم	هیجانان بیماری زا و ضرورت درمان	۱- پیامدهای شناختی واکنش های هیجانی ۲- پیامدهای فیزیولوژیک واکنش های هیجانی ۳- پیامدهای رفتاری واکنش های هیجانی و رابطه ی این سه با هم	تکمیل فرم خود کاوی
چهارم	علائم اختلال هیجانی و درمان مناسب و علل اختلال هیجانی	۱- معرفی علائم جسمانی، علائم رفتاری و علائم شناختی ۲- معرفی درمان روان شناختی (شناختی- رفتاری) ۳- ژنتیک و محیط و تاثیرپذیری افراد از این دو	تکمیل فرم های خود کاوی
پنجم	خطاهای شناختی و شاخص های اختلال هیجانی	۱- معرفی دو خطای شناختی رایج ۲- معرفی هیجان و اجتناب به عنوان شاخص های اختلال هیجانی	تکمیل فرم های خود کاوی
ششم	داستان اختلالات هیجانی	۱- آگاهی از رابطه ی میان هیجان ها و رفتار، هیجان و فکر ۲- شناخت و بررسی افکار اتوماتیک	تکمیل فرم های خود کاوی

ادامه ی جدول ۱

هفتم	تفسیرها	آگاهی از رابطه میان افکار اتوماتیک، تفسیرها و رفتار	تکمیل فرم‌های خود کاوی
هشتم	تغییر و اصلاح تفاسیر	انعطاف‌پذیری در تفسیر و در نظر گرفتن گستره‌ای از احتمالات	تکمیل فرم‌های خود کاوی
نهم	رفتارهای ناشی از هیجان	۱- آگاهی از پیامدهای اجتناب هیجانی ۲- آگاهی و تجربه ی هیجان یا سرکوب هیجان	تکمیل فرم‌های خود کاوی
دهم	۱- رویارویی از درون ۲- رویارویی با هیجان	۱- هیجان با تمرکز بر احساسات جسمی ۲- انجام مواجهه و توجه دقیق به تمام موانع یا رفتارهای اجتنابی ۳- تفسیر مجدد ۴- ارزیابی مجدد	تکمیل فرم‌های خود کاوی
یازدهم	فرض‌ها و اصول و باورهای هسته ای	۱- معرفی باورهای مربوط به طردشدگی ۲- معرفی باورهای مربوط به درماندگی ۳- شناسایی باورهای هسته ای	تکمیل فرم‌های خود کاوی
دوازدهم	تغییر باورهای هسته ای	۱- شکستن باورهای هسته‌ای مشکل زا و جایگزین کردن باورهای جدید	تکمیل فرم‌های خود کاوی

یافته‌ها

در جدول ۲، اطلاعات توصیفی مربوط به نمره ی کل سلامت روان و خرده مقیاس‌های آن در سه مرحله ی پیش آزمون، پس آزمون و پی گیری نشان داده شده است.

جدول ۲: مقایسه ی میانگین و انحراف معیار گروه‌های کنترل و آزمایش در نمرات کل سلامت روان و خرده مقیاس‌های آن در مرحله ی پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

خرده مقیاس‌ها	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
شکایت جسمانی	۹/۲۶	۲/۷۵	۵/۸۶	۶/۹۵	۶/۸۶	۸/۰۳
	۷/۹۳	۱/۰۴	۹/۴۰	۶/۳۴	۹/۳۳	۵/۶۱
وسواس	۱۰/۱۳	۲/۱۲	۶/۱۳	۵/۹۸	۸/۹۳	۷/۴۳
	۸/۶۶	۱/۵۷	۸/۲۶	۵/۸۱	۶/۲۰	۳/۵۲
حساسیت در روابط متقابل	۸/۵۳	۱/۸۳	۴/۲۶	۴/۷۴	۶/۸۶	۷/۳۵
	۷/۸۶	۱/۴۲	۸/۷۳	۷/۰۷	۶	۵/۲۵
افسردگی	۱۳/۲۶	۲/۷۸	۹/۷۳	۷/۹۶	۱۰/۶	۱۰/۵۶
	۱۰	۱/۸۰	۱۲/۳۳	۸/۱۹	۱۲/۵۳	۸/۵۲
اضطراب	۸/۵۳	۱/۴۱	۴/۹۳	۴/۸۴	۵/۵۳	۴/۱۷
	۶/۳۳	۱/۲۱	۶	۴/۸۱	۷/۲۰	۵/۲۹
پر خاشاکی	۳/۴۶	۰/۳۰	۲/۲۶	۱/۰۳	۲/۵۳	۲/۰۶

ادامه ی جدول ۲

۲/۴۷	۳/۵۳	۲/۹۵	۵/۲۰	۰/۶۴	۵	کنترل	ترس مرضی (فوبی)
۴/۰۹	۲/۸۰	۲/۸۷	۲/۳۳	۰/۸۷	۲/۸۰	آزمایش	
۲/۳۶	۱/۸۰	۲/۳۲	۱	۰/۱۹	۰/۵۳۳	کنترل	پارانویید
۴/۴۸	۵/۶	۴/۳۲	۵	۱/۴۱	۸/۱۳	آزمایش	
۳/۹۲	۴/۵۳	۴/۴۵	۶/۴۰	۱/۰۷	۶/۰۶	کنترل	روان پریشی
۶/۵۹	۴/۹۳	۵/۳۸	۳/۸۶	۱/۸۲	۶/۴۶	آزمایش	
۷/۷۴	۵/۳۳	۴/۷۷	۵/۷۳	۱/۱۰	۴/۹۳	کنترل	
۵۳/۱۶	۵۸/۵۳	۴۳/۱۳	۴۸/۰۶	۱۵/۰۳	۷۸/۱۳	آزمایش	کل
۳۸/۲۵	۶۳	۴۱/۵۴	۷۰/۶۰	۷/۹۱	۶۴/۳۳	کنترل	

برای تعیین تاثیر آموزش تنظیم هیجان بر سلامت روان، از تحلیل کواریانس (مانکوا) استفاده شد. نتایج در جدول ۳ برای پس آزمون و در جدول ۴ برای پی گیری نشان داده شده است.

جدول ۳: تحلیل کواریانس نمره ی کل سلامت روان در گروه های مورد مطالعه در مرحله ی پس آزمون

منبع	مجموع مجذورات	درجه ی آزادی	مجدور میانگین	F	سطح معنی داری	مقدار اتا	توان آماری
پیش آزمون	۳۷۹۴۲/۷۸	۱	۳۷۹۴۲/۷۸	۱۰۷/۹۱۴	۰/۰۰۱	۰/۸۰۰	۱/۰۰۰
عضویت گروهی	۷۶۰۲/۹۰	۲	۳۸۰۱/۴۵	۱۰/۸۱۲	۰/۰۰۱	۰/۴۴۵	۰/۹۸۲

همانگونه که نتایج جدول ۳ نشان می دهد، بین گروه ها در سطح ($P < 0/01$) تفاوت معنادار وجود دارد و این بدان معنی است که آموزش روش های تنظیم هیجان توانسته است میزان سلامت روان دختران مصروع ۱۸-۱۴ ساله را در مرحله ی پس آزمون افزایش دهد.

جدول ۴: تحلیل کواریانس نمره ی کل سلامت روان در گروه ها در مرحله ی پیگیری

منبع	مجموع مجذورات	درجه ی آزادی	مجدور میانگین	F	سطح معناداری	مقدار اتا	توان آماری
پیش آزمون	۴۷۶۷۸	۱	۴۷۶۷۸	۱۰۳	۰/۰۰۱	۰/۷۹۴	۱/۰۰۰
عضویت گروهی	۱۹۷۷	۱	۱۹۷۷	۴/۳۱	۰/۰۴	۰/۱۳۸	۰/۵۱۷

همان گونه که نتایج جدول ۴ نشان می دهد، آموزش روش های تنظیم هیجان در افزایش میزان سلامت روان دختران مصروع ۱۸-۱۴ ساله در مرحله ی پیگیری نیز تداوم داشته است و بین گروه ها در سطح $P < 0/01$ تفاوت معنادار وجود دارد.

جدول ۵: تحلیل کوواریانس نمرات خرده مقیاس های سلامت روان در گروه های مورد مطالعه در مرحله ی پس آزمون

منبع	خرده مقیاس ها	مجموع مجذورات	درجه ی آزادی	مجدور میانگین	F	سطح معناداری	مقدار اتا	توان آماری
پیش	شکایت جسمانی	۵۰۶/۵۰	۱	۵۰۶/۵۰	۱۴/۷۴۷	۰/۰۰۱	۰/۳۵۳	۰/۹۵۹
آزمون	وسواس	۵۷۸/۱۴	۱	۵۷۸/۱۴	۳۵/۴۰۲	۰/۰۰۱	۰/۵۶۷	۱/۰۰۰
(نمره ی کل)	حساسیت در روابط متقابل	۶۵۸/۷۲	۱	۶۵۸/۷۲	۵۳/۱۵۳	۰/۰۰۱	۰/۶۶۳	۱/۰۰۰
	افسردگی	۱۲۴۳/۵۳	۱	۱۲۴۳/۵۳	۶۸/۱۰۵	۰/۰۰۱	۰/۷۱۶	۱/۰۰۰
	اضطراب	۳۸۷/۴۲	۱	۳۸۷/۴۲	۴۰/۴۳۴	۰/۰۰۱	۰/۶۰۰	۱/۰۰۰
	پرخاشگری	۵۱/۰۵	۱	۵۱/۰۵	۱۷/۷۳۲	۰/۰۰۱	۰/۳۹۶	۰/۹۸۲
	ترس مرضی (فوبی)	۱۰۶/۰۳	۱	۱۰۶/۰۳	۳۱/۷۷۴	۰/۰۰۱	۰/۵۴۱	۱/۰۰۰
	پارانویید	۳۹۳/۶۵	۱	۳۹۳/۶۵	۷۰/۲۵۹	۰/۰۰۱	۰/۷۲۲	۱/۰۰۰
	روان پریشی	۴۷۶/۸۸	۱	۴۷۶/۸۸	۵۷/۷۰۸	۰/۰۰۱	۰/۶۸۱	۱/۰۰۰
عضویت گروهی	شکایت جسمانی	۲۵۲/۱۰	۲	۱۲۶/۰۵	۳/۶۷۰	۰/۰۳۹	۰/۲۱۴	۰/۶۲۵
	وسواس	۹۶/۴۶	۲	۴۸/۲۳	۲/۹۵۳	۰/۰۶۹	۰/۱۸۰	۰/۵۲۷
	حساسیت در روابط متقابل	۲۱۰	۲	۱۰۵	۸/۴۷۳	۰/۰۰۱	۰/۳۸۶	۰/۹۴۶
	افسردگی	۱۱۱/۲۲	۲	۵۵/۶۱	۳/۰۴۶	۰/۰۶۴	۰/۱۸۴	۰/۵۴۱
	اضطراب	۷۵/۹۳	۲	۳۷/۹۶	۳/۹۶۲	۰/۰۳۱	۰/۲۲۷	۰/۶۶۱
	پرخاشگری	۱۲۰/۷۸	۲	۶۰/۳۹	۲۰/۹۷۴	۰/۰۰۱	۰/۶۰۸	۱/۰۰۰
	ترس مرضی (فوبی)	۱۶/۸۶	۲	۸/۴۳	۲/۵۲۷	۰/۰۹۹	۰/۱۵۸	۰/۴۶۲
	پارانویید	۳۰/۶۶	۲	۱۵/۳۳	۲/۷۳۶	۰/۰۸۳	۰/۱۶۹	۰/۴۹۵
	روان پریشی	۵۶/۱۷	۲	۲۸/۰۸	۳/۳۹۹	۰/۰۴۸	۰/۲۰۱	۰/۵۹۰

بررسی های بیشتر نشان داد که بین گروه های آزمایش و کنترل در خرده مقیاس های شکایت جسمانی، حساسیت در روابط متقابل، اضطراب، پرخاشگری و روان پریشی در سطح $P < 0.01$ تفاوت معناداری وجود دارد. این بدان معناست که آموزش روش های تنظیم هیجان، توانسته است میزان سلامت روان دختران مصروع ۱۸-۱۴ ساله را در مرحله ی پس آزمون در خرده مقیاس های شکایت جسمانی، حساسیت در روابط متقابل، اضطراب، پرخاشگری و روان پریشی افزایش دهد.

بحث و نتیجه گیری

نتایج پژوهش حاضر، نشان داد که آموزش تنظیم هیجان می تواند بر سلامت روان دختران مصروع موثر باشد. روان درمانی، در کاهش احساسات هیجانی شدید افراد مصروع به کار گرفته شده است و پژوهش هایی مبنی بر درمان بیماران، به خصوص کودکان درمان شده با یکی از رویکردهای روان درمانی، بیانگر آن است که روان درمانی، در کاهش مشکلات روان شناختی مرتبط با بیماری صرع موثر است. از این جهت، نتایج حاصل از این پژوهش با نتایج مارتینوویک (۲۰۰۱) آفای (۲۰۰۲) تیلور (۲۰۰۰) و اسنید (۲۰۰۴) همخوانی دارد. یافته های پژوهش حاضر، حاکی از اثر بخشی آموزش تنظیم هیجان بر میزان شکایت جسمانی دختران نوجوان مصروع در دو مرحله ی پس آزمون و پی گیری بود. با آموزش تنظیم هیجان و آموزش روش های صحیح ابراز هیجان در گروه آزمایش، افراد، روش های صحیح مقابله با مشکلات، وقایع و نحوه ی ارتباط صحیح با اطرافیان را می آموزند و این موضوع می تواند منجر به سلامت جسمانی و روانی بهتر فرد مصروع باشد. همچنین، نتایج نشان داد که تفاوت بین میانگین های نمرات خرده مقیاس وسواس در مرحله ی پس آزمون و پی گیری در دو گروه گواه و آزمایش معنی دار نیست ولی نمره ی وسواس نسبت به پیش آزمون کاهش داشته است و تفاوت بین میانگین های نمرات خرده مقیاس حساسیت در روابط متقابل، در مرحله ی پس آزمون در دو گروه گواه و آزمایش، معنادار است ولی در مرحله ی پیگیری این تفاوت معنادار نیست.

تفاوت بین میانگین های نمرات خرده مقیاس افسردگی، در مرحله ی پس آزمون در دو گروه گواه و آزمایش، معنی دار نبود؛ یعنی آموزش تنظیم هیجان در مرحله ی پس آزمون، نتوانسته میزان افسردگی آزمودنی ها را کاهش دهد، البته آموزش تنظیم هیجان می تواند از بعد شناختی، اصلاح افکار خودکار منفی و باورهای زیربنایی بیماران را مورد آماج قرار می دهد. طبق نظر بک، درمان

شناختی-رفتاری، تنها زمانی در دراز مدت اثر بخش خواهد بود که درمانگر، فرض‌های زیربنایی و باورهای هسته‌ای بیماران را مورد چالش قرار دهد. همچنین، می‌توان به این موضوع نیز اشاره کرد که درمان کارآمد، نیازمند زمان بیشتری است. با این حال این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های گلدشتاین^۱ و همکاران (۲۰۰۳) مارتینو ویک و همکاران (۲۰۰۶) همخوانی دارد.

نتایج این پژوهش، نشان دهنده‌ی این بود که تفاوت بین میانگین‌های نمرات خرده مقیاس اضطراب در مرحله‌ی پس‌آزمون و پی‌گیری در دو گروه گواه و آزمایش، معنادار است و آموزش تنظیم هیجان در مرحله‌ی پس‌آزمون و پی‌گیری توانسته میزان اضطراب آزمودنی‌ها را کاهش دهد. همچنین، تفاوت بین میانگین‌های نمرات خرده مقیاس پرخاشگری در مرحله‌ی پس‌آزمون در دو گروه گواه و آزمایش، معنادار است ولی در مرحله‌ی پی‌گیری، این تفاوت معنادار نیست. باید به خاطر داشت که صرع، ناشی از اختلال در عملکرد مغزی است که نشانگان آن به صورت تغییرات شخصیتی شامل شخصیت‌های نامتعارف، ناپایدار و در مواردی هم ناسازگار، تعصب افراطی، حاشیه‌پردازی کلامی، سماجت در رفتار، حالت‌های هیجانی انفجاری و حساسیت افراطی در دراز مدت عارض می‌شود (دیننر، ۲۰۰۱). با آغاز اولین حمله‌ی صرع و استمرار آن، تغییرات عمیقی در زمینه‌های مختلف شخصیتی، عاطفی، تربیتی و رفتاری، شغلی، خانوادگی و اجتماعی به وقوع می‌پیوندد که تمام این عوامل، ناشی از برجسب مصروع بودن است. در نهایت، تداوم این نگرش‌ها و برجسب‌ها منجر به ادامه‌ی اختلالات و ناهنجاری‌های رفتاری، عاطفی، شناختی و اختلال در روابط می‌شود (بومن و مارکند^۲، ۲۰۰۴).

یافته‌ها، نشان داده است که تفاوت بین میانگین‌های نمرات خرده مقیاس ترس مرضی، پارانویا و روان‌پریشی در مرحله‌ی پس‌آزمون و پی‌گیری در دو گروه گواه و آزمایش معنادار نیست. می‌توان گفت بیماران مصروع نیز آسیب‌پذیری زیادی نسبت به علایم فیزیولوژیکی ترس دارند و این منجر به تعبیر بد در آن‌ها می‌شود. این یافته‌ها با یافته‌های آقایایی (۲۰۰۲) همخوانی ندارد.

عارضه‌ی صرع به دلیل طولانی و مادام‌العمر بودن، اغلب باعث مشکلات روانی-اجتماعی می‌شود و از زوایای مختلف، زندگی این افراد را تحت تاثیر قرار می‌دهد و در نهایت منجر به مسایلی چون فقدان احترام به خود، افسردگی، اضطراب، انزوای اجتماعی و ترس از مرگ در زمان حمله می‌شود. همچنین، احساس انگشت‌نما بودن، تبعیض، حذف از جامعه و مشکلات کار و اشتغال و رفت و آمد

1. Goldstein

2. Bowman & Markand

با وسایل نقلیه ی عمومی نیز از نتایج آن است که در نهایت، فرد احساس مطلوبی از زندگی نداشته و سلامت روانی، عاطفی و جسمانی فرد را تحت تاثیر قرار می دهد. اغلب مصروعین معتقدند که این عارضه موجب محدودیت در فعالیت های عادی و روز مره ی آنها شده و انتظارات آن هارا از زندگی بر آورده نمی سازد (لوگهین، ۲۰۰۶). از دیگر مسایل و مشکلاتی که افراد مصروع با آن روبرو هستند، برخوردهای افراطی از ناحیه ی افراد خانواده با آنهاست؛ بدین صورت که تعدادی از اعضای خانواده در برخورد با فرد مبتلا به صرع، بیش از حد مراقبت خاص اعمال می کنند که تحت عنوان «حمایت افراطی» به کار می رود و این عمل باعث اختلال در شکل گیری شخصیت می شود. از طرفی گاه خانواده ها، واکنش طرد عاطفی نشان می دهند که روابط را مختل می کند. یافته های علمی، نشان دهنده ی این حقیقت است که زندگی فرد مصروع تنها شامل انطباق و سازگاری با پیامدهای روانی- اجتماعی ناشی از حملات و مراقبت و درمان طولانی پزشکی نیست بلکه علاوه بر آن، فرد مصروع بایستی با نگرش های منفی و باورهای نادرستی که در اکثر جوامع نسبت به صرع وجود دارد و از خود حملات هم ناگوارتر است، روبرو شوند. از طرفی، مشکلات روان شناختی، در ارتباط دوسویه با حملات صرع و مشکلات رفتاری است یعنی مشکلات رفتاری و حمله های صرعی، گاه عامل اختلال های روانی و گاه معلول آن است که در این بین، نقش آسیب مغزی و حساسیت مغزی و داروهای ضد صرع غیر قابل انکار است. تاثیر داروهای ضد صرع به این صورت است که باعث کاهش حملات صرعی می شود ولی روی رفتارهای فرد و ویژگی های روان شناختی او گاه اثر نامطلوب داشته و باعث مشکلات خاصی می شود. آسیب های مغزی هم، به صورت مستقیم روی حملات صرع، مشکلات رفتاری و مسایل روان شناختی اثر گذاشته و باعث شکل گیری آن ها در فرد می شود (کلرمن و همکاران، ۲۰۰۳).

References

- Aghaei, A. (2002). A comparative study of the psychological characteristic of epileptic and normal children. *Brain & Development. Official Journal of the Japanese Society of Child Neurology*, 24(6). (Persian).
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(2), 217-237.
- Allen, L. B., McHugh, R. K., & Barlow, D. H. (2009). Emotional Disorder. *Clinical Handbook of Psychological Disorder*. The Guilford Press.
- Bandstra, N. F., Camfield, C. S., & Camfield, P. R. (2008). Stigma of epilepsy. *Canadian Journal of Neurology Sciences*, 35(4), 436-440.
- Beh Kish, P. (1994). *Psychological tests*. Tehran University Press. (Persian).
- Bishop, M., & Allen, C. A. (2003). The impact of epilepsy on quality of life: A qualitative analysis. *Epilepsy Behavior*, 4(3), 226-233.

- Bowman, E. S., & Markand, O. N. (2004). Psychodynamics and psychiatric diagnosis of pseudo seizure subjects. *American Journal of Psychiatry*, 163 (11), 57-63.
- Brodie, M. L., & Kwan, P. (2005). Epilepsy in elderly people. *British Medical Journal*, 331, 1317-1322.
- Burn, J. G., Tellez-Zenteno, J., & Wiebe, S. (2005). Understanding the burden of epilepsy in Latin America: A systematic review of its prevalence and incidence. *Epilepsy Research*, 66(3), 63-74.
- Cordova, J. V., Warren, L. Z., & Gee, C. B. (2005). Emotional skillfulness in marriage: Intimacy as a mediator of the relationship between emotional skillfulness and marital satisfaction. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24 (2), 218-235.
- Cicchetti, D., Ackerman, B. P., & Izard, C. E. (1995). Emotions and Emotion regulation in developmental psychopathology. *Development and psychopathology*, 7(1), 1-10.
- Dinner, D. S. (2001). Epilepsy and sleep, physiological and clinical relationships. USA: Academic Press.
- Goldstein, L. H., McAlpine, M., Deale, A., Toone, B. K., & Mellers, J. D. C. (2003). Cognitive behavior therapy with adults with intractable epilepsy and psychiatric co-morbidity: Preliminary observations on changes in psychological state and seizure frequency. *Behavior Research & Therapy*, 47(4), 447-460.
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2(3), 271-299.
- Hooper, C. J., Luciana, M., Conklin, H. M., & Yarger, R. S. (2004). Adolescent's performance on the Iowa gambling task: Implications for the development of decision making and ventromedial prefrontal cortex. *Developmental Psychology*, 40(6), 1148-1158.
- Kyllerman, M., Nyden, A., & Praquin, N. (2003). Transient, psychosis in a girl with epilepsy and continuous spikes and waves during slow sleep. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 5 (4), 177-186.
- Loughin, J. (2006). College and epilepsy. *Journal of Clinical Psychiatry*, 38 (3), 295-300.
- Martinovic, Z. (2001). Adjunctive behavioral treatment in adolescents and young adults with juvenile myoclonic epilepsy. *Seizure*, 10 (1), 24-7.
- Martinovic, Z., Simonovic, P., & Djokic, R. (2006). Preventing depression in adolescents with epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 9(4), 619-624.
- Mohammadi, M., & Ghanizadeh, A., Davidian, H., Mohamadi, M., & Norouzian, M. (2006). Prevalence of epilepsy and co morbidity of psychiatric disorders in Iran. *Seizure*, 15, 476-482.
- Pauli, E., & Stefan, H. (2009). Emotional and effective disorders in epilepsy. *Nervenarzt*, 80(6), 729-744.
- Reynold, C. R., & Fletcher, E. (2009). Handbook of clinical child Neuropsychology. *Springer science Business Media*. 267- 528.
- Ronan, K. R., & Kendall, P. C. (1997). Self-talk in distressed youth: States of mind and content specificity. *Journal of Clinical Child Psychology*, 26(4), 330-337.
- Snead, K., Ackerson, J., Bailey, K., Schmitt, M. M., Madan-Swain, A., & Martin, R. C. (2004). Taking charge of epilepsy: The development of a structured psychoeducational group intervention for adolescents with epilepsy and their parents. *Epilepsy & Behavior*, 5(4), 547-556.
- Taylor, M. P. (2000). *Managing epilepsy*. London: Blackwell science press.
- Thompson, R. A. (1994). Emotional regulation: A theme in search for definition. In N. A. Fox. Emotion Regulation: Behavioral and Biological Consideration. *Monographs of the Society for Research in child Developments*, 59(3), 25-52.
- Tlusta, E., & Zarubova, J. (2009). Clinical and demographic characteristics predicting QOL in patient with epilepsy in the Czech Republic. *Seizure*, 18(2), 85-89.
- Walter, G., & Bradley, R. B. (2008). *Neurology in clinical practice*. B&H Elsevier: UK.