



## اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجان و خودکارآمدی اجتماعی نوجوانان مبتلا به صرع\*

### The Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy on Cognitive Emotion Regulation and Social Self-Efficacy in Adolescents with Epilepsy

Fatemeh Rahbar Karbasdehi  
Abbas Ali HosseinKhanzadeh  
Iraj Shakerinia

فاطمه رهبر کرباسدهی\*\*  
عباسعلی حسین‌خانزاده\*\*\*  
ایرج شاکری نیا\*\*\*\*

#### Abstract

The aim of the present study was to determine the effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on cognitive emotion regulation and social self-efficacy in adolescents with epilepsy. This applied research was a quasi-experimental with pretest/posttest design and a control group. The study population consists of 8,000 children and adolescents with epilepsy in Guilan Province, and the research sample consisted of 30 boys with epilepsy aged between 15 and 18 years who were referred to Rasht medical centers in 2021, selected by purposive and available methods considering entry and baseline conditions, and randomly divided into two experimental and control groups (15 subjects in each group). The Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ-P) and the Social Self-Efficacy Scale (SSES) were used for data collection before and after treatment. The 8 sessions of ACT were conducted for the experimental group. Data were analyzed using SPSS24 software and analysis of covariance. The results of the analysis of covariance showed that ACT improved cognitive emotion regulation and social self-efficacy in adolescents with epilepsy ( $P < 0.001$ ). Based on the results of this study, it can be said that the acceptance and engagement-based intervention can be used as one of the treatment strategies to improve the mental health indicators of people with epilepsy.

**Keywords:** Acceptance and Commitment Therapy, Cognitive Emotion Regulation, Social Self-Efficacy, Epilepsy.

#### چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجان و خودکارآمدی اجتماعی نوجوانان مبتلا به صرع بود. این پژوهش کاربردی و از نوع شبه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه مورد مطالعه را همه نوجوانان پسر مبتلا به صرع ۱۵-۱۸ سال مراجعه‌کننده به مراکز درمانی شهرستان رشت در سال ۱۴۰۰-۱۳۹۹ تشکیل دادند که از میان آن‌ها، نمونه پژوهش شامل ۳۰ نوجوان پسر به‌صورت هدفمند و در دسترس و با در نظر گرفتن شرایط ورود و خروج، انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه ۱۵ نفر) جای‌دهی شدند. برای گردآوری یافته‌ها از پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان (CERQ-P) و مقیاس خودکارآمدی اجتماعی (SSES) در مراحل قبل و بعد از درمان استفاده شد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به شیوه گروهی در هشت جلسه برای گروه آزمایش ارائه شد. داده‌ها به کمک نرم‌افزار SPSS24 و به روش تحلیل کوواریانس تحلیل شدند. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس نشان می‌دهد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود تنظیم شناختی هیجان و خودکارآمدی اجتماعی نوجوانان مبتلا به صرع به‌طور معناداری تأثیر دارد ( $P < 0.001$ ). براساس نتایج این مطالعه می‌توان گفت، مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند یکی از راهکارهای درمانی برای بهبود شاخص‌های سلامت روانی افراد مبتلا به صرع باشد.

**واژه‌های کلیدی:** درمان پذیرش و تعهد، تنظیم شناختی هیجان، خودکارآمدی اجتماعی، صرع.

\* مقاله حاضر برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول در رشته روان‌شناسی دانشگاه گیلان است.

\*\* دانشجوی دکتری روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران

\*\*\* نویسنده مسئول: دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران

\*\*\*\* دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران

## مقدمه

صرع<sup>۱</sup> نوعی بیماری مزمن و چهارمین بیماری شایع جهان است که در طبقه‌بندی بیماری‌های مغز و اعصاب قرار می‌گیرد و به دلیل برون‌ریزی الکتریکی غیرمنتظره، پی‌درپی و فراوان سلول‌های عصبی مغزی<sup>۲</sup> به وجود می‌آید و با حملات متناوب و بلندمدت شناخته می‌شود (لگویا و همکاران، ۲۰۲۱). بنا بر آمار رسمی سازمان سلامت جهانی<sup>۳</sup> در سال ۲۰۱۶، حدود ۵۰ میلیون نفر از افراد کل جهان مبتلا به صرع هستند و سالانه ۲/۴ میلیون نفر به این بیماری مبتلا می‌شوند (سازمان سلامت جهانی، ۲۰۱۶). به نقل از فیست و همکاران، ۲۰۱۷). بیماری صرع در مردان شایع‌تر از زنان است (ترنر، زوری، شورگه و لیگناتی، ۲۰۲۱) و شایع‌ترین محدوده سنی مراجعه‌کننده ۲۰-۱۱ سالگی است. همچنین این بیماری در کشورهای درحال توسعه در نوجوانان و جوانان بیشتر دیده می‌شود، اما به‌طورکلی فراوانی صرع در افراد زیر ۲۰ سال شایع‌تر است (سورگس، شمولی، دیتزه، ریولین و تهیجس، ۲۰۲۱). شیوع این بیماری در ایران از استانداردهای جهانی بیشتر است و اکنون در ایران حدود ۱ تا ۱/۵ درصد افراد صرع دارند که این آمار بیانگر حدود سه برابر بودن این بیماران در ایران در مقایسه با اروپاست (معزز و همکاران، ۱۳۹۵). صرع‌های منتشره که همگی موجب کاهش هوشیاری می‌شوند، برحسب تأثیر بر بدن، به انواع صرع غیاب<sup>۴</sup> (صرع کوچک)، صرع میوکلونیک<sup>۵</sup>، کلونیک<sup>۶</sup>، تونیک<sup>۷</sup>، تونیک-کلونیک (صرع بزرگ) و آتونیک<sup>۸</sup> تقسیم می‌شوند.

صرع میوکلونیک نوجوانان نوعی صرع است که از کودکی یا نوجوانی شروع می‌شود. افراد مبتلا به این بیماری دچار لرزش و حرکات ناگهانی عضلات می‌شوند. همچنین ممکن است دچار یک تشنج تمام‌عیار یا حملات بدون تشنج باشند (انوکی، یتامورا، بابا، اوکانیشی و فوجیموتو، ۲۰۲۰). صرع میوکلونیک نوجوانان از شایع‌ترین انواع صرع‌های منتشره است و حدود ۱۱-۵ درصد کل صرع‌ها را تشکیل می‌دهد. صرع میوکلونیک نوجوانان عمدتاً در زمان بلوغ یا اواخر دوره کودکی یا جوانی شروع می‌شود و ژنتیک نقش فراوانی در بروز این نوع صرع دارد؛ به‌طوری‌که چندین ژن مرتبط با افزایش خطر ابتلا به این بیماری شناسایی شده است (یاکوبیان، ۲۰۱۷).

صرع علاوه بر اینکه پیامدهای جسمانی مختلفی در فرد مبتلا به‌جای می‌گذارد، تغییرات زیادی در شخصیتی، هیجانی، رفتاری، خانوادگی و اجتماعی ایجاد می‌کند و تمام این عوامل ناشی از بیماری صرع است. استمرار این نگرش‌ها و انگ‌زدن‌ها سبب شکل‌گیری اختلالات روان‌شناختی، رفتاری و اجتماعی می‌شود (گوپتا و همکاران، ۲۰۲۰). اینکه بیماری صرع تا چه حد بر شاخص‌های روان‌شناختی فرد مبتلا

- 
1. epilepsy
  2. brain neurons
  3. World Health Organization (WHO)
  4. absence epilepsy
  5. myoclonic epilepsy
  6. clonic epilepsy
  7. tonic epilepsy
  8. atonic epilepsy

تأثیرگذار است، به متغیرهای مختلفی بستگی دارد که در این باره می‌توان به راهبردهای استفاده شده آن‌ها در سازگاری با این بیماری اشاره کرد. یکی از این متغیرهای مؤثر بر پیامدهای روان‌شناختی بیماری صرع چگونگی تنظیم هیجان در این بیماران است. صفات شخصیتی این بیماران تأثیر مهمی بر راهبردهای تنظیم هیجان<sup>۱</sup> آن‌ها دارد. شواهد نشان می‌دهد مشکل در تنظیم هیجان افراد مبتلا به صرع، در بروز مشکلات جسمانی آن‌ها مانند بروز حملات تشنجی، بیماری‌های قلبی-عروقی و گوارشی نقش دارد. تنظیم هیجان به عملی گفته می‌شود که با هدف دگرگونی یا تعدیل حالتی هیجانی به کار می‌رود (کیوفینی، ستراتا و مارلی، ۲۰۱۸).

با وجود اینکه تنظیم شناختی هیجان<sup>۲</sup> می‌تواند شامل فرایندهای هوشیار باشد، نیازی به آگاهی و راهبردهای محرز ندارد. تنظیم شناختی هیجان نقشی اساسی در سازمان‌دهی هیجان‌ها ایفا می‌کند و از اشکال خودتنظیمی محسوب می‌شود. همچنین فرایندی بیرونی و داخلی مؤثر در کنترل، ارزیابی و تعدیل ظهور، شدت و زمان پاسخ‌های هیجانی به شمار می‌آید که در جنبه‌های ناآگاهانه، نیمه‌آگاهانه و آگاهانه درباره آن بحث می‌شود (مؤدی و همکاران، ۲۰۲۰). به عبارت دیگر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، عبارت است از شیوه تفکر افراد بعد از اینکه با تجربه‌ای منفی یا اتفاقی آسیب‌زا مواجه می‌شوند. شواهد نشان می‌دهد شناختی مانند نشخوار فکری<sup>۳</sup>، سرزنش خویش<sup>۴</sup> و فاجعه‌انگاری<sup>۵</sup> به‌شکلی مثبت با افسردگی و دیگر جهات آسیب‌شناختی هم‌بستگی دارد؛ ضمن آن‌که در راهبردهایی مانند ارزیابی مجدد مثبت، این همبستگی منفی است (تومبینی و همکاران، ۲۰۲۰؛ کتواس و همکاران، ۲۰۱۸؛ بازارنیک، ۲۰۱۸). راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، طبقه مهمی از راهبردهای تنظیم هیجان است که در بیشتر موارد افراد از آن‌ها استفاده می‌کنند. این راهبردها به مشارکت کارآمد افراد و کوشش آن‌ها در راستای دگرگونی هیجان‌ها به کمک تفسیر و ارزیابی معنای رویدادها اشاره می‌کند و شامل دو دسته راهبردهای مثبت و منفی تنظیم هیجان است که راهبردهای منفی، هسته اصلی مشکلات هیجانی را تشکیل می‌دهند (لئو و همکاران، ۲۰۲۰).

نتایج پژوهش‌های مختلف نشان می‌دهد بیماران مبتلا به صرع در بیشتر موارد از راهبردهای منفی برای تنظیم هیجان‌های خود استفاده می‌کنند. این افراد به‌طور معمول راهبردهای سازش‌یافته تنظیم هیجان را نمی‌شناسند و در تنظیم هیجان مشکل دارند که این مسئله، سبب شدت یافتن بیماری آن‌ها می‌شود. همچنین استفاده از مداخله‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد، مهارت بیماران در تنظیم هیجان را افزایش می‌دهد و می‌تواند به کاهش مشکلات و بهبود علائم بیماری کمک کند (کتواس و همکاران، ۲۰۱۸).

پژوهش‌ها نشان می‌دهد افراد مبتلا به صرع اعتمادبه‌نفس پایین‌تر، رضایت کمتر از زندگی، مشکلات اجتماعی بیشتر، سلامت جسمانی کمتر، نگرانی بیشتر و تعادل عاطفی کمتری دارند. همچنین در روابط

- 
1. emotion regulation
  2. cognitive emotion regulation
  3. rumination
  4. self-blame
  5. catastrophizing

اجتماعی با افراد نیز با مشکل مواجه هستند (گور-اوزمن، لاییتسدر، کک، آگراوال و فون اورتزن، ۲۰۱۷). همچنین کتواس و مک‌گونیگال، باستین-تونیازو، بارتولومی و میکولاود-فرانچی (۲۰۱۷) نشان دادند تنیدگی‌های شدید موجب حملات آشکار صرع می‌شود. در واقع بهبود روش‌های تنظیم شناختی هیجان می‌تواند سلامت روان نوجوانان مبتلا به صرع را افزایش دهد و به کاهش اضطراب، شکایت جسمانی، حساسیت در روابط متقابل و پرخاشگری منجر شود. نوجوانان مبتلا به صرع ممکن است با انگ اجتماعی همراه با احساس خودکم‌بینی و پوچی مواجهه باشند که با برچسب‌زدن آغاز می‌شود و به تنهایی و طرد اجتماعی می‌انجامد. در بیشتر اوقات انگ اجتماعی به اختلالات روان‌شناختی، تنیدگی و حرمت نفس پایین منجر می‌شود و بر کیفیت زندگی و سلامت روانی بیماران تأثیر می‌گذارد. علاوه بر اینکه بیماری صرع به شکست‌های تحصیلی منجر می‌شود، مشکلاتی را در ارتباط با همسالان و توانمندی اجتماعی ایجاد می‌کند (بگی، ۲۰۲۰). همچنین مشکلات رفتاری نوجوانان مبتلا، به حضور مؤثر آن‌ها در اجتماع آسیب می‌زند و بر خودکارآمدی اجتماعی<sup>۱</sup> و سلامت روان این بیماران تأثیر می‌گذارد (انگل، بارنز، هنری، گارویک و اسکال، ۲۰۱۹).

روش‌های درمانی نوینی در حوزه روان‌شناسی مطرح شده که عنوان موج سوم روان‌درمانی را به خود اختصاص داده است که بر منابع روان‌شناختی فرد در مواجهه با موارد آسیب‌زا تأکید می‌کند. به کمک این شیوه می‌توان گزینه‌های درمانی متناسب را برای کمک به فرد تحت فشار فراهم کرد. درمان پذیرش و تعهد<sup>۲</sup> یکی از همین درمان‌هاست که بر مبنای آن هیچ تفکر، هیجان یا تجربه‌ای از اساس دردسرساز، بی‌فایده یا تنش‌زا نیست، بلکه به بافتار وابسته است. در بافتاری که اجتناب تجربه‌ای<sup>۳</sup> و همجوشی شناختی<sup>۴</sup> را شامل می‌شود، تفکرات، احساسات و تجربیات ما کارکردی آسیب‌زا دارد، اما محیطی که پذیرفتن و گسلش را شامل می‌شود، تفکرات، احساسات و تجربیات کارکردی بسیار متمایز دارند. در این میان، خاطرات درونی ممکن است رنج‌آور باشند، اما آسیب‌زننده نیستند. مهم‌تر اینکه بازدارنده زندگی گران‌بهای این بیماران نمی‌شوند (توهویگ و همکاران، ۲۰۱۸). هدف درمان پذیرش و تعهد ایجاد تغییر مستقیم در بیمار مبتلا به صرع نیست، بلکه هدف آن، کمک به اوست تا بتواند با شیوه‌های متفاوتی با خاطرات خود ارتباط برقرار کند و بتواند به شکلی جامع با زندگی پرمفهوم و ارزشمند خود سازگار شود. هدف این درمان افزایش انعطاف‌پذیری شناختی و رفتاری در بافتارهایی است که اجتناب تجربه‌ای استیلا دارد و بیمار مبتلا به صرع را از زندگی بازمی‌دارد (هان، یوئن و جنکینز، ۲۰۲۱).

مطالعات نشان می‌دهد درمان پذیرش و تعهد، برای افسردگی، اختلال تنیدگی پس از سانحه، بیماری صرع و سردرد مزمن مناسب است. مزیت عمده این روش از سایر درمان‌ها، توجه به حیطه‌های انگیزشی و

- 
1. social self-efficacy
  2. acceptance and commitment therapy
  3. experiential avoidance
  4. cognitive fusion

شناختی در راستای اثربخشی و استمرار این درمان است (اسمیت، اسمیت و دیموند، ۲۰۲۰؛ وین و همکاران، ۲۰۱۹). پژوهش‌ها نشان می‌دهند به‌کارگیری درمان مورد بحث بر بهبود تنظیم شناختی هیجان و خودکارآمدی اجتماعی مؤثر است (سپیدل، لکومته، کلی و دایگنولت، ۲۰۱۸؛ محمدی‌خاشویی، قربانی و طباطبایی، ۲۰۱۶؛ درویش‌باصری و دشت‌بزرگی، ۱۳۹۶؛ روشن‌نیا، رضایی و قدم‌پور، ۱۳۹۶). همچنین بررسی‌ها نشان می‌دهد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نوجوانان بسیار مؤثر است (پوولاکاناهو و همکاران، ۲۰۱۹؛ ون ویک-هربرینک، برورز، رولوفس و برنشتاین، ۲۰۱۷). با توجه به پژوهش‌های انجام‌شده، شناخت بیشتر نوجوانان مبتلا به صرع و تهیه شیوه‌نامه‌های ایده‌آل و هماهنگ با توانایی‌ها و نیازهای آنان با هدف جلوگیری از افت تحصیلی، ابتلا به اختلالات روانی و انزوای اجتماعی مهم است. با توجه به شیوع نسبتاً بالای بیماری صرع و ایجاد آسیب‌های متعدد در حیطه‌های شناختی، اجتماعی و خانوادگی (صالح‌زاده، کلاتری، مولوی، نجفی و نوری، ۱۳۸۹) و همچنین انجام‌نشدن مطالعات در این بافتار، پژوهش حاضر با هدف پاسخ‌گویی به این سؤال انجام شده است که «آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجان و خودکارآمدی اجتماعی نوجوانان مبتلا به صرع مؤثر است».

## روش

### جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش

مطالعه حاضر کاربردی و از نوع شبه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه مورد مطالعه<sup>۱</sup> را تمامی نوجوانان پسر مبتلا به صرع ۱۵ تا ۱۸ سال مراجعه‌کننده به مراکز درمانی شهرستان رشت در سال ۱۴۰۰-۱۳۹۹ تشکیل دادند. برای نمونه‌گیری از شیوه دردسترس و برحسب شرایط ورود و خرج از مطالعه استفاده شده است. در این پژوهش از میان همه مراکز درمانی براساس پرونده پزشکی افراد و برحسب شرایط ورود به پژوهش، ۳۲ بیمار به‌صورت هدفمند و دردسترس انتخاب شدند. سپس در دو گروه آزمایش (۱۶ نفر) و گروه گواه (۱۶ نفر) به شیوه تصادفی قرار گرفتند. حجم نمونه در تحقیقات شبه‌تجربی برای هر زیرگروه ۱۵ نفر کفایت می‌کند (کوهن، مانیون و موریسون، ۲۰۱۷)، اما به دلیل اینکه امکان افت تعداد نمونه وجود دارد، در هر گروه ۱۶ نفر در نظر گرفته شدند. شرکت‌کنندگان از نظر شرایط ورود به پژوهش جنسیت (پسر)، دامنه سنی (۱۵-۱۸ سال)، مقطع تحصیلی (دوازدهم-نهم متوسطه)، ابتلا به بیماری صرع (نوع میوکلونیک)، نوع حمله (تشنج میوکلونیک و تونیک کلونیک)، داروهای مصرفی (والپرات و لاموتریزین) مدت‌زمان مصرف داروی صرع (حداقل ۲ سال)، سابقه بیماری صرع (۶-۲ سال)، دریافت‌نکردن هم‌زمان درمان‌های روان‌شناختی دیگر و گرفتن رضایت کتبی از بیمار و والدین آن‌ها برای همکاری فرزندان‌شان بررسی شدند. ملاک خروج از پژوهش غیبت بیش از دو جلسه بیمار از جلسات درمانی بود. ۲ نفر (۱ نفر از گروه آزمایش و ۱ نفر از گروه گواه) به دلایل شخصی از روند اجرای پژوهش خارج شدند.

۱. تعداد بیماران مبتلا به صرع در استان گیلان ۲۵ هزار نفر بود که از این میان ۸ هزار کودک و نوجوان صرع داشتند.

### شیوه اجرای پژوهش

برای انجام پژوهش در سال ۱۴۰۰-۱۳۹۹ ابتدا با کسب معرفی‌نامه از دانشگاه گیلان و حضور در مراکز درمانی و طی رایزنی‌های انجام‌شده، روش اجرای پژوهش برای آن‌ها توضیح داده شد. همچنین براساس معیارهای ورود به پژوهش، شرکت‌کنندگان انتخاب شدند و پیش‌آزمون از هر دو گروه آزمایش و گواه گرفته شد. یک هفته پس از اجرای پیش‌آزمون، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به شیوه گروهی بر پایه الگوی هایز، استروساهل و ویلسون (۲۰۱۱) به مدت ۸ جلسه، ۲ روز در هفته، هر جلسه ۹۰ دقیقه روی شرکت‌کنندگان گروه آزمایش به کمک متخصص روان‌شناسی در کلینیک تخصصی علوم اعصاب اجرا شد، اما گروه گواه هیچ‌گونه درمانی دریافت نکرد. برنامه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ترکیبی از چهار رویکرد توجه‌آگاهی، پذیرش، تعهد و تغییر رفتار است و هدف کلی آن درنهایت رسیدن به انعطاف‌پذیری روانی است؛ به‌گونه‌ای که نیاز به حذف یا از بین بردن احساس بد نباشد، بلکه با وجود این احساس، فرد به‌سوی رفتار مبتنی بر ارزش حرکت کند (اسمیت و همکاران، ۲۰۲۰). یک هفته بعد از اتمام درمان، پس‌آزمون برای گروه‌های آزمایش و گواه انجام شد. در راستای عمل به ملاحظات اخلاقی نیز از والدین شرکت‌کنندگان رضایت‌نامه‌ای برای همکاری فرزندشان در روند اجرای پژوهش کسب شد و به آنان اطمینان داده شد که همه اطلاعات محرمانه است و فرزندشان در هر مرحله از پژوهش می‌تواند در صورت تمایل از روند پژوهش خارج شود.

جدول ۱. برنامه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسه	اهداف جلسه	محتوای جلسه	تغییر رفتار مورد انتظار
۱	آشنایی با قوانین گروه و کلیاتی از روش پذیرش و تعهد	آشنایی اعضا با یکدیگر و درمانگر، شرح قوانین گروه، اهداف و ساختار گروه، تعهدات درمانی، صحبت‌های مقدماتی درباره پذیرش و تعهد	کسب اطلاعات درباره پذیرش و تعهد
۲	آگاهی از پاره‌ای معانی درمان پذیرش و تعهد مانند تجربه احتراز، امتزاج و پذیرفتن روانی	بررسی مسائل بیماران از منظر درمان پذیرش و تعهد، یادآوری خاطرات احتراز، امتزاج و ارزش‌های بیمار، نوشتن فهرستی از فواید، عیب‌ها و روش‌های مهار مشکلات	کوشش نکردن در راستای احتراز از هیجان‌های منفی
۳	ارائه تکنیک‌های درمان پذیرش و تعهد از جمله تفکیک شناختی، بینش روانی و تصور از خود	اظهار ناکارآمد بودن، مهار اتفاقات منفی با به‌کارگیری استعاره‌ها، یاددهی تفکیک شناختی، شناخت روانی و تصور از خود	پذیرفتن رفتار و هیجان‌های منفی
۴	یاددهی تکنیک‌های درمانی، بینش هیجانی، بینش عقلایی (استعاره قربانی خود)	تفکیک ارزشیابی‌ها از خاطرات فردی و گرفتن جایگاه رؤیت تفکرات بدون دوری؛ به صورتی که به انعطاف‌پذیری روانی و هیجان‌های مثبت منجر شود.	توجه به خاطرات لحظه حال
۵	یاددهی تکنیک‌های درمانی خود به‌عنوان بافتار و تکرار تکنیک‌های توجه آگاهی و یاددهی شکیبایی در برابر سختی‌ها	رابطه با لحظه اکنون و پاس‌داشتن خویش به‌منزله بافتار و یاددهی تکنیک‌های توجه‌آگاهی و یاددهی شکیبایی در برابر سختی‌ها با هدف پذیرش هیجان‌های منفی	پذیرش هیجان‌ها و افکار منفی بدون پیش‌دآوری و قضاوت
۶	ارائه تکنیک‌های درمانی قابلیت‌های فردی و آشکارسازی قابلیت‌ها و یاددهی تنظیم هیجان‌ها (استعاره فتنان بد)	آگاهی از منزلت‌های زندگی بیماران و ارزیابی ارزش‌ها بر پایه مقدار ارزش آنان، تدوین فهرستی از مشکلات فرد در اجرای ارزش‌ها و رشد هیجان‌های مثبت	تلاش برای انعطاف‌پذیری روان‌شناختی
۷	ارائه تکنیک‌های درمانی قابلیت‌های فردی و عمل پذیرفتاری و افزایش کارایی بین فردی (استعاره صفحه شطرنج)	ارائه شیوه‌نامه‌های عملی در حل مشکلات، همراه با استفاده از استعاره‌ها و طرح‌ریزی برای تعهد به تعاقب موارد ارزشمند و خلق احساس معناداری	کسب انعطاف‌پذیری روان‌شناختی
۸	تکرار و ممارست تکنیک‌های درمانی ارائه‌شده با تصریح بر تنظیم هیجان‌ها و احساس ارزشمندی در زندگی	شرحی از مشی‌های ردجویی ارزش‌ها، تقاضا از بیماران برای بیان نتایج جلسه‌های درمانی و ارائه تکنیک‌های آموخته‌شده در زندگی با هدف خلق احساس معناداری و هیجان‌های مثبت	رهایی از هیجان‌ها و افکار منفی و کسب انعطاف‌پذیری روان‌شناختی

منبع: هایز، استروساهل و ویلسون (۲۰۱۱)

## ابزار سنجش

### پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان<sup>۱</sup> (CERQ-P)

این پرسشنامه توسط گارنفسکی، کرایچ و اسپین هوون (۲۰۰۱) ساخته و اعتباریابی کرده‌اند، در واقع یک ابزار خودگزارشی ۳۶ گویه‌ای به منظور شناسایی راهبردهای شناختی مقابله‌ای است و دامنه سنی بالاتر از ۱۲ سال (هم افراد بهنجار و هم جمعیت بالینی) را دربرمی‌گیرد. هر گویه در مقیاس درجه‌بندی لیکرت از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه) نمره‌گذاری می‌شوند. این پرسشنامه دارای دو راهبرد مثبت و منفی تنظیم شناختی هیجان و ۹ خرده مقیاس است. پنج خرده مقیاس این پرسشنامه برای جنبه‌های مثبت عبارت‌اند از: ۱. پذیرفتن ۲. تمرکز مجدد مثبت ۳. تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی ۴. ارزیابی مجدد مثبت ۵. دیدگاه‌پذیری. چهار خرده مقیاس دیگر برای جنبه‌های منفی شامل ۱. سرزنش خویش ۲. نشخوار فکری ۳. فاجعه‌انگاری ۴. سرزنش دیگری است. اعتبار آزمون با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۶۵ تا ۰/۸۳ و با استفاده از روش بازآزمایی ۰/۷۱ و روایی هم‌زمان آن ۰/۶۱ گزارش شده است (مؤدی و همکاران، ۲۰۲۰). همچنین صادق‌نژاد، تیموری و امیری (۲۰۲۰) در پژوهش خود برای بررسی تنظیم شناختی هیجان در بیماران مبتلا به صرع، پرسشنامه حاضر را استفاده کردند. اعتبار آزمون با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۷۶ تا ۰/۸۹ و با استفاده از روش بازآزمایی ۰/۷۳ و روایی هم‌زمان آن ۰/۵۲ گزارش شده است. اعتبار این پرسشنامه در پژوهش حاضر به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۴ به‌دست آمد.

### مقیاس خودکارآمدی اجتماعی<sup>۲</sup> (SSES)

این مقیاس را اسمیت و بتز (۲۰۰۰) طراحی کرده‌اند که تک‌عاملی است و ۲۵ گویه دارد که مقدار باور فرد به خویش را در وضعیت‌های اجتماعی متنوع در یک طیف پنج‌درجه‌ای از ۱ (اصلاً به خودم اعتماد ندارم) تا ۵ (کاملاً به خودم اعتماد دارم) را اندازه می‌گیرد. البته لازم به‌دلیل نبود تطابق فرهنگی، سه گویه حذف شد؛ بنابراین نمرات شرکت‌کنندگان از ۱۱۰-۲۲ است. اعتبار این مقیاس نیز از طریق آلفای کرونباخ ۰/۹۱ و با استفاده از روش بازآزمایی ۰/۸۲ و روایی هم‌زمان آن ۰/۶۹ گزارش شده است (کینگ، کینان، مک‌دوگال و اوک، ۲۰۲۰). همچنین در ایران اعتبار آن به‌کمک آلفای کرونباخ، ۰/۸۶ و با بازآزمایی ۰/۷۹ به‌دست آمد. روایی هم‌زمان آن نیز ۰/۶۸ گزارش شده است (محمدی دهقانی و یوسفی، ۱۳۹۵). اعتبار این پرسشنامه در پژوهش حاضر به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۷ به‌دست آمد.

## روش تجزیه و تحلیل اطلاعات

برای تحلیل داده‌ها و پاسخ به سؤال پژوهش از تحلیل کوواریانس تک‌متغیری و چندمتغیری استفاده شد.

1. Cognitive Emotion Regulation Questionnaire- Persian Version (CERQ-P)

2. Social Self-Efficacy Scale (SSES)

اجرای آزمون با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ صورت گرفت.

## یافته‌ها

### الف) توصیف جمعیت‌شناختی

در پژوهش حاضر ۳۰ نوجوان پسر مبتلا به صرع شرکت داشتند که میانگین و انحراف استاندارد سنی آن‌ها  $16/22 \pm 0/80$  سال بود. در این پژوهش ۱۲ نفر در پایه تحصیلی دهم متوسطه، ۹ نفر در پایه تحصیلی یازدهم متوسطه و ۹ نفر در پایه تحصیلی دوازدهم متوسطه تحصیل می‌کردند.

### ب) توصیف شاخص‌ها

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد مؤلفه‌های تنظیم شناختی هیجان در گروه‌های آزمایش و گواه

گروه آزمایش		گروه گواه		پس‌آزمون		پیش‌آزمون		متغیر	
میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد		
۱۳/۱۰	۴/۲۵	۱۷/۲۴	۴/۷۷	۱۳/۳۶	۳/۲۴	۱۳/۹۷	۲/۹۳	پذیرفتن	
۹/۱۶	۲/۳۳	۱۴/۱۵	۳/۵۵	۸/۹۱	۲/۲۸	۹/۷۴	۳/۲۲	تمرکز مجدد مثبت	راهبردهای
۱۲/۱۳	۲/۱۵	۱۸/۴۱	۳/۴۵	۱۱/۹۰	۳/۶۶	۱۱/۹۶	۳/۴۵	تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی	سازش یافته
۱۱/۴۱	۳/۵۸	۱۵/۶۹	۳/۱۲	۱۰/۲۶	۳/۲۸	۱۱/۲۹	۳/۳۹	ارزیابی مجدد مثبت	تنظیم شناختی
۱۲/۶۷	۲/۶۸	۱۵/۵۵	۲/۶۷	۱۲/۹۱	۲/۵۷	۱۲/۳۴	۲/۷۱	دیدگاه‌پذیری	هیجان
۱۷/۲۶	۲/۲۹	۱۰/۶۹	۲/۰۱	۱۶/۳۲	۲/۱۷	۱۵/۴۷	۱/۹۵	سرزنش خویش	راهبردهای
۱۵/۷۴	۲/۷۳	۱۰/۱۱	۲/۱۷	۱۴/۳۶	۲/۰۱	۱۴/۱۰	۲/۶۳	نشخوار فکری	سازش نایافته
۱۷/۲۲	۲/۴۱	۱۱/۷۷	۲/۱۳	۱۶/۸۷	۲/۲۲	۱۵/۸۱	۲/۷۱	فاجعه‌انگاری	تنظیم شناختی
۱۴/۱۳	۲/۶۱	۸/۱۷	۳/۰۳	۱۳/۴۶	۲/۸۶	۱۳/۰۱	۲/۳۴	سرزنش دیگری	هیجان

در جدول ۲ میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون نوجوانان مبتلا به صرع در دو گروه آزمایش و گواه در متغیر تنظیم شناختی هیجان ارائه شده است.

جدول ۳. میانگین و انحراف استاندارد متغیر خودکارآمدی اجتماعی در گروه‌های آزمایش و گواه

گروه آزمایش		گروه گواه		پس‌آزمون		پیش‌آزمون		متغیر
میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	
۵۱/۳۶	۳/۶۹	۱۰۵/۰۳	۳/۳۱	۴۹/۰۹	۲/۵۵	۵۳/۱۹	۲/۱۳	خودکارآمدی اجتماعی



در جدول ۳ میانگین و انحراف استاندارد نوجوانان مبتلا به صرع در دو گروه آزمایش و گواه در متغیر خودکارآمدی اجتماعی ارائه شده است.

### ج) توصیف نرمال شاخص‌ها

در ابتدا شرایط اجرای تحلیل کوواریانس چندمتغیری مؤلفه‌های تنظیم شناختی هیجان تحلیل شد. بررسی تحلیل یکسان بودن شیب خط رگرسیون نشان می‌دهد با احتمال ۹۵ درصد مفروضه برقرار است ( $P > 0.05$ ). توزیع نرمال متغیرها با آماره شاپیرو-ویلک<sup>۱</sup> بررسی شد که معنادار نبودند؛ در نتیجه توزیع متغیرها نرمال است. در راستای بررسی فرض‌های همگنی ماتریس‌های واریانس- کوواریانس از آزمون باکس<sup>۲</sup> ( $P = 0.31$ )،  $F = 2/01$ ،  $BOX = 37/45$  و لوین<sup>۳</sup> ( $P > 0.05$ ) استفاده شد که معنادار نبوده است. شرط همگنی ماتریس‌های واریانس/ کوواریانس به درستی رعایت شده است. همچنین بررسی آزمون خی‌دو بارتلت<sup>۴</sup> ( $X^2 = 32/19$ ،  $df = 15$ ،  $P < 0.001$ ) نشان می‌دهد رابطه میان این مؤلفه‌ها معنادار است. نتایج آزمون لامبدای ویلکز<sup>۵</sup> نشان می‌دهد اثر گروه بر ترکیب مؤلفه‌های مورد مطالعه معنادار است ( $P < 0.001$ ،  $F = 37/01$ )،  $F = 0/92$  لامبدای ویلکز؛ بنابراین شرایط اجرای تحلیل کوواریانس چندمتغیری برقرار است. در ابتدا شرایط اجرای تحلیل کوواریانس یک‌متغیری (آنکوا) بررسی شد. در راستای بررسی فرض‌های همگنی از واریانس‌های بین‌گروهی لوین ( $P > 0.05$ ) استفاده شد که معنادار نبوده است؛ بنابراین مفروضه برقرار است. بررسی تحلیل یکسان بودن شیب خط رگرسیون نشان می‌دهد مفروضه با احتمال ۹۵ درصد برقرار است ( $F = 2/05$ ،  $P > 0.05$ ). توزیع نرمال متغیرها با آماره شاپیرو-ویلک بررسی شد که معنادار نبودند؛ در نتیجه توزیع متغیرها نرمال است.

### د) آزمون فرضیه‌ها

بر اساس نتایج جدول ۴، بین گروه‌های آزمایش و گواه در مؤلفه‌های تنظیم شناختی هیجان تفاوت معناداری وجود دارد ( $P < 0.01$ ). به عبارت دیگر این درمان بر افزایش راهبردهای سازش‌یافته و کاهش راهبردهای سازش‌نیافته تنظیم شناختی هیجان نوجوانان مبتلا به صرع مؤثر بوده است.

- 
1. shapiro-wilk test
  2. box's m test
  3. levene's test
  4. bartlett's test
  5. wilks' lambda test

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای مؤلفه‌های تنظیم شناختی هیجان در دو گروه آزمایش و گواه

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	معناداری	مجدور اتا
پذیرفتن	۳۷/۱۱	۱	۳۷/۱۱	۷/۱۲	۰/۰۰۱	۰/۷۰
تمرکز مجدد مثبت	۳۹/۲۴	۱	۳۹/۲۴	۱۶/۷۴	۰/۰۰۱	۰/۸۲
راهبردهای سازش‌یافته تنظیم شناختی هیجان	۲۷/۷۷	۱	۲۷/۷۷	۱۲/۴۴	۰/۰۱	۰/۹۱
ارزیابی مجدد مثبت	۵۵/۷۲	۱	۵۵/۷۲	۱۹/۲۵	۰/۰۱	۰/۷۳
دیدگاه‌پذیری	۴۱/۵۹	۱	۴۱/۵۹	۱۱/۹۸	۰/۰۰۱	۰/۸۷
سرزنش خویش	۹۲/۱۵	۱	۹۲/۱۵	۲۵/۹۷	۰/۰۰۱	۰/۸۵
راهبردهای سازش‌نیافته تنظیم شناختی هیجان	۷۸/۳۳	۱	۷۸/۳۳	۱۴/۶۸	۰/۰۱	۰/۶۹
فاجعه‌انگاری	۸۹/۶۴	۱	۸۹/۶۴	۱۱/۶۱	۰/۰۰۱	۰/۹۰
سرزنش دیگری	۴۰/۲۲	۱	۴۰/۲۲	۶/۷۷	۰/۰۰۱	۰/۷۱

جدول ۵. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس (آنکوا) متغیر خودکارآمدی اجتماعی در دو گروه آزمایش و گواه

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	معناداری	مجدور اتا
عضویت گروهی	۳۷/۶۶	۱	۳۷/۶۶	۷/۲۶	۰/۰۰۱	۰/۷۳

براساس نتایج جدول ۵ بین میانگین نمرات خودکارآمدی اجتماعی میان گروه‌های آزمایش و گواه تفاوت معناداری وجود دارد ( $P < 0/001$ ). به عبارت دیگر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش خودکارآمدی اجتماعی نوجوانان مبتلا به صرع مؤثر بوده است.

## بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجان و خودکارآمدی اجتماعی نوجوانان مبتلا به صرع انجام شده است. نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش راهبردهای سازش‌یافته و کاهش راهبردهای سازش‌نیافته تنظیم شناختی هیجان نوجوانان مبتلا به صرع مؤثر بوده است ( $P < 0/001$ ). در این میان، نتایج پژوهش‌های سپیدل و همکاران (۲۰۱۸)، ابراهیم‌پور، میرزائیان و حسن‌زاده (۱۳۹۸) و درویش‌باصری و دشت‌بزرگی (۱۳۹۶) با نتایج پژوهش حاضر همسو است. در راستای تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت تنظیم شناختی هیجان معیاری اساسی در بهزیستی روانی و فعالیت‌های مفید است و درواقع تنظیم شناختی هیجان معادل استفاده از راهبردهای سازش‌یافته برای تنظیم هیجان‌ها در تعدیل تنیدگی‌های ادراکی مؤثر است. نوجوانانی که در حل مسائل خود راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان را به کار می‌برند، از شیوه توجیه خوش‌بینانه استفاده

می‌کنند و مسائل ناخوشایندی مانند بیماری را به علل خارجی، بی‌ثبات و مهارشدنی نسبت می‌دهند (لئو و همکاران، ۲۰۲۰). به این صورت که خود را مقصر بیماری‌شان نمی‌دانند و به این دلیل مدام خود را ملامت نمی‌کنند. آنان تصور نمی‌کنند بیماری‌شان تا آخر عمر با آن‌هاست، بلکه دیدگاه مثبتی دارند که بیماری، همراه دائمی آنان نیست و می‌توانند به برنامه‌ی عادی زندگی خودشان برگردند. همچنین از نظر آن‌ها می‌توان بیماری را مهارگری کرد؛ به همین دلیل برای کنارآمدن با آن در طرح‌ها و برنامه‌هایی شرکت می‌کنند و در مقابل آن تسلیم نمی‌شوند (تومبینی و همکاران، ۲۰۲۰).

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌دلیل فرایندهای حاکم بر آن تبیین می‌شود. در این میان، یکی از بنیادی‌ترین فنون درمان مذکور، تأکید بر ارزش‌ها و عهده‌داری اعمال است. تشویق بیماران مبتلا به صرع به شناخت ارزش‌هایشان و انتخاب مقاصد، اعمال، بازدارنده‌ها و درنهایت عهده‌داری اعمال برای رسیدن به مقاصد و حرکت در جهت ارزش‌ها، با توجه به دشواری‌ها سبب می‌شود ضمن اجرای مقاصد و شادی ناشی از آن به خشنودی از زندگی بینجامد و آنان را از رویارویی با مخمصه‌ای از تفکرات و هیجان‌های منفی از قبیل اضطراب، تنیدگی، یأس و ناامیدی که سبب شدت دشواری‌ها می‌شود، رهایی بخشد (وین و همکاران، ۲۰۱۹). بهره‌گیری از این نوع راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان، احتمالاً با کاهش احساسات منفی و در نتیجه افزایش کنش‌وری شناختی و هیجانی، موجبات مواجهه‌ی فرد برای حل دشواری‌ها و افزایش تحمل او را فراهم می‌کند. در این باره، برخی پژوهش‌ها (مؤدی و همکاران، ۲۰۲۰؛ کتواس و همکاران، ۲۰۱۸؛ بازارنیک، ۲۰۱۸) نشان می‌دهد بهره‌مندی از راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان مانند ارزیابی مجدد مثبت شناختی در مواجهه با تنیدگی، در بیشتر اوقات علاوه بر کاهش هیجان‌های منفی، به افزایش هیجان‌های مثبت منجر می‌شود. همچنین بهره‌مندی از این راهبردها برتری‌هایی دارد که عبارت‌اند از: کاستن از تجربه احساسات ناخواسته و هزینه‌هایی مانند واکنش‌های جسمانی غیرانطباقی یا آشفتگی در کارکرد اجتماعی. بهره‌گیری از این راهبردها، اثر ارزشیابی‌ها و پاسخ‌های ذهنی افراد را در برخورد با رویدادهای تنیدگی‌زا تعدیل کرده و پاسخ‌های شناختی، انگیزشی و رفتاری سازگار با موقعیت را فراهم می‌کند. با توجه به اینکه مبتلایان به صرع با تجربه‌ای منفی و تنیدگی‌زا در زندگی خود روبه‌رو هستند، بهره‌مندی از راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان در فرایند زندگی آن‌ها بسیار مؤثر است (کیوفینی و همکاران، ۲۰۱۸).

همچنین نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش خودکارآمدی اجتماعی نوجوانان مبتلا به صرع مؤثر است ( $P < 0.001$ ). در این راستا، نتایج پژوهش‌های لی و کیم (۲۰۲۰)، آدادیوگلو و اوغوز (۲۰۱۸) و قدم‌پور، رادمهر و یوسف‌وند (۱۳۹۶) با نتایج پژوهش حاضر هم‌سویی دارد. در راستای تبیین این یافته‌ها می‌توان بیان کرد که در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، عامل تمایل و پذیرفتن این شرایط را برای بیمار مبتلا به صرع ایجاد می‌کند تا خاطرات نامطلوب را بدون کوشش برای مهار آنان بپذیرد و این عمل منجر می‌شود آن خاطرات کمتر تهدیدآمیز باشند و تأثیر کمتری بر فرد داشته باشند. فرایندهای توجه‌آگاهی که در این درمان استفاده می‌شوند، به تغییرات فراوانی در شیوه‌ی کاربرد بیمار از توجه

خود منجر می‌شود. به عبارت دیگر به جهت‌گیری توجه منجر می‌شود تا چشم‌اندازی را در برابر مسائل ذهنی ایجاد کند که به فرد اجازه می‌دهد تا اتفاقات ذهنی را نظاره کند، به‌جای اینکه این اتفاقات را بخشی از وجود خویش بداند (وین و همکاران، ۲۰۱۹)؛ بنابراین رویدادهای درونی فرد، اگر همان‌طور که هستند تجربه شوند، برای سلامتی روانی و جسمی او ضرری ندارند؛ پس احتیاجی به مهار کردن آنان نیست، بلکه مهم به‌کارگیری این تجربه‌های درونی است و اگر براساس آنان کار شود، به بیمار مبتلا به صرع یاری می‌رساند تا در راستای ارزش‌هایش جلو برود.

با توجه به تصریحی که این درمان بر پذیرفتن خاطرات و انجام کارهای اختیاری و خودمختار دارد، می‌تواند در افزایش خودکارآمدی اجتماعی و عملکرد افراد مبتلا به صرع و در بهبود نشانه‌های آن بیماری مؤثر باشد (توهویگ و همکاران، ۲۰۱۸). خودکارآمدی اجتماعی در بیماران مبتلا به صرع عاملی مهم برای اجرای کامیابی در عملکرد است. عملکرد مناسب نیز به داشتن مهارت و ایمان به توانایی انجام آن مهارت نیازمند است. خودکارآمدی اجتماعی قدرت خلاق است که به کمک آن مهارت‌های شناختی، اجتماعی، عاطفی و رفتاری انسان برای اجرای مقاصد گوناگون به شیوه‌ای اثربخش مدیریت می‌شود و می‌تواند بر جنبه‌های روانی، رفتارها و انگیزه‌ها تأثیرگذار باشد (بگی، ۲۰۲۰). اگر بیمار مبتلا به صرع از خودکارآمدی اجتماعی بالایی برخوردار باشد، در انجام اعمال کامیاب‌تر است. همچنین خودکارآمدی، این قدرت را به بیمار می‌دهد تا بر اعمالش کنترل داشته باشد و از معیارهای پایه‌ای در افزایش خودمراقبتی در بیماران مزمن است. در این میان، باید ساخت و برگزاری مداخلات خانواده‌محور و همچنین سیاست‌گذاری‌های کلان در راستای کاهش برچسب مرتبط با بیماری و تغییر دیدگاه جامعه به بیماری صرع و دیدگاه‌های ناصحیح در این زمینه صورت بگیرد. چنین برنامه‌هایی در افزایش سطح خودکارآمدی بیماران مبتلا به صرع و در نتیجه مهارت‌های بهتر بیماری و سلامت عمومی آنان مؤثر است (آدادیوگلو و اوغوز، ۲۰۱۸).

به‌دلیل شیوع ویروس کرونا، نمونه‌گیری به‌صورت دردسترس و با توجه به پروتکل‌های بهداشتی ستاد ملی مبارزه با کرونا انجام شد و امکان برگزاری آزمون پیگیری به‌دلیل شیوع موج چهارم کرونا و دسترسی‌نداشتن به نمونه، امکان‌پذیر نبود که این مسئله از محدودیت‌های پژوهش حاضر است. پیش از برگزاری هر جلسه درمانی، سالن برگزاری جلسات کلینیک تخصصی علوم اعصاب ضدعفونی می‌شد و ماسک و مواد ضدعفونی‌کننده به‌صورت مجزا بین شرکت‌کنندگان توزیع می‌شد. با توجه به محدودیت‌های پژوهش، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از شیوه نمونه‌گیری تصادفی استفاده شود و در صورت امکان در مطالعات بعدی، پیگیری ۳-۶ ماهه صورت بگیرد تا تأثیر این نتایج در بلندمدت نیز بررسی شود. به‌دلیل اینکه پژوهش حاضر در میان نوجوانان پسر در شهر رشت انجام شده، نتایج آن تنها به همان گروه و مکان تعمیم‌پذیر است که این مسئله از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر به‌شمار می‌آید؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های بعدی در نوجوانان دختر و در موقعیت‌های جغرافیایی دیگر هم صورت بگیرد. با توجه به نتایج پژوهش حاضر به همه مسئولان امر پیشنهاد می‌شود امکان برگزاری جلسات مشاوره برای نوجوانان مبتلا به صرع را در انجمن مربوط فراهم کنند تا راهبردهای سازش‌یافته و سازش‌نایافته تنظیم شناختی

هیجان و توانایی نوجوانان در مهار هیجان‌های خود در مسائل خانوادگی و اجتماعی شناسایی شود و در صورت بروز مشکلات در این حوزه، مداخلات روان‌شناختی صورت بگیرد؛ زیرا استمرار این نگرش‌ها و برچسب‌زدن‌های ابتلا به این بیماری سبب شکل‌گیری اختلالات روان‌شناختی، رفتاری و اجتماعی می‌شود و به حضور مؤثر آن‌ها در اجتماع صدمه می‌رساند و به همین ترتیب خودکارآمدی اجتماعی آن‌ها کاهش می‌یابد؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود در کنار دارودرمانی، متخصصان این درمان را نیز در کلینیک‌های درمانی انجام دهند.

### تشکر و قدردانی

مقاله حاضر برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول در رشته روان‌شناسی دانشگاه گیلان است که با کد ۱۵۹۳۵۲ به تصویب شورای تحصیلات تکمیلی دانشگاه رسیده است. بدین وسیله از همه شرکت‌کنندگان پژوهش حاضر به دلیل همکاری صادقانه‌شان تشکر می‌کنیم.

### تضاد منافع

این پژوهش هیچ‌گونه تضاد منافی برای نویسندگان ندارد.

### منابع

- ابراهیم‌پور، ق.، میرزائیان، ب.، و حسن‌زاده، ر. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر بهزیستی روان‌شناختی، کیفیت زندگی و افسردگی بیماران مبتلا به صرع. *مجله دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد*. ۲۷(۲)، ۱۲۷۹-۱۲۶۲.
- درویش‌باصری، ل.، و دشت‌بزرگی، ز. (۱۳۹۶). اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجان و ناگویی هیجانی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو. *روان‌پرستاری*. ۵(۱)، ۱۴-۷.
- روشن‌نیا، س.، رضایی، ف.، و قدم‌پور، ع. (۱۳۹۶). مروری بر عوامل روان‌شناختی در صرع. *علوم اعصاب شفای خاتم*. ۱۲۳-۱۱۰.
- صالح‌زاده، م.، کلانتری، م.، مولوی، ح.، نجفی، م.، و نوری، ا. (۱۳۸۹). اثربخشی گروه‌درمانی-شناختی رفتاری با تأکید بر نگرش‌های ناکارآمد ویژه صرع بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به صرع مقاوم به دارو. *علوم رفتاری*. ۴(۴)، ۲۶۰-۲۵۵.
- قدم‌پور، ع.، رادمهر، پ.، و یوسف‌وند، ل. (۱۳۹۶). کارایی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد گروهی بر اضطراب سلامت زنان مبتلا به صرع با پیگیری سه ماهه. *مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد پزشکی تهران*. ۲۷(۴)، ۲۶۹-۲۷۶.
- محمدی‌دهقانی، م.، و یوسفی، ف. (۱۳۹۵). رابطه انواع خودکارآمدی با خشم: بررسی نقش واسطه‌ای حل مسئله اجتماعی. *روان‌شناسی تحولی: روان‌شناسان ایرانی*. ۱۲(۴۷)، ۲۵۰-۲۳۷.
- معزز، ر.، نریمانی، م.، حاجلو، ن.، ابوالقاسمی، ع.، و سوادی اسکویی، د. (۱۳۹۵). اثربخشی مدیریت استرس شناختی-

رفتاری در میزان فراوانی حملات صرعی نوجوانان مبتلا به صرع. پرستاری و مامایی. ۱۴(۹)، ۷۷۴-۷۶۷.

## References

- Adadioğlu, Ö., & Oğuz, S. (2018). Impact of self-efficacy on epilepsy management. *International Journal of Health Sciences and Research*, 8(5), 393-397.
- Bazarnik, A. (2018). Emotion dysregulation and psychopathology in epilepsy. *Polski Mercuriusz Lekarski: Organ Polskiego Towarzystwa Lekarskiego*, 44(264), 302-307.
- Beghi, E. (2020). The epidemiology of epilepsy. *Neuroepidemiology*, 54(2), 185-191.
- Ciuffini, R., Stratta, P., & Marrelli, A. (2018). Emotional reactivity in mesial temporal lobe epilepsy: A pilot study. *Epilepsy & Behavior*, 82, 87-90.
- Cohen, L., Manion, L., & Morrison, K. (2017). *Research methods in education (8<sup>th</sup> ed)*. London: Routledge.
- Engel, M. L., Barnes, A. J., Henry, T. R., Garwick, A. E., & Scal, P. B. (2019). Medical risk and resilience in adolescents and young adults with epilepsy: the role of self-management self-efficacy. *Journal of Pediatric Psychology*, 44(10), 1224-1233.
- Enoki, H., Itamura, S., Baba, S., Okanishi, T., & Fujimoto, A. (2020). Case report: Four cases of panayiotopoulos syndrome evolving to juvenile myoclonic epilepsy. *Frontiers in Neurology*, 11, 1-7.
- Fiest, K. M., Sauro, K. M., Wiebe, S., Patten, S. B., Kwon, C. S., Dykeman, J., Pringsheim, T., Lorenzetti, D. L., & Jetté, N. (2017). Prevalence and incidence of epilepsy: A systematic review and meta-analysis of international studies. *Neurology*, 88(3), 296-303.
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences*, 30(8), 1311-1327.
- Gupta, A., de Bruyn, G., Tousseyn, S., Krishnan, B., Lagae, L., & Agarwal, N. (2020). Epilepsy and neurodevelopmental comorbidities in tuberous sclerosis complex: A natural history study. *Pediatric Neurology*, 106, 10-16.
- Gur-Ozmen, S., Leibetseder, A., Cock, H. R., Agrawal, N., & von Oertzen, T. J. (2017). Screening of anxiety and quality of life in people with epilepsy. *Seizure*, 45, 107-113.
- Han, A., Yuen, H. K., & Jenkins, J. (2021). Acceptance and commitment therapy for family caregivers: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Health Psychology*, 26(1), 82-102.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2011). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*. New York: Guilford Press.
- King, G., Keenan, S., McDougall, C., & Oake, M. (2020). Investigating a participation-based friendship intervention for youth with disabilities: Effects on goal attainment, social self-efficacy, and engagement. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 40(2), 152-167.
- Kotwas, I., McGonigal, A., Bastien-Toniazzo, M., Bartolomei, F., & Micoulaud-Franchi, J. A. (2017). Stress regulation in drug-resistant epilepsy. *Epilepsy &*

- Behavior: E&B*, 71(Pt A), 39-50.
- Kotwas, I., McGonigal, A., Khalfa, S., Bastien-Toniazzo, M., Bartolomei, F., & Micoulaud-Franchi, J. A. (2018). A case-control study of skin conductance biofeedback on seizure frequency and emotion regulation in drug-resistant temporal lobe epilepsy. *International Journal of Psychophysiology*, 123, 103-110.
- Lee, S. A., & Kim, S. J. (2020). Self-efficacy in seizure management differentially correlated with quality of life in persons with epilepsy depending on seizure recurrence and felt stigma. *Seizure*, 81, 91-95.
- Leguia, M. G., Andrzejak, R. G., Rummel, C., Fan, J. M., Mirro, E. A., Tchong, T. K., Rao, V. R., & Baud, M. O. (2021). Seizure cycles in focal epilepsy. *JAMA Neurology*, 78(4), 454-463.
- Liu, J., Lim, M. S. M., Ng, B. T., Chong, S. A., Subramaniam, M., & Mahendran, R. (2020). Global emotion dysregulation and maladaptive cognitive emotion regulation strategies mediate the effects of severe trauma on depressive and positive symptoms in early non-affective psychosis. *Schizophrenia Research*, 222, 251-257.
- Mohammadi Khashouei, M., Ghorbani, M., & Tabatabaei, F. (2016). The effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on self-efficacy, perceived stress and resiliency in type II diabetes patients. *Global Journal of Health Science*, 9(5), 1-18.
- Moodie, C. A., Suri, G., Goerlitz, D. S., Mateen, M. A., Sheppes, G., McRae, K., Lakhan-Pal, S., Thiruchselvam, R., & Gross, J. J. (2020). The neural bases of cognitive emotion regulation: The roles of strategy and intensity. *Cognitive, Affective, & Behavioral Neuroscience*, 20(2), 387-407.
- Puolakanaho, A., Lappalainen, R., Lappalainen, P., Muotka, J. S., Hirvonen, R., Eklund, K. M., Ahonen, T., & Kiuru, N. (2019). Reducing stress and enhancing academic buoyancy among adolescents using a brief web-based program based on acceptance and commitment therapy: A randomized controlled trial. *Journal of Youth and Adolescence*, 48(2), 287-305.
- Sadeh Nezhad, H., Teimory, S., & Amiri, M. (2020). Effectiveness of acceptance and commitment therapy on emotion regulation in epileptic patients. *Social Determinants of Health*, 6(1), 1-10.
- Smith, B. M., Smith, G. S., & Dymond, S. (2020). Relapse of anxiety-related fear and avoidance: Conceptual analysis of treatment with acceptance and commitment therapy. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 113(1), 87-104.
- Smith, H. M., & Betz, N. E. (2000). Development and validation of a scale of perceived social self-efficacy. *Journal of Career Assessment*, 8(3), 283-301.
- Spidel, A., Lecomte, T., Kealy, D., & Daigneault, I. (2018). Acceptance and commitment therapy for psychosis and trauma: Improvement in psychiatric symptoms, emotion regulation, and treatment compliance following a brief group intervention. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 91(2), 248-261.
- Surges, R., Shmuelly, S., Dietze, C., Ryvlin, P., & Thijs, R. D. (2021). Identifying patients with epilepsy at high risk of cardiac death: Signs, risk factors and initial

- management of high risk of cardiac death. *Epileptic Disorders*, 23(1), 17-39.
- Tombini, M., Assenza, G., Quintiliani, L., Ricci, L., Lanzone, J., Ulivi, M., & Di Lazzaro, V. (2020). Depressive symptoms and difficulties in emotion regulation in adult patients with epilepsy: Association with quality of life and stigma. *Epilepsy & Behavior*, 107, 1-7.
- Turner, T. J., Zourray, C., Schorge, S., & Lignani, G. (2021). Recent advances in gene therapy for neurodevelopmental disorders with epilepsy. *Journal of Neurochemistry*, 157(2), 229-262.
- Twohig, M. P., Abramowitz, J. S., Smith, B. M., Fabricant, L. E., Jacoby, R. J., Morrison, K. L., Bluett, E. J., Reuman, L., Blakey, S. M., & Ledermann, T. (2018). Adding acceptance and commitment therapy to exposure and response prevention for obsessive-compulsive disorder: A randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 108, 1-9.
- Van Wijk-Herbrink, M. F., Broers, N. J., Roelofs, J., & Bernstein, D. P. (2017). Schema therapy in adolescents with disruptive behavior disorders. *International Journal of Forensic Mental Health*, 16(3), 261-279.
- Wynne, B., McHugh, L., Gao, W., Keegan, D., Byrne, K., Rowan, C., Hartery, K., Kirschbaum, C., Doherty, G., Cullen, G., Dooley, B., & Mulcahy, H. E. (2019). Acceptance and commitment therapy reduces psychological stress in patients with inflammatory bowel diseases. *Gastroenterology*, 156(4), 935-945.
- Yacubian, E. M. (2017). Juvenile myoclonic epilepsy: Challenges on its 60th anniversary. *Seizure*, 44, 48-52.