The Effectiveness of Schema Therapy on Cognitive Emotion Regulation and Social Self- Efficacy in Adolescents with Epilepsy

Fatemeh Rahbar Karbasdehi, Abbas Ali Hosseinkhanzadeh*, Iraj Shakerinia

Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, University of Guilan, Rasht, Iran

Article Info:

Received: **5 June 2021** ***Revised:*** **28 July 2021** ***Accepted*****: 10 Aug 2021**

ABSTRACT

Introduction**:** Patients with epilepsy face a variety of physical and psychological tensions that reduce their quality of life. Considering the relationship between cognitive emotion regulation and social self-efficacy with diseases of the central nervous system, one of the methods that can help rehabilitate patients with epilepsy is schema therapy. The present study aimed to determine the effectiveness of schema therapy on cognitive emotion regulation and social self-efficacy in adolescents with epilepsy. ***Materials and Methods:*** This investigation was a semi-experimental study with a pre-test/post-test and a control group. The sample consisted of 30 adolescents with epilepsy in Rasht, Iran in the year 2021 selected by the convenience sampling method and randomly assigned into two experimental and control groups (each group 15 individuals). The Cognitive Emotion Regulation Questionnaire and Social Self-Efficacy Scale were used to collect data before and after the treatment. The 10-session schema therapy was performed for the experimental group, but the control group did not receive any treatment. ***Results:*** The analysis of covariance results showed that schema therapy improved cognitive emotion regulation and social self-efficacy in adolescents with epilepsy. ***Conclusion:*** Schema therapy can be a suitable treatment method to improve emotion regulation and social skills in adolescents with epilepsy and can be beneficial in increasing the life satisfaction of these patients.

Keywords:

1. Schema Therapy
2. Emotional Regulation
3. Self Efficacy
4. Epilepsy

***Corresponding Author:** Abbas Ali Hosseinkhanzadeh

Email: *khanzadehabbas@guilan.ac.ir*

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-14]

[DOI: 10.52547/shefa.9.3.64]

اثربخشی طرحوارۀ درمانی بر تنظیم شناختی هیجان و خودکارآمدی اجتماعی نوجوانان مبتلا به صرع

فاطمه رهبر کرباسدهی، عباسعلی حسین‌خانزاده*، ایرج شاکری‌نیا

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

اطلاعات مقاله:
دریافت: ۱۵ خرداد ۱۴۰۰ اصلاحیه: ۶ مرداد ۱۴۰۰ پذیرش: ۱۹ مرداد ۱۴۰۰

چـــــکیده

مقدمه: بیماران مبتلا به صرع با تنش‌های متعدد جسمی و روانی مواجه هستند که منجر به کاهش کیفیت زندگی آنان می‌شود. با توجه به ارتباط تنظیم شناختی هیجان و خودکارآمدی اجتماعی با بیماری‌های سیستم اعصاب مرکزی، یکی از روش‌هایی که می‌تواند به توانبخشی بیماران مبتلا به صرع کمک نماید، طرحوارۀ درمانی است. هدف از انجام پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی طرحوارۀ درمانی بر تنظیم شناختی هیجان و خودکارآمدی اجتماعی نوجوانان مبتلا به صرع بود. ***مواد و روش‌ها:*** این پژوهش یک مطالعۀ نیمه‌آزمایشی با پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه گواه بود. نمونه پژوهش ۳۰ نوجوان مبتلا به صرع در شهر رشت، ایران در سال ۱۴۰۰- ۱۳۹۹ بودند که به‌طور در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه ۱۵ نفر) جایدهی شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامۀ تنظیم شناختی هیجان (گارنفسکی و همکاران، ۲۰۰۱) و مقیاس خودکارآمدی اجتماعی (اسمیت و بتز، ۲۰۰۰) در مراحل قبل و بعد از درمان استفاده شد. طرحوارۀ درمانی به صورت گروهی در ۱۰ جلسه برای گروه آزمایش ارائه شد ولی گروه گواه هیچ‌گونه درمانی دریافت نکرد. ***یافته‌ها:*** نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که اثربخشی طرحوارۀ درمانی بر بهبود تنظیم شناختی هیجان و خودکارآمدی اجتماعی نوجوانان مبتلا به صرع به‌طور معنی‌داری تأثیر دارد. ***نتیجه‌گیری:*** طرحوارۀ درمانی می‌تواند یک روش درمانی مناسب برای بهبود تنظیم هیجان و مهارت‌های اجتماعی در نوجوانان مبتلا به صرع بوده و می‌تواند در افزایش رضایت از زندگی این بیماران مفید باشد.

واژه‌های کلیدی:

۱- طرحوارۀ درمانی
۲- تنظیم هیجان
۳- خودکارآمدی
۴- صرع

***نویسنده مسئول:** عباسعلی حسین‌خانزاده

پست الکترونیک: *khanzadehabbas@guilan.ac.ir*

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-14]

[DOI: 10.52547/shefa.9.3.64]

مقدمه

صرع[1] یکی از شایع‌ترین بیماری‌های نورولوژیک است که باعث تشنجات مکرر می‌شود و علت آن تخلیه‌های الکتریکی غیرطبیعی در گروهی از نورون‌های مغزی است که به طور موقت عملکرد طبیعی مغز را متوقف می‌کند. وقتی این تخلیه‌های الکتریکی هر دو طرف مغز را به طور همزمان تحت تأثیر قرار دهد، به‌عنوان صرع عمومی[2] و زمانی که فقط یک قسمت از مغز را تحت تأثیر قرار دهد به‌عنوان صرع جزئی[3] شناخته می‌شود (۱). صرع‌های عمومی بر حسب تأثیر بر بدن، به انواع صرع غیاب[4] (صرع کوچک)، صرع میوکلونیک[5]، صرع کلونیک[6]، صرع تونیک[7]، صرع تونیک- کلونیک (صرع بزرگ) و صرع آتونیک[8] تقسیم می‌شوند. صرع میوکلونیک نوجوانان از شایع‌ترین انواع صرع‌های عمومی است و حدود ۵ تا ۱۱ درصد کل صرع‌ها را شامل می‌شود و عمدتاً در زمان بلوغ یا اواخر دوره کودکی و یا نوجوانی شروع می‌شود. ژنتیک نقش قابل توجهی در بروز این نوع صرع دارد؛ به طوری که چندین ژن مرتبط با افزایش خطر ابتلا به این بیماری شناسایی شده است. مشخصه اصلی این بیماری پرش‌های میوکلونیک خفیف تا متوسط شانه‌ها و بازوهای می‌باشد که بعد از بیدار شدن از خواب ایجاد می‌شود (۲). بنابر آمار رسمی سازمان بهداشت جهانی 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 (۳). شیوع این بیماری در ایران از استانداردهای جهانی بالاتر بوده و اکنون در ایران حدود ۱ تا ۱/۵ درصد افراد مبتلا به صرع هستند که این میزان در پسران نیز شایع‌تر می‌باشد (۴). دارو درمانی به‌عنوان اولین قدم درمانی در اکثر بیماران مبتلا به صرع استفاده می‌شود ولی با وجود افزایش تعداد داروهای مصرفی ضدصرع در این بیماران، حدود یک سوم آنان همچنان حملات مکرر صرع را تجربه می‌کنند. از این رو انواع روش‌های درمانی دیگر مانند جراحی، تحریک نورونی و رعایت رژیم‌های درمانی کتوژنیک[9] نیز به درمان‌های رایج افزوده می‌شوند (۵). نتایج مطالعات اخیر حاکی از آن است که مشکلات ناشی از حملات صرع می‌تواند بر زندگی روزانه نوجوان تأثیر گذاشته و استرس و عدم تعادل هیجانی ناشی از آن، یکی از عوامل مهم در تشدید و عود علائم بیماری صرع است (۶). فشار روانی مزمن نه تنها بدن را در برابر بیماری آسیب‌پذیر می‌کند، بلکه به سیستم اعصاب مرکزی نیز آسیب می‌رساند و این مشکلات هیجانی در بلندمدت تأثیرات جسمی، روانی و عصبی متعددی را بجای می‌گذارند و توانایی بدن را در مقابله با بیماری کاهش می‌دهند (۷). تنظیم شناختی هیجان[10] نیز یکی از سازه‌های مهم روانشناختی است که در دو دهه گذشته توجهات تجربی و نظری فراوانی را به خود جلب کرده است. به عبارتی تنظیم شناختی هیجان، فرآیندی فراتشخیصی و فرانظری است که به افراد اجازه نظارت، ارزشیابی و تعدیل ماهیت و طول مدت پاسخ‌های هیجانی را می‌دهد (۸). در واقع راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، پاسخ‌های شناختی به وقایع فراخوان هیجان هستند که به صورت هشیار یا ناهشیار سعی در تعدیل شدت و یا نوع تجربه هیجانی دارند؛ به طوری که استفاده از راهبردهای ناسازگارانه در تنظیم هیجان سبب بروز برخی آسیب‌های روانی نظیر اضطراب، افسردگی و پرخاشگری می‌گردد (۹). همچنین مطالعات نشان داده‌اند راهبردهای ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان مانند ملامت خود، نشخوارگری و فاجعه‌سازی، پیش‌بینی کننده اختلالات هیجانی در بیماران مبتلا به صرع می‌باشند (۱۰). علاوه بر الگوهای ذهنی و روش تفکر، قضاوتی که هر فرد از قابلیت‌های شخصی در تعاملات و مفاهیم اجتماعی دارد و به وسیله آن نتایج تعاملات اجتماعی را کنترل می‌کند، بسیار مهم است. خودکارآمدی اجتماعی[11] یک باور پایه و یا توانایی فرد در کنترل موقعیت‌های اجتماعی می‌باشد که منجر به نگرش خوش‌بینانه و رفتار مثبت می‌شود، که هر دو به اثربخشی در موقعیت‌های اجتماعی کمک می‌کند (۱۱). بیماران مبتلا به صرع که در این ساختار باور کمی دارند، سطح واقعی خود از شایستگی اجتماعی و یا آگاهی از رفتار مناسب اجتماعی را درنظر نمی‌گیرند. نگرانی، بلاتکلیفی و برچسب اجتماعی ناشی از صرع می‌تواند بر کیفیت زندگی و خودکارآمدی اجتماعی این بیماران نیز تأثیر داشته باشد (۱۲). تاکنون تکنیک‌ها و روش‌های متعددی برای درمان مشکلات هیجانی و اجتماعی بیماران مبتلا به صرع به کار برده شده است، اما بررسی‌ها نشان می‌دهد هر کدام از این روش‌های درمانی تنها تا حدی در درمان این مشکلات موثرند. در دهه اخیر رویکردی که در زمینهٔ درمان اختلال‌های هیجانی و اجتماعی خود را نشان داده، رویکرد طرحواره درمانی[12] بوده است. مفهوم کلیدی این رویکرد، طرحواره‌های ناسازگار اولیه[13] است. طرحواره درمانی به عمیق‌ترین سطح شناخت پرداخته و طرحواره‌های ناسازگار اولیه را هدف قرار می‌دهد و با بهره‌گیری از راهبردهای شناختی، هیجانی، رفتاری و بین‌فردی، بیماران را در غلبه بر طرحواره‌های مذکور یاری می‌دهد. هدف اولیهٔ این مدل روان‌درمانی، ایجاد آگاهی روانشناختی و افزایش کنترل آگاهانه بر طرحواره و هدف نهایی آن بهبود طرحواره‌ها و سبک‌های مقابله‌ای است

[1] Epilepsy
[2] General
[3] Partial
[4] Absence Seizure
[5] Myoclonic Seizure
[6] Clonic Seizure
[7] Tonic Seizure
[8] Atonic Seizure
[9] Ketogenic
[10] Cognitive Emotion Regulation
[11] Social Self-Efficacy
[12] Schema Therapy
[13] Early Maladaptive schemas

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-14]
[DOI: 10.52547/shefa.9.3.64]

(۱۳). در این راستا نتایج پژوهش‌ها بیانگر این است که طرحواره درمانی می‌تواند بر بهبود تنظیم شناختی هیجان و کاهش طرحواره‌های ناسازگار اولیه افراد موثر بوده و همچنین می‌تواند بر افزایش توانمندی اجتماعی نوجوانان نیز تأثیر داشته و میزان تاب‌آوری آنان را بهبود بخشد (۱۶-۱۳). با توجه به شیوع بالای بیماری صرع و ایجاد آسیب‌های متعددی در حوزه‌های شناختی، اجتماعی، خانوادگی و تحصیلی و همچنین کمبود پژوهش در این زمینه، این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی طرحواره‌درمانی بر تنظیم شناختی هیجان و خودکارآمدی اجتماعی نوجوانان مبتلا به صرع انجام شد (۴).

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه مورد مطالعه را تمامی نوجوانان پسر مبتلا به صرع ۱۵ تا ۱۸ سال مراجعه‌کننده به مراکز درمانی شهرستان رشت در سال ۱۴۰۰-۱۳۹۹ تشکیل دادند و نمونه پژوهش ۳۲ بیمار مبتلا به صرع بودند که بر اساس پرونده پزشکی و معیارهای ورود به پژوهش به صورت در دسترس انتخاب و به شیوه تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه ۱۶ نفر) جایدهی شدند. با توجه به اینکه در پژوهش‌های نیمه‌آزمایشی حداقل حجم نمونه ۱۵ نفر برای گروه توصیه شده است (۱۷)، با هدف افزایش اعتبار بیرونی و احتمال افت آزمودنی، ۱۶ نفر برای هر گروه انتخاب شدند. شرکت‌کنندگان از نظر شرایط ورود به پژوهش جنسیت (پسر)، دامنه سنی (۱۵ تا ۱۸ سال)، مقطع تحصیلی (نهم تا دوازدهم متوسطه)، ابتلا به بیماری صرع (نوع میوکلونیک)، نوع حمله (تشنج میوکلونیک و تونیک کلونیک)، مدت زمان مصرف دارو صرع (حداقل ۲ سال)، سابقه بیماری صرع (۲ تا ۶ سال)، عدم دریافت همزمان درمان‌های روانشناختی دیگر و ملاک خروج از پژوهش نیز غیبت بیش از دو جلسه بیمار از جلسات درمانی و عدم تمایل به ادامه روند درمان بود. جهت ملاحظات اخلاقی نیز از والدین شرکت‌کنندگان برای همکاری فرزندشان در روند اجرای پژوهش رضایت‌نامه کسب شد و به آنان اطمینان داده شد که کلیه اطلاعات آنان محرمانه بوده و فرزندشان در هر مرحله از پژوهش می‌توانند در صورت تمایل از روند اجرای پژوهش خارج شود. یک هفته پس از اجرای پیش‌آزمون، طرحواره درمانی به شیوه گروهی بر پایه الگوی یانگ و همکاران طی ۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای، ۲ روز در هفته توسط متخصص روانشناسی در مرکز درمانی برای گروه آزمایش انجام شد، در حالی که گروه گواه هیچ‌گونه درمانی دریافت نکرد (۱۸). همچنین یک هفته پس از اتمام درمان، پس‌آزمون از هر دو گروه (گروه‌های آزمایش و گواه) اخذ شد که در خلال پژوهش ۲ نفر (۱ نفر از گروه گواه و ۱ نفر از گروه آزمایش) به دلایل شخصی از روند اجرای پژوهش خارج شدند.

ابزارهای پژوهش

پرسشنامهٔ تنظیم شناختی هیجان[14]: این پرسشنامه یک ابزار خودگزارشی ۳۶ گویه‌ای است که توسط گارنفسکی[15] و همکاران به منظور شناسایی راهبردهای شناختی مقابله‌ای برای دامنه سنی بالاتر از ۱۲ سال (افراد بهنجار و جمعیت بالینی) ساخته و اعتباریابی شده است (۱۹). هر گویه در مقیاس درجه‌بندی لیکرت از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه) نمره‌گذاری می‌شوند. این پرسشنامه دارای ۲ راهبرد سازگارانه و ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان و ۹ خرده مقیاس است. پنج خرده مقیاس این پرسشنامه برای جنبهٔ سازگارانه عبارتند از: ۱) پذیرفتن ۲) تمرکز مجدد مثبت ۳) تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی ۴) ارزیابی مجدد مثبت ۵) دیدگاه‌پذیری. چهار خرده مقیاس دیگر برای جنبه ناسازگارانه شامل: ۱) سرزنش خویش ۲) نشخوار فکری ۳) فاجعه انگاری ۴) سرزنش دیگری. اعتبار آزمون با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۶۵تا ۰/۸۳ و با استفاده از روش بازآزمایی ۰/۷۱ و روایی همزمان آن ۰/۶۱، و در ایران نیز ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۸۸ و با استفاده از روش بازآزمایی ۰/۸۳ و میزان روایی همزمان این پرسشنامه در دامنه ۰/۳۷ تا ۰/۶۴ گزارش شده است (۱۶، ۱۳). مقیاس خودکارآمدی اجتماعی[16]: این مقیاس تک عاملی ۲۵ گویه‌ای توسط اسمیت و بتز[17] ساخته و اعتباریابی شده که میزان اعتماد فرد به خودش را در موقعیت‌های اجتماعی گوناگون در طیف پنج درجه‌ای از ۱ (اصلاً به خودم اعتماد ندارم) تا ۵ (کاملاً به خودم اعتماد دارم) اندازه می‌گیرد (۲۱). البته لازم به ذکر است که سه گویه به دلیل عدم تطابق فرهنگی حذف گردید. از این رو حداقل نمره می‌توانند در این مقیاس ۲۲ و حداکثر آن ۱۱۰ باشد. اعتبار این مقیاس از طریق آلفای کرونباخ ۰/۹۱ و با استفاده از روش بازآزمایی ۰/۸۲ و روایی همزمان آن ۰/۶۹، و در ایران نیز اعتبار آن با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۸۷ و با استفاده از روش بازآزمایی ۰/۷۹ و روایی همزمان آن ۰/۶۸ گزارش شده است (۲۳-۲۲). برنامه مداخله طرحواره درمانی: برای اجرای طرحواره درمانی از برنامهٔ مداخله‌ای یانگ و همکاران استفاده شد (۱۸). این برنامه در ۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای به صورت گروهی برگزار شد. شرح مختصر جلسه‌های درمانی در جدول (۱) ارائه شده است.

[14] Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ-P)
[15] Garnefski
[16] Social Self-Efficacy Scale
[17] Smith & Betz

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-14]
[DOI: 10.52547/shefa.9.3.64]

جدول ۱- شرح جلسات برنامه طرحواره درمانی

جلسه	اهداف جلسه	محتوای جلسه	تغییر رفتار مورد انتظار
اول	ایجاد ارتباط و آشنایی اعضای گروه با هم؛ آشنایی کلی با طرحواره درمانی	معرفی و آشنایی افراد با یکدیگر؛ مطرح کردن قوانین گروه و مسئلهٔ مهم رازداری؛ بیان اهداف؛ آموزش مفهوم طرحواره و طرحواره درمانی	ایجاد اطمینان خاطر و آمادگی در اعضاء از شرکت در مشاوره گروهی
دوم	درک ریشه‌های تحولی طرحواره‌ها؛ ارتباط دادن طرحواره‌ها به مشکلات فعلی؛ کمک به اعضاء برای تجربه کردن هیجان‌های مرتبط با طرحواره	سنجش طرحواره از طریق تصویرسازی ذهنی؛ شناخت و برانگیختن طرحواره‌های اعضاء	توانایی تحلیل الگوهای خودآسیب‌رسانی که بارها و بارها در طی زندگی اتفاق افتاده‌اند.
سوم	پی بردن به سبک‌های مقابله‌ای و شناختن ماهیت خودآسیب‌رسان سبک‌های مقابله‌ای	آشنا کردن اعضاء با سبک‌های مقابله‌ای؛ بررسی انواع سبک‌های مقابله‌ای در چند نفر از اعضای گروه	توانایی جایگزین کردن رفتارهای سالم به جای سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار
چهارم	طرح‌ریزی موضعی منطقی و عقلائی در برابر طرحواره‌ها	آزمون اعتبار طرحواره‌ها؛ جمع‌آوری شواهد عینی تایید کننده و رد کننده طرحواره‌ها	اعضاء از طریق راهبردهای شناختی متوجه شوند که طرحواره نادرست است.
پنجم	یادگیری مهارت‌هایی به منظور مقابله با طرحواره‌ها هنگام برانگیختن در زندگی روزمره	ارزیابی مزایا و معایب پاسخ‌های مقابله‌ای اعضاء؛ تدوین و ساخت کارت‌های آموزشی طرحواره	تهیه کارت‌هایی که قوی‌ترین شواهد علیه طرحواره‌ها را دربرگیرد.
ششم	بی‌اعتقاد کردن اعضاء به شواهد حمایت‌کننده طرحواره؛ کسب کردن روش‌های تفکر و احساس سالم‌تر و جدیدتر	بررسی فرم ثبت طرحواره و کارت‌های آموزشی؛ تعریف جدید از شواهد تاییدکننده طرحواره؛ به کاربردن تکنیک گفتگو بین "جنبه سالم" و"جنبه طرحواره" با اقتباس از تکنیک صندلی خالی	پیدا کردن احساس رهایی از سبک‌های خوگرفته شده تفکر ناسالم
هفتم	برانگیختن هیجان‌های مرتبط با طرحواره‌های ناسازگار اولیه	تصویرسازی ذهنی از دوران کودکی و ربط دادن آن به زمان حال؛ مفهوم‌سازی تصویر ذهنی در قالب طرحواره	گره زدن باور شناختی از غلط بودن طرحواره به باور هیجانی
هشتم	شناسایی نیازهای ارضاء نشده، توانمندسازی اعضاء برای جنگیدن علیه طرحواره‌ها	برقراری گفت‌وگوی خیالی با والدین در جلسه از طریق روش صندلی خیالی	پیداکردن راه‌های جدید برقراری ارتباط
نهم	تمرکز بیشتر بر حوزه بریدگی و طرد که ارتباط بیشتری با سبک دلبستگی ناایمن دارد.	تعیین رفتارهای خاص به‌عنوان آماج‌های احتمالی تغییر	درک ارتباط سبک دلبستگی ناایمن با طرحواره‌های ناسازگار
دهم	جایگزین کردن سبک‌های مقابله‌ای سالم‌تر به جای الگوهای رفتاری طرحواره‌ها	افزایش انگیزه برای تغییر رفتار از طریق: ارتباط دادن رفتار آماجی با ریشه‌های تحولی آن در دوران کودکی؛ بازنگری مزایا و معایب ادامه رفتار؛ تمرین رفتارهای سالم از طریق تصویرسازی ذهنی و ایفای نقش؛ جمع‌بندی و مرور کلی	فاصله گرفتن از طرحواره و در نظرگرفتن طرحواره به‌عنوان موجود مزاحم نه به‌عنوان یک حقیقت مسلم

تجزیه و تحلیل داده‌ها

در این پژوهش داده‌ها در سطح آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (آزمون تحلیل کوواریانس) در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ مورد بررسی قرار گرفتند و داده‌های این پژوهش از طریق نرم افزار آماری SPSS 24 مورد تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر ۳۰ نوجوان مبتلا به صرع شرکت داشتند که میانگین و انحراف معیار سنی آن‌ها ۰/۷۵ ±۱۶/۵۴ سال بودند.

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار مولفه‌های تنظیم شناختی هیجان در پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه‌های آزمایش و گواه

	گروه	گروه آزمایش				گروه گواه			
		پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
	متغیر	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
راهبردهای سازگارانه تنظیم شناختی هیجان	پذیرش	۱۳/۱۲	۳/۲۲	۱۸/۲۶	۴/۲۳	۱۲/۰۶	۳/۳۹	۱۳/۰۱	۲/۲۲
	تمرکز مجدد مثبت	۸/۲۱	۲/۱۹	۱۵/۱۲	۳/۹۹	۷/۹۷	۲/۷۷	۸/۶۷	۲/۸۲
	تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی	۱۳/۱۰	۲/۶۵	۱۹/۳۳	۳/۲۹	۱۰/۸۸	۳/۴۵	۱۱/۱۴	۳/۳۳
	ارزیابی مجدد مثبت	۱۱/۴۴	۳/۸۱	۱۶/۶۹	۲/۱۲	۱۱/۲۶	۳/۴۳	۱۱/۶۷	۳/۷۶
	دیدگاه‌پذیری	۱۲/۲۲	۳/۶۸	۱۶/۳۱	۲/۳۳	۱۱/۹۱	۲/۲۱	۱۱/۸۸	۳/۷۱
راهبردهای ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان	سرزنش خود	۱۸/۲۵	۲/۱۹	۱۱/۶۵	۲/۶۴	۱۷/۳۱	۳/۱۵	۱۶/۴۴	۲/۹۵
	نشخوارگری	۱۶/۷۴	۳/۰۳	۱۰/۶۷	۳/۱۱	۱۶/۳۱	۲/۱۴	۱۶/۰۹	۳/۶۱
	فاجعه‌انگاری	۱۸/۲۲	۳/۴۱	۱۰/۷۷	۳/۱۳	۱۷/۶۶	۲/۶۷	۱۷/۱۳	۳/۷۱
	سرزنش دیگری	۱۳/۱۹	۳/۳۳	۷/۱۵	۲/۶۳	۱۳/۷۱	۳/۸۱	۱۳/۸۸	۲/۴۷

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-14]
[DOI: 10.52547/shefa.9.3.64]

در جدول ۲ میانگین و انحراف معیار نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون نوجوانان مبتلا به صرع در دو گروه آزمایش و گواه در متغیر تنظیم شناختی هیجان ارائه شده است. جهت اجرای تحلیل کوواریانس چندمتغیری مولفه‌های تنظیم شناختی هیجان ابتدا مفروضه‌های آن مورد بررسی قرار گرفت. نتایج تحلیل یکسان بودن شیب خط رگرسیون به‌عنوان پیش‌فرض تحلیل کوواریانس چندمتغیری نشان داد، با احتمال ۹۵ درصد مفروضه همگنی شیب خطوط رگرسیون رعایت شده است (P<۰/۰۵). توزیع نرمال متغیرها با آماره شاپیرو- ویلک مورد بررسی قرار گرفت و معنی‌دار نبودند، در نتیجه توزیع متغیرها از توزیع نرمال پیروی می‌کند. جهت رعایت فرض‌های همگنی ماتریس‌های واریانس- کوواریانس از آزمون باکس و لوین استفاده شد. بر اساس آزمون باکس که برای هیچ یک از متغیرها معنی‌دار نبوده است، شرط همگنی ماتریس‌های واریانس/ کوواریانس به درستی رعایت شده است (P<۰/۴۲، F=۳/۲۳، BOX=۴۱/۲۶). بر اساس آزمون لوین و عدم‌معنی‌داری آن برای همه متغیرها، شرط برابری واریانس‌های بین‌گروهی رعایت شده است (P<۰/۰۵) و همچنین نتایج آزمون خی‌دو بارتلت برای بررسی معنی‌داری رابطه بین مولفه‌های تنظیم شناختی هیجان نشان داد که رابطه بین این مولفه‌ها معنی‌دار است (P<۰/۰۰۱، df=۱۷، X^2=۳۴/۲۲). نتایج آزمون لامبدای ویلکز نشان داد که اثر گروه بر ترکیب مولفه‌های مورد مطالعه معنی‌دار می‌باشد (P<۰/۰۰۱، F=۴۰/۱۵، ۰/۹۵=لامبدای ویلکز) و آزمون‌های فوق قابلیت استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیری را مجاز شمرد. نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد بین میانگین نمرات مولفه‌های تنظیم شناختی هیجان بین گروه‌های

جدول ۳- نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای مولفه‌های تنظیم شناختی هیجان در دو گروه آزمایش و گواه

	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجهٔ آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	معنی‌داری	مجذور اتا
راهبردهای سازگارانه تنظیم شناختی هیجان	پذیرش	۳۹/۴۶	۱	۳۹/۴۶	۸/۲۱	۰/۰۰۱	۰/۷۹
	تمرکز مجدد مثبت	۴۲/۶۸	۱	۴۲/۶۸	۱۷/۹۱	۰/۰۰۱	۰/۸۵
	تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی	۲۹/۸۹	۱	۲۹/۸۹	۱۳/۶۶	۰/۰۰۱	۰/۹۱
	ارزیابی مجدد مثبت	۶۰/۸۷	۱	۶۰/۸۷	۲۰/۶۴	۰/۰۰۱	۰/۸۱
	دیدگاه‌پذیری	۴۳/۹۷	۱	۴۳/۹۷	۱۲/۲۳	۰/۰۰۱	۰/۸۹
راهبردهای ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان	سرزنش خود	۹۶/۱۸	۱	۹۶/۱۸	۲۶/۷۴	۰/۰۰۱	۰/۸۶
	نشخوارگری	۸۱/۹۹	۱	۸۱/۹۹	۱۵/۷۱	۰/۰۰۱	۰/۷۱
	فاجعه‌انگاری	۹۰/۲۶	۱	۹۰/۲۶	۱۰/۱۷	۰/۰۰۱	۰/۹۳
	سرزنش دیگری	۴۳/۳۳	۱	۴۳/۳۳	۷/۱۹	۰/۰۰۱	۰/۷۷

آزمایش و گواه تفاوت معنی‌داری وجود دارد (P<۰/۰۰۱). به عبارت دیگر، طرحواره درمانی بر بهبود تنظیم شناختی هیجان نوجوانان مبتلا به صرع موثر بوده است. در جدول ۴ میانگین و انحراف معیار نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون نوجوانان مبتلا به صرع در دو گروه آزمایش و گواه در متغیر خودکارآمدی اجتماعی ارائه شده است. جهت اجرای تحلیل کوواریانس تک‌متغیری ابتدا مفروضه‌های آن مورد بررسی قرار گرفت. بر اساس آزمون لوین و عدم‌معنی‌داری آن برای متغیر خودکارآمدی اجتماعی، شرط برابری واریانس‌های بین‌گروهی رعایت شده است (P<۰/۰۵). همچنین نتایج تحلیل یکسان بودن شیب خط رگرسیونی به‌عنوان پیش‌فرض تحلیل کوواریانس یک‌متغیری نشان داد، مفروضه همگنی شیب خطوط رگرسیون رعایت شده است (P<۰/۰۵). توزیع نرمال متغیرها با آماره شاپیرو- ویلک مورد بررسی قرار گرفت و معنی‌دار نبودند در نتیجه توزیع متغیرها از توزیع نرمال پیروی می‌کند و آزمون‌های فوق قابلیت استفاده از تحلیل کوواریانس تک‌متغیری را مجاز شمرد.

جدول ۴- میانگین و انحراف معیار متغیر خودکارآمدی اجتماعی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه‌های آزمایش و گواه

	گروه آزمایش				گروه گواه			
	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
متغیر	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
خودکارآمدی اجتماعی	۵۷/۲۴	۲/۲۲	۹۸/۳۹	۲/۶۸	۵۵/۸۹	۲/۴۷	۵۶/۷۹	۲/۵۳

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-14]
[DOI: 10.52547/shefa.9.3.64]

جدول ۵- نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیری متغیر خودکارآمدی اجتماعی در دو گروه آزمایش و گواه

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	معنی‌داری	مجذور اتا
عضویت گروهی	۳۹/۸۵	۱	۳۹/۸۵	۸/۷۷	۰/۰۰۱	۰/۷۹

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد بین میانگین نمرات خودکارآمدی اجتماعی بین گروه‌های آزمایش و گواه تفاوت معنی‌داری وجود دارد (P<۰/۰۰۱). به عبارت دیگر، طرحواره درمانی بر بهبود خودکارآمدی اجتماعی نوجوانان مبتلا به صرع موثر بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر تنظیم شناختی هیجان و خودکارآمدی اجتماعی نوجوانان مبتلا به صرع انجام شد. بررسی نتایج پژوهش حاضر نشان داد که طرحواره درمانی بر بهبود تنظیم شناختی هیجان نوجوانان مبتلا به صرع موثر می‌باشد (P<۰/۰۰۱). نتایج پژوهش‌های رهبر کرباسدهی و همکاران و رهبر طارمسری و همکاران که از اثربخشی طرحواره درمانی بر بهبود تنظیم شناختی هیجان نوجوانان حمایت نموده‌اند، با نتایج پژوهش حاضر همسو است (۱۴، ۱۳). در راستای تبیین این یافته‌ها می‌توان بیان نمود که تنظیم شناختی هیجان، عاملی مهم و تعیین‌کننده در بهزیستی روانی و کنش‌وری اثربخش است. استفاده از راهبردهای سازگارانه جهت تنظیم هیجانات در تعدیل استرس‌های ادراکی موثر می‌باشد؛ زیرا این راهبردهای سازگارانه به بهبود ظرفیت روانی، تنظیم هیجانات و قدرت حل مسئله نوجوانان مبتلا به صرع منجر شده و پذیرش بیماری را برای آنان تسهیل می‌نماید (۱۰). مطالعات مختلف نیز نشان داده‌اند، نوجوانان مبتلا به صرع به دلیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه از راهبردهای ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان مانند ملامت خود و نشخوارگری استفاده کرده و این مسئله منجر به اضطراب مضاعف در آن‌ها می‌گردد و در واقع طرحواره درمانی با تنظیم شناختی هیجانات، منجر به کاهش طرحواره‌های ناسازگار در آنان می‌شود (۲۴). طرحواره درمانی با تاکید بر تغییر سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار و طرحواره‌های ناسازگار شکل گرفته در دوران کودکی و تبیین نحوه اثرگذاری آن‌ها در پردازش و رویارویی با رویدادهای زندگی، و ارائه تکنیک‌های شناختی و رفتاری سازگارتر و جدیدتر به جای سبک‌ها و راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد، فرصتی را برای بهبود راهبردهای تنظیم شناختی هیجان فراهم آورده است (۱۸). از آنجا که تاکید عمده طرحواره درمانی بر روی هیجانات است و استفاده از تکنیک‌های تجربی و هیجانی قسمت اعظمی از این درمان را در بر می‌گیرد، لذا این تکنیک‌ها کمک می‌کند تا فرد نسبت به هیجانات خود آگاهی یافته، آن‌ها را بپذیرد و بهتر بتواند هیجانات خود را تنظیم کند و با سازماندهی مجدد هیجانی، یادگیری‌های جدید، تنظیم عاطفه بین‌فردی و نیز خود آرامش‌دهی، زمینه را برای استفاده صحیح از راهبردهای سازگارانه‌تر تنظیم هیجانات مهیا سازد (۱۳). شواهد متعدد نشان می‌دهد که اگرچه طرحواره درمانی در اصل به صورت فردی تنظیم شده، لیکن وجود عوامل گروهی، فعال‌سازی تکنیک‌های طرحواره درمانی را تسهیل نموده و آثار جبرانی مهمی بر طرحواره‌های مرکزی از قبیل طرد و بریدگی، انزوای اجتماعی، بی‌اعتمادی و محرومیت هیجانی دارد (۱۴). در واقع به دلیل ایجاد پیوندها و تعاملات نزدیک بین اعضای گروه، امکان مواجهه واقعی و مرتبط ساختن تجارب اولیه با فرآیندهای طرحواره‌ای اینجا و اکنون در یک محیط حمایت‌گرانه نیز افزایش یافته و از طرف دیگر با افزایش حس خودکارآمدی و خطرپذیری اعضاء، انجام رفتارهای جدید نیز تقویت می‌شود؛ همچنین اعضای گروه یاد می‌گیرند که به جای کناره‌گیری از هیجانات خود، به ابراز همدلی و برآورده ساختن نیازهای عاطفی خود در گروه بپردازند (۱۸). همچنین بررسی نتایج پژوهش حاضر نشان داد که طرحواره درمانی بر بهبود خودکارآمدی اجتماعی نوجوانان مبتلا به صرع موثر می‌باشد (P<۰/۰۰۱). نتایج پژوهش‌های رهبر کرباسدهی و همکاران و مرواریدی و همکاران که از اثربخشی طرحواره درمانی بر بهبود خودکارآمدی اجتماعی نوجوانان حمایت نموده‌اند، با نتایج پژوهش حاضر همسو است (۱۶-۱۵). در راستای تبیین این یافته‌ها می‌توان بیان نمود که نوجوانان مبتلا به صرع، مشکلاتی را در موقعیت‌های اجتماعی داشته و از نظر اجتماعی گوشه‌گیر بوده و برای امتناع از مواجهه با موقعیت اجتماعی به والدین وابسته و متکی هستند. حملات ناشی از بیماری صرع، برچسب خوردن و دریافت خدمات درمانی ویژه باعث می‌شود که نوجوان احساس کند با بقیه همسالان خود تفاوت دارد و این مسئله احساس اضطراب نوجوان را افزایش داده و منجر به مشکلات اجتماعی و اعتماد

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-14]
[DOI: 10.52547/shefa.9.3.64]

به نفس ضعیف می‌شود (۱۰). با توجه به این که نوجوانان مبتلا به صرع از لحاظ توانش اجتماعی دچار مشکل هستند و در ارتباطات فردی و اجتماعی با مشکلات اساسی مواجه‌اند، لذا طرحواره درمانی می‌تواند نسبت به اصلاح الگوی پردازش اطلاعات اجتماعی، راهبردهای حل مسئله اجتماعی و استدلال اجتماعی آن‌ها موثر باشد. طرحواره درمانی می‌تواند با تغییر شناخت‌ها و رفتارهای سازش‌نایافته، به‌عنوان یک روش مداخلهٔ موثر عمل نماید و با بکارگیری راهبردهای شناختی در کاهش طرحواره‌های ناسازگار، نیرومند ساختن رفتارهای اجتماع‌پسند، افزایش شناخت اجتماعی و بهبود روابط با همسالان موثر باشد (۱۵). لذا این درمان، زمینه را برای پیشرفت نوجوانان مبتلا به صرع در موقعیت‌های مختلف اجتماعی، دوست‌یابی و شرکت در فعالیت‌های مدرسه فراهم می‌کند و از فرسودگی روانی این دانش‌آموزان، والدین و معلمان آن‌ها جلوگیری می‌کند (۲۴). از محدودیت‌های پژوهش حاضر، شیوه نمونه‌گیری در دسترس در مرحلهٔ اولیهٔ نمونه‌گیری و عدم امکان پیگیری نتایج بوده است. بنابراین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از شیوه نمونه‌گیری تصادفی و نیز در صورت امکان از پیگیری ۳ تا ۶ ماهه استفاده شود تا ماندگاری تأثیر این یافته‌ها در درازمدت نیز مورد بررسی قرار گیرد. با توجه به کارآمدی بالای این برنامه درمانی پیشنهاد می‌شود در کنار دارو درمانی، این درمان نیز توسط متخصصان در کلینیک‌ها و مؤسسات آموزشی و توانبخشی انجام شود.

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول در رشته روانشناسی دانشگاه گیلان است که در شورای تحصیلات تکمیلی دانشگاه با کد ۱۵۹۳۵۲ و در کمیته اخلاق دانشگاه گیلان نیز با کد IR.GUI-LAN.REC.1400.002 به تصویب رسیده است. بدین وسیله از تمامی شرکت‌کنندگان پژوهش حاضر به خاطر همکاری صادقانه‌شان تشکر می‌گردد.

منابع

1. Thijs RD, Surges R, O'Brien TJ, Sander JW. Epilepsy in adults. Lancet. 2019; 393(10172): 689-701.

2. Yacubian EM. Juvenile myoclonic epilepsy: Challenges on its 60th anniversary. Seizure. 2017; 44: 48-52.

3. Beghi E. The epidemiology of epilepsy. Neuroepidemiology. 2020; 54(2): 185-91.

4. Sadr SS, Javanbakht J, Javidan AN, Ghaffarpour M, Khamse S, Naghshband Z. Descriptive epidemiology: prevalence, incidence, sociodemographic factors, socioeconomic domains, and quality of life of epilepsy: an update and systematic review. Arch Med Sci. 2018; 14(4): 717-24.

5. Kuersten M, Tacke M, Gerstl L, Hoelz H, Stülpnagel CV, Borggraefe I. Antiepileptic therapy approaches in KCNQ2 related epilepsy: A systematic review. Eur J Med Genet. 2020; 63(1): 103628.

6. Amiri S, Taghibeigi M, Farhang S, Noorazar SG, Aghamohammadpour M. Psychiatric comorbidities in a sample of Iranian children and adolescents with epilepsy. Journal of Research in Clinical Medicine. 2017; 5(2): 49-57.

7. Lang JD, Taylor DC, Kasper BS. Stress, seizures, and epilepsy: Patient narratives. Epilepsy Behav. 2018; 80: 163-72.

8. Vanderlind WM, Millgram Y, Baskin-Sommers AR, Clark MS, Joormann J. Understanding positive emotion deficits in depression: From emotion preferences to emotion regulation. Clin Psychol Rev. 2020; 76: 101826.

9. Cludius B, Mennin D, Ehring T. Emotion regulation as a transdiagnostic process. Emotion. 2020; 20(1): 37-42.

10. Tombini M, Assenza G, Quintiliani L, Ricci L, Lanzone J, Ulivi M, et al. Depressive symptoms and difficulties in emotion regulation in adult patients with epilepsy: Association with quality of life and stigma. Epilepsy Behav. 2020; 107: 107073.

11. Tsai W, Wang KT, Wei M. Reciprocal relations between social self-efficacy and loneliness among Chinese international students. Asian Am J Psychol. 2017; 8(2): 94-102.

12. Ayar D, Bektas M, Ünalp A, Edizer S, Yalçintuğ FM, Güdeloğlu E. The association between seizure self-efficacy of children with epilepsy and the perceived stigma. Epilepsy Behav. 2020; 110: 107141.

13. Rahbar Karbasdehi E, Abolghasemi A, Rahbar Karbasdehi F. The effectiveness of schema therapy integrated with rehabilitation on cognitive emotion regulation and existential anxiety in patients with congestive heart failure. J Contemp Psychother. 2018; 48(4): 233-9.

14. Rahbar Taramsari M, Keshavarz P, Abolghasemi A, Rahbar Karbasdehi E, Rahbar Karbasdehi F. The effectiveness of group schema therapy on behavioral activation/ inhibition systems and cognitive emotion regulation in female students with anxiety symptoms. Journal of Guilan University of Medical Sciences. 2019; 27(108): 62-70. (Persian).

15. Rahbar Karbasdehi F, Abolghasemi A, Rahbar

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-14]

[DOI: 10.52547/shefa.9.3.64]

Karbasdehi E. The effectiveness of schema therapy on psychological resilience and social empowerment in students with depression symptoms. Journal of Psychological Studies. 2020; 15(4): 73-90.(Persian).

16. Morvaridi M, Mashhadi A, Shamloo ZS, Leahy RL. The effectiveness of group emotional schema therapy on emotional regulation and social anxiety symptoms. Int J Cogn Ther. 2019; 12(1): 16-24.

17. Cohen L, Manion L, Morrison K. Research methods in education. 8th ed. London: Routledge; 2017.

18. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schema therapy: A practitioner's guide. New York: Guilford Press; 2006.

19. Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. Pers Individ Dif. 2001; 30(8): 1311-27.

20. Preece DA, Becerra R, Robinson K, Gross JJ. The emotion regulation questionnaire: Psychometric properties in general community samples. J Pers Assess. 2020; 102(3): 348-56.
21. Smith HM, Betz NE. Development and validation of a scale of perceived social self-efficacy. J Career Assess. 2000; 8(3): 283-301.

22. Mitchell KM, McMillan DE, Lobchuk MM, Nickel NC, Rabbani R, Li J. Development and validation of the Situated Academic Writing Self-Efficacy Scale (SAWSES). Assessing Writing. 2021; 48: 100524.

23. Riaz Ahmad Z, Yasien S, Ahmad R. Relationship between perceived social self-efficacy and depression in adolescents. Iran J Psychiatry Behav Sci. 2014; 8(3): 65-74.

24. de Barros A, Furlan A, Marques L, de Araújo Filho G. Effects of a psychotherapeutic group intervention in patients with refractory mesial temporal lobe epilepsy and comorbid psychogenic nonepileptic seizures: A nonrandomized controlled study. Seizure. 2018; 58: 22-8.

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-14]

[DOI: 10.52547/shefa.9.3.64]