

بررسی سازگاری اجتماعی کودکان و نوجوانان مصروع (۱۸-۱۲ سال) شهر اصفهان

در سال ۱۳۸۴

مینا مظاهری*

کارشناس ارشد روانشناسی

دکتر حمید افشار

دانشیار دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

چکیده

صرع از جمله بیماریهای مزمنی است که جنبه‌های مختلف سازگاری اجتماعی افراد مصروع را تحت تأثیر قرار می‌دهد. هدف از این پژوهش سنجش سازگاری اجتماعی کودکان و نوجوانان مبتلا به صرع ۱۸-۱۲ ساله در شهر اصفهان بود. روش پژوهش توصیفی و جامعه آماری کلیه کودکان و نوجوانان مصروع مراجعه کننده به کلینک نور شهر اصفهان در سال ۱۳۸۴ را شامل بود. حجم نمونه ۶۱ نفر بود که برابر با جامعه آماری است. ابزار گرد آوری داده‌ها در این پژوهش دو پرسشنامه جمعیت شناختی و پرسشنامه شخصیتی کالیفرنیا (زیر مقیاس سازگاری اجتماعی) بود. داده‌های پژوهش از طریق روش آماری t تک متغیره تجزیه و تحلیل شد. یافته‌های پژوهش نشان داد که میانگین نمره سازگاری اجتماعی کودکان و نوجوانان مصروع شرکت کننده در پژوهش در مؤلفه نقشهای اجتماعی (۳/۸۷) بزرگتر از سطح متوسط (۳) بود، اما میانگین نمره آنها در دیگر مؤلفه‌های سازگاری اجتماعی [مهارتهای اجتماعی (۲/۵۵)، علائق ضداجتماعی (۲/۲۲)، روابط خانوادگی (۲/۸۹)، روابط اجتماعی (۲/۹۳)، روابط مدرسه‌ای (۲/۷۶)] کمتر از سطح متوسط (۳) بود. بر اساس یافته‌های به دست آمده می‌توان اذعان داشت که کودکان و نوجوانان مصروع در رفتارهای مربوط به نقشهای اجتماعی و دوری از رفتارهای ضداجتماعی سازگاری اجتماعی مناسبی دارند، ولی در رفتارهای مرتبط با مهارتهای اجتماعی، روابط خانوادگی و برقراری رابطه مناسب با دیگر اعضاء خانواده، روابط مدرسه‌ای و روابط اجتماعی با مشکل مواجه شده و سازگاری خوبی ندارند.

کلید واژه‌ها

سازگاری اجتماعی، صرع، کودکان و نوجوانان (۱۸-۱۲ سال)

مقدمه

سازگاری و هماهنگ شدن با خود و محیط پیرامون خود برای هر موجود زنده ضرورتی حیاتی است و تلاش روزمره همه آدمیان بر محور همین سازگاری دور می‌زند. هر انسانی آگاهانه یا نا خودآگاه می‌کوشد تا نیازهای متنوع و گاه متعارض خود را در محیط زندگی خود برآورده کند، و از آنجا که باید نیازهای خود را در قالب ساخت اجتماعی برآورده کند، سازگاری او لاجرم سازگاری اجتماعی^۱ است (والی پور، ۱۳۶۰). سازگاری اجتماعی، به عنوان مهمترین نشانه سلامت روان، از مباحثی است که جامعه شناسان، روانشناسان و به ویژه مربیان در دهه‌های اخیر توجه خاصی به آن مبذول داشته‌اند (مینگر^۲ و همکاران، ۱۳۸۱). در دوران کودکی و نوجوانی به جهت اینکه ارتباط با همسالان افزایش و وابستگی به والدین کاهش می‌یابد، سازگاری

* نویسنده مسئول: Mina.Mazaheri@gamil.com

^۱. Social Adjustment

^۲. Meninger

اجتماعی اهمیت زیادی دارد. بنابراین، احساس متفاوت بودن از سایر افراد به دلیل یک بیماری مزمن همچون صرع می‌تواند نتایج منفی در نحوه عملکرد و سازگاری اجتماعی کودکان و نوجوانان ایجاد کند (آلیسون^۳، ۲۰۰۴).

صرع^۴، به عنوان یکی از اختلالات شایع مغزی، نوعی آشفتگی متناوب و شدید در سیستم اعصاب است که از تخلیه غیرطبیعی سلولهای مغزی ناشی می‌شود. نتایج این تخلیه غیرطبیعی، آشفتگی حسی آنی، فقدان هوشیاری، آسیب در عملکرد فیزیکی، حملات تشنجی یا ترکیبی از این موارد است (ویکتور و راپر^۵، ۲۰۰۱). راتر^۶ و همکاران (۱۹۷۰) شیوع کلی این بیماری را در میان کودکان سنین مدرسه ۷ تا ۸ نفر در هزار تخمین زده اند (گراهام^۷، ۱۳۸۰) و در ایران بر پایه برآورد انجمن صرع در سال ۱۳۷۷ بیش از یک میلیون کودک و بزرگسال مبتلا به صرع وجود دارد (ثقة الاسلام و همکاران، ۱۳۸۱).

این بیماری اختلالی است با تأثیرات زیستی، عملی و اجتماعی که بر جنبه‌های مختلف سازگاری اجتماعی انسان مؤثر است (اتینگر و کانر^۸، ۲۰۰۱). در این رابطه عده زیادی از کودکان مصروع با مشکل مواجه می‌شوند و عمدتاً نشانه‌هایی از اختلالات هیجانی و رفتاری را از خود بروز می‌دهند. مشکلات رفتاری کودکان مصروع، تجلی فعالیت صرعی آنهاست. به کودک به علت حمله‌های صرعی او یا زیاد توجه می‌شود یا طرد می‌شود، دارو درمانی خود عوارض نامطلوبی در رفتار و یادگیری به بار می‌آورد و نهایتاً اینکه هم کودک و هم خانواده بر اثر خیالبافی‌های نادرست درباره ماهیت این اختلال به اضطراب دچار می‌شوند (گراهام، ۱۳۸۰). در واقع، صرع تجربه استرس‌زایی است که تکامل و سازگاری افراد، به خصوص کودکان و نوجوانان را تحت تأثیر قرار می‌دهد (آلیسون، ۲۰۰۴) به طوری که اختلالات رفتاری و مشکلات سازشی کودکان مبتلا به صرع بیشتر از کودکان عادی است (براون و هولمز^۹، ۲۰۰۰). در طی بررسی‌های به عمل آمده، مشخص شد که کاهش سازگاری اجتماعی در مبتلایان به صرع ممکن است امری عمومی باشد (اتینگر و کانر، ۲۰۰۱). حتی زمانی که صرع خوب کنترل شده باشد، کودکان و نوجوانان مصروع ممکن است عملکرد مناسبی، همانند همسالان خود نداشته باشند (میشل و فلوری^{۱۰}، ۱۹۹۹).

از آنجایی که صرع یک بیماری جسمی مزمن و شایعترین بیماری سیستم عصبی در دوران کودکی است (ویکتور و راپر، ۲۰۰۱) و می‌تواند تمام جنبه‌های زندگی افراد مصروع از جمله عملکرد روانی-اجتماعی آنها را تحت تأثیر قرار دهد، تنها تعداد محدودی پژوهش تأثیر این بیماری را بر سازگاری اجتماعی کودکان و نوجوانان، با وجود شامل شدن جنبه مهمی از عملکرد روانی-اجتماعی آنها، بررسی کرده است (آلیسون، ۲۰۰۴). به همین منظور پژوهش حاضر در صدد سنجش سازگاری اجتماعی کودکان و نوجوانان مصروع در شهر اصفهان بود. سازگاری اجتماعی در این پژوهش با توجه به مقیاس مورد استفاده (پرسشنامه کالیفرنیا) در قالب شش مؤلفه سنجش شده است که شایان ذکر است در اینجا به تعریف هر یک از شش مؤلفه سازگاری اشاره شود:

۱- نقشهای اجتماعی^{۱۱}، چگونگی انجام دادن وظایف اجتماعی و احترام به حقوق اجتماعی (شعاری‌نژاد، ۱۳۷۲).

۲- مهارتهای اجتماعی^{۱۲}، رفتارهای انطباقی یاد گرفته شده‌ای است که فرد را قادر می‌کند تا با افراد دیگر رابطه‌ای متقابل

3. Allison

4. Epilepsy

5. Victor & Ropper

6. Ratter

7. Geraham

8. Ettinger & kanner

9. Browne & Holmes

10. Mitchell & Flourie

11. Social roles

داشته و از خود پاسخهای مثبت بروز دهد (الیوت و گرشام^{۱۳}، ۱۹۹۳).

۳- رفتار ضد اجتماعی^{۱۴}، نوعی رفتار غیر انطباقی که در آن فرد حقوق دیگران را محترم نمی‌شمارد یا به سادگی حقوق افراد دیگر را زیر پا می‌گذارد (سادوک و سادوک^{۱۵}، ۱۳۸۰).

۴- روابط خانوادگی^{۱۶}، کلیه ارتباطات روانی (در قالب گفتار یا رفتار غیر کلامی) و اجتماعی که از طریق آن فضای لازم برای تعامل میان اعضاء خانواده فراهم می‌شود (شعاری نژاد، ۱۳۷۲).

۵- روابط مدرسه‌ای^{۱۷}، روابطی است که از طریق آن فرد شیوه معاشرت با دیگران (معلمان و همسالان)، چگونگی انجام دادن مجموعه‌ای از فعالیتهای معین و کیفیت همکاری یا رقابت با دیگران را در فضای آموزشی - تربیتی مدرسه فرا می‌گیرد (شعاری نژاد، ۱۳۷۲).

۶- روابط اجتماعی^{۱۸}، کلیه ارتباطات فرد با افراد و محیط پیرامون است به طوری که بتواند با آنها هماهنگ و سازگار شود (شعاری نژاد، ۱۳۷۲).

در این پژوهش یک هدف کلی در قالب سنجش سازگاری اجتماعی (نقشهای اجتماعی، مهارتهای اجتماعی، علائق ضد اجتماعی، روابط خانوادگی، روابط مدرسه‌ای و روابط اجتماعی) کودکان و نوجوانان مصروع ۱۸-۱۲ ساله در شهر اصفهان بررسی شد.

روش پژوهش

از آنجایی که هدف پژوهش بررسی سازگاری اجتماعی کودکان و نوجوانان مصروع بود، این پژوهش توصیفی است. در تحقیق توصیفی هدف توصیف شرایط یا پدیده‌های مورد بررسی بود و اجرای این نوع تحقیق می‌تواند صرفاً برای شناخت بیشتر شرایط موجود یا یاری دادن به فرایند تصمیم‌گیری است (سرمد و همکاران، ۱۳۷۶). جامعه آماری در این پژوهش کلیه کودکان و نوجوانان مصروع مراجعه کننده به کلینک نور شهر اصفهان در سال ۱۳۸۴ بود که تعداد آنها ۶۶ نفر بود. به دلیل محدود بودن جمعیت آماری در این پژوهش حجم نمونه برابر با جامعه آماری در نظر گرفته شد. بر این اساس کل افراد در دسترس با توجه به معیارهای ورود به مطالعه [برحسب شباهت سنی (۱۸-۱۲ سال)، نوع مدرسه (عادی در مقابل استثنایی)، و محل سکونت (شهری در مقابل غیر شهری)] در مقطع زمانی جمع‌آوری داده‌ها (۲ ماه)، بررسی شدند. از میان ۶۶ نفر جامعه آماری ۵ نفر از آنها با محققان در تکمیل پرسشنامه‌ها همکاری نکردند و محاسبات آماری در ۶۱ پرسشنامه تکمیل شده انجام شد.

ابزار گردآوری داده‌ها در این تحقیق، پرسشنامه بود، که از دو قسمت تشکیل شده بود: قسمت اول به منظور جمع‌آوری اطلاعاتی نظیر سن، جنس، مدت بیماری، شدت علائم، تعداد حملات، میزان تحصیلات و وجود اختلال همراه تنظیم شده بود. قسمت دوم شامل پرسشنامه شخصیتی کالیفرنیا^{۱۹} (زیر مقیاس سازگاری اجتماعی) بود که در سال ۱۹۳۶ توسط تورپ^{۲۰} و

12. Social skills

13. Elliot & Gersham

14. Antisocial behavior

15. Sadock

16. Family relationships

17. School relationships

18. Social relationships

19. California Test personality

20. Thorpe

همکاران او ساخته شد و در سال ۱۹۵۳ درباره آن تجدید نظر شد. این آزمون از دو قطب سازگاری شخصی و سازگاری اجتماعی تشکیل شده که هر یک به طور جداگانه ۹۰ سؤال دو گزینه‌ای دارد. در این پژوهش از زیرمقیاس سازگاری اجتماعی که از فرم ترجمه شده احمدی آخوومه (۱۳۶۸) اقتباس شده است و از هر ۹۰ سؤال مربوط به سازگاری اجتماعی استفاده شد. در پرسشنامه سازگاری اجتماعی، ۶ زیرمقیاس وجود دارد که هر یک پانزده سؤال دارد (نمونه‌ای از سؤال‌های هر یک از زیرمقیاسها در پیوست ارائه شده است). بنابراین، این پرسشنامه ۶ نمره اختصاصی مرتبط با مؤلفه‌های نقشهای اجتماعی، مهارتهای اجتماعی، علائق ضد اجتماعی، روابط خانوادگی، روابط مدرسه‌ای و روابط اجتماعی دارد و یک نمره کلی به عنوان سازگاری اجتماعی از نمره زیرمقیاسها به دست می‌آید.

بر پایه مطالعات مقدماتی که با استفاده از ۴۵ نفر از کودکان و نوجوانان مبتلا به صرع (دختر و پسر) انجام شد و با استفاده از نرم افزار آماری SPSS-13 و محاسبه شاخص آماری آلفای کرونباخ، ضریب اعتبار^{۲۱} پرسشنامه سازگاری اجتماعی در این تحقیق ۰/۷۹۷ به دست آمد. همچنین برای تعیین روایی از روایی محتوایی^{۲۲} استفاده شد و روایی این پرسشنامه را جمعی از اساتید تأیید کردند.

روشهای تجزیه و تحلیل داده ها

در سطح آمار توصیفی، از شاخصهای آماری نظیر فراوانی، درصد فراوانی، میانگین، و انحراف معیار و برای تحلیل استنباطی داده‌ها از روش آماری تک متغیره^{۲۳} استفاده شد. از این آزمون برای مقایسه میانگین با یک عدد ثابت یا ادعا استفاده می‌شود که ابتدا عددی را برای میانگین جامعه فرض می‌کنیم و سپس از طریق آزمون تعیین می‌کنیم، که آیا این فرض صحیح است یا نه (دلاور، ۱۳۸۲).

یافته ها

در تحلیل استنباطی داده‌ها از آزمون تک متغیره استفاده شد و میانگین گروه نمونه با سطح متوسط ($m=3$) مقایسه شد. نتایج این آزمون در جدول نشان داده شده است. این نتایج نشان می‌دهد که سطح معناداری میانگین میزان برخورداری کودکان و نوجوانان مصروع از نقشهای اجتماعی ($3/87$) از سطح متوسط (3) بزرگتر بوده و t به دست آمده ($a = 0/05$) نیز از مقدار بحرانی جدول بیشتر است. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که کودکان و نوجوانان مصروع سازگاری اجتماعی مناسبی در مولفه نقشهای اجتماعی داشتند. به عبارت دیگر، آنها در چگونگی انجام دادن وظایف اجتماعی و احترام به حقوق اجتماعی با مشکلی مواجه نیستند.

اما سطح معناداری میانگین میزان برخورداری کودکان و نوجوانان مصروع از مهارتهای اجتماعی ($2/55$)، علاقه به رفتارهای ضد اجتماعی ($2/22$)، روابط خانوادگی ($2/89$)، روابط مدرسه‌ای ($2/93$) و روابط اجتماعی ($2/76$) از سطح متوسط (3) کوچکتر بود و t به دست آمده ($\alpha = 0/05$) نیز از مقدار بحرانی جدول کمتر است. بنابراین، می‌توان گفت که کودکان و نوجوانان مصروع رفتارهای ضد اجتماعی نداشتند. به عبارت دیگر، آنها حقوق دیگران را محترم می‌شمارند و به حقوق افراد دیگر احترام می‌گذارند، ولی در زمینه مهارتهای اجتماعی و ارتباط متقابل با دیگران، روابط خانوادگی و برقراری رابطه مناسب با دیگر اعضای خانواده،

21. Reliability

22. content validity

23. One-Sample T Test

روابط مدرسه‌ای و انجام دادن مجموعه‌ای از فعالیتهای معین و کیفیت همکاری یا رقابت با دیگران در فضای آموزشی - تربیتی مدرسه، و در ارتباطات فردی با دیگر افراد و محیط پیرامون به طوری که بتوانند با آنها هماهنگ و سازگار شوند با مشکل مواجه می‌شدند و سازگاری خوبی نداشتند.

جدول نتایج آزمون t تک متغیره مقایسه میانگین میزان برخورداری کودکان و نوجوانان مصروع از سازگاری اجتماعی با میانگین فرضی (m=3)

مؤلفه‌های سازگاری اجتماعی	سطح متوسط	میانگین	انحراف معیار	t	مقدار بحرانی (P ≤ 0/05)
نقشهای اجتماعی	۳	۳/۸۷	۱/۰۲	۳/۵۱	۱/۶۴
مهارتهای اجتماعی	۳	۲/۵۵	۰/۹۱	۱/۲۵	۱/۶۴
علائق ضد اجتماعی	۳	۲/۲۲	۰/۸۷	۱/۰۹	۱/۶۴
روابط خانوادگی	۳	۲/۸۹	۰/۸۴	۰/۸۱	۱/۶۴
روابط مدرسه ای	۳	۲/۹۳	۰/۹۰	۰/۶۵	۱/۶۴
روابط اجتماعی	۳	۲/۷۶	۰/۸۹	۰/۹۸	۱/۶۴

بحث و نتیجه گیری

سازگاری با محیط اطراف برای هر فردی لازم و ضروری است و بدون داشتن سازگاری نه تنها بسیاری از نیازهای انسانی تأمین نمی‌شود، بلکه، به خاطر نداشتن توانایی کافی انطباق با شرایط و موقعیتهای مختلف، فرد از سوی جامعه به شدت طرد شده و تعاملات اجتماعی او به پایین‌ترین سطح خود می‌رسد.

صرع از جمله بیماریهای مزمنی است که با تأثیرات زیستی و عملی خود، جنبه‌های مختلف سازگاری اجتماعی را تحت تأثیر قرار می‌دهد (اتینگر و کانر، ۲۰۰۱). یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که از شش رفتار سازگاری اجتماعی (نقشهای اجتماعی، مهارتهای اجتماعی، علائق ضد اجتماعی، روابط خانوادگی، روابط مدرسه و روابط اجتماعی) مورد مطالعه در کودکان و نوجوانان مصروع، تنها دو مورد از رفتارهای سازگارانه اجتماعی در آنها شکل گرفته است. به عبارت دیگر، دو رفتار نقشهای اجتماعی و دوری از علائق ضد اجتماعی در کودکان و نوجوانان مصروع شکل گرفته و سازگاری اجتماعی آنها در زمینه مهارتهای اجتماعی، روابط خانوادگی، روابط مدرسه و روابط اجتماعی با مشکل مواجه است. بنابراین، کودکان و نوجوانان مصروع شرکت کننده در این پژوهش سازگاری اجتماعی پایینی داشتند.

نتایج این تحقیق با یافته‌های پژوهش‌هایی که درباره عملکرد روانی - اجتماعی افراد مصروع انجام شده (هوار و مان^{۲۴}، ۱۹۹۴؛ فوگل^{۲۵} و همکاران ۲۰۰۰؛ لایو^{۲۶} و همکاران، ۲۰۰۱؛ باکر^{۲۷} و همکاران، ۲۰۰۵؛ کاپلان^{۲۸} و همکاران، ۲۰۰۵؛ آقایی و

²⁴. Hoare & Mann

²⁵. Fogel

²⁶. Lau

²⁷. Baker

همکاران، ۱۳۷۹؛ آقایی، ۱۳۸۱)، همسو است و بر اساس این مطالعات مشخص شد که صرع، سازگاری اجتماعی را به طور ملاحظه‌پذیری تحت تأثیر قرار می‌دهد و پایین بودن سازگاری اجتماعی مبتلایان به صرع بیش از افراد عادی است. با توجه به اینکه سازگاری اجتماعی یک مفهوم نسبی و بین فرهنگی است از عوامل مختلفی متأثر می‌شود. هرمن و ویتمن^{۲۹} (۱۹۹۱) معتقد هستند که در سازگاری کودکان مصروع سه عامل عمده دخالت دارند (مک کاسکر^{۳۰} و همکاران، ۲۰۰۲): ۱- عامل زیستی - عصبی (مثل نوع، تکرار، علت و سن شروع حملات صرع)؛ ۲- عامل دارویی (مثل میزان و نوع داروهای ضد صرع، مدت درمان)؛ ۳- عوامل روانی - اجتماعی (مثل ارتباط با خانواده، ترس، اضطراب، حمایت اجتماعی و غیره). در همین زمینه آلیسون (۲۰۰۴) متوجه شد که شدت علائم عامل مؤثری بر شایستگی اجتماعی و افزایش مشکلات اجتماعی مبتلایان به صرع است. یافته‌های پژوهشی هوار و مان (۱۹۹۴) و اوگاز^{۳۱} و همکاران (۲۰۰۲) نیز نشان دادند که طولانی شدن بیماری بر سازگاری رفتاری کودکان مصروع مؤثر است و اضطراب و افسردگی را در آنها افزایش می‌دهد. این یافته همچنین با تحقیقات میجر^{۳۲} و همکاران (۲۰۰۰) همسو است که بیماریهای مزمن و طولانی مدت محدودیت فعالیتهای اجتماعی و به دنبال آن کاهش رشد اجتماعی را باعث می‌شوند.

در تبیین نتایج این پژوهش می‌توان چنین استدلال کرد که سلامت بدن با رشد روانی - اجتماعی در ارتباط است. کودک بیمار همواره می‌خواهد از کودکان دیگر دور باشد و همین گوشه نشینی، او را از رشد اجتماعی مطلوب باز می‌دارد. او به علت مریض بودن، محبت اطرافیان را به خود جلب می‌کند و آنها برای خشنودی او به تحقق خواسته‌های او اقدام می‌کنند و این توجه بیش از حد، او را فردی مغرور و متکبر یا خجول و مطیع بار می‌آورد که همواره از دیگران کمک می‌خواهد و انتظار دارد که در تمام مراحل زندگی از طرف دیگران تأیید و یآوری شود (شعاری‌نژاد، ۱۳۷۲) و این در حالی است که فردی را می‌توان دارای سازگاری اجتماعی دانست که مهارتهای اجتماعی لازم و روابط مطلوب داشته و در سازگاری با محیط و دیگران مؤفق باشد. یعنی با اطرافیان خود آمیزش داشته باشد و از فعالیت اجتماعی احساس غرور کند. در نتیجه، این افراد سلامت روانی بیشتری خواهند داشت.

استدلال دیگر اینکه نوجوانی سن بروز ناسازگاریهای اجتماعی است. حال وجود یک بیماری مزمن همچون صرع بر میزان این ناسازگاری می‌افزاید چرا که بلوغ اوج روابط با دیگران به ویژه همسالان است و نوجوان مصروع به جای اینکه سعی کند بیماری خود را بپذیرد و با آن سازگار شود، تلاش می‌کند که آن را انکار و از دیگران به خصوص همسالان خود مخفی کند، اما وقوع حملات تشنجی پیش‌بینی ناپذیر به خصوص از نوع شدید در حضور دیگران مانع این امر (پنهان نگه داشتن بیماری) شده و بر اعتماد به نفس و سازگاری اجتماعی او تأثیر می‌گذارد. آسیب شناسی روانی بیماری صرع در نوجوانان مبتلا به آن بالا است (وگنر و اسمیت^{۳۳}، ۲۰۰۵). کاهش عزت نفس، افسردگی، اضطراب، انزوای اجتماعی و محدودیتهای متعدد از جمله مشکلاتی هستند که کودکان و نوجوانان مصروع با آن دست به گریبان هستند.

با توجه به یافته‌های این مطالعه و سایر مطالعات انجام شده می‌توان گفت که مشکلات مرتبط با سازگاری اجتماعی افراد مصروع به خصوص کودکان و نوجوانان زیاد است و این مشکلات می‌تواند اثرات نامطلوبی برای این افراد در حال و آینده به بار

28. Caplan

29. Hermann & Whitman

30. McCusker

31. Oguz

32. Meijer

33. Wagner & Smich

آورد و آنها به آموزش رفتارهای سازگارانه نیاز دارند. با مرور برخی پژوهش‌های انجام شده در مورد افراد مصروع (تقه الاسلام وهمکاران، ۱۳۸۱؛ آیو^{۳۴} و همکاران، ۲۰۰۳؛ گلدشتاین^{۳۵} و همکاران، ۲۰۰۳؛ گلدشتاین و همکاران، ۲۰۰۴)، مشخص شد، که رویکردهای روانشناختی می‌تواند سازگاری این بیماران را افزایش دهد. البته، دلایل افزایش سازگاری در این پژوهش‌ها این است که هدف اصلی آنها از به کار بردن رویکردهای روانشناختی در درجه اول کنترل تشنج، کاهش علائم و کاهش فراوانی حمله‌ها بوده است و در کنار آن سازگاری و وضعیت روانی افراد مصروع به طور معناداری افزایش یافته است. بر این اساس، با توجه به اینکه مشخص شد بنیان رویکردهای کنترل روان شناختی در افراد مصروع بر دو هدف مهم، تکیه دارد که عبارت است: کاهش فراوانی حمله‌های تشنجی و دیگری تکیه برسازش یافتگی مناسب فردی واجتماعی، لذا پیشنهاد می‌شود از این مداخلات به عنوان یک روش درمانی مناسب برای درمان این بیماران استفاده شود.



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

³⁴. Au

³⁵. Goldstein

منابع

- آقایی، اصغر، (۱۳۸۱). تأثیر روان درمانی در کاهش حملات صرعی و اختلالات روانی رفتاری کودکان مبتلا به صرع، مقاله ارائه شده در دومین کنگره روانشناسی ایران، تهران، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- آقایی، اصغر، حسن احدی، علی دلاور و احمد سنبلستان، (۱۳۷۹). بررسی ابعاد روان شناختی صرع کودکان: مقایسه ویژگیهای روانی - عاطفی کودکان مبتلا به صرع و کودکان عادی، فصلنامه دانش و پژوهش، ۲ (۳۰)، ۶-۱۱.
- احمدی آخورمه، قاسم، (۱۳۶۸). بررسی مقدماتی علمی بودن، اعتبار، روایی و نرم یابی آزمون شخصیتی کالیفرنیا، پایان نامه کارشناسی ارشد رشته روان سنجی (چاپ نشده)، تهران، دانشگاه علامه طباطبایی.
- ثقه الاسلام، طاهره، غلامعلی افروز، کوروش قره گزلی و الهه حجازی، (۱۳۸۱). مداخله روان شناختی در کنترل صرع کودکان و نوجوانان، فصلنامه اندیشه و رفتار، ۸ (۲)، ۶۴-۵۶.
- دلاور، علی، (۱۳۸۲). احتمالات و آمار کاربردی در روانشناسی و علوم تربیتی، تهران، رشد.
- سادوک، بنیامین و سادوک، ویرجینیا، (۱۳۸۰). چکیده روانپزشکی بالینی، ترجمه نصرت اله پورافکاری، تهران، آزاده.
- سرمد، زهره، عباس بازرگان و الهه حجازی، (۱۳۷۶). روش‌های تحقیق در علوم رفتاری، تهران، آگاه.
- شعاری‌نژاد، علی‌اکبر، (۱۳۷۲). روانشناسی رشد، چاپ دهم، تهران، اطلاعات.
- گراهام، فیلیپ، (۱۳۸۰). روانپزشکی کودک، ترجمه: کوروش نامداری و همکاران، جلد دوم، اصفهان، مهر قائم.
- مینگر، ویلیام، جان مایر و الیس ایتزمن، (۱۳۸۱). رشد شخصیت و بهداشت روانی، ترجمه سیما نظیری، تهران، انجمن اولیاء و مربیان.
- والی‌پور، ایرج، (۱۳۶۰). روانشناسی سازگاری، تهران، وحید.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

- Allison, S.M, (2004). *Predictor of social competence among children epilepsy*, Ph.D Dissertations, Gorge Washington university.
- Au, A, Chan, F, Li, K, Leung, P, Li, P & Cha, I,(2003). Cognitive behavioral group Treatment program for adults with epilepsy in Hong kong, *Epilepsy & Behavior*, 4(4), 441- 446.
- Baker, G.A, Jacoby, A, Gorry, J, Doughty, J & Ellina, V, (2005). Quality of live of people with epilepsy in Iran, the Guif , and Near East, *Epilepsia*, 46 (1), 132-40.
- Browne, T.R & Holmes, G.L, (2000). *Hand book of Epilepsy*, Philadelphia, Lippincott williams & wilkins, 228.
- Caplan, R, Sagun, J, Siddarth, P, Gurbani, S, koh, S, Gowrinathum, R & Sankar, R, (2005). Social competence in pediatric epilepsy: insights into underlying mechanisms, *Epilepsy & Behavior*, 6(2), 218-228.
- Elliot, S.N & Gersham, F.M, (1993). Social skill intervention for children, *Behavior Modification*, 17(2), 233-309.
- Fogel, B.S, Schiffer, R.B & Rao, S.M, (2000). *Synopsis of Neuropsychiatry*, Philadelphia, Lippincott williams & wilkins.
- Ettinger, A.B & kanner, A.M, (2001). *Psychiatric Issues in Epilepsy*, Philadelphia, Lippincott williams & wilkins.
- Goldstein, L.H, McAlpine, M, Deale, A, Tone, B.K & Meuers, S.D,(2003). Cognitive behavioral therapy with adults with intractable epilepsy and psychiatric co-morbidity: preliminary observations on changes in psychological state and seizure frequency, *Behavior and Research Therapy*, 41(4), 447-60.
- Goldstein, L.H, Deale, A.C, Mitchell-O'malley, S.J, Toone, B.K & Mellers, J.D, (2004). An evaluation of cognitive behavioral therapy as a treatment for dissociative seizures: a pilot study, *Cognitive Behavior Neurology*, 17(1), 41-9.
- Hoare, p & Mann, H, (1994). Self-esteem and behavioural adjustment in children with epilepsy and children with diabetes, *Journal of Psychosomatic Resarch*, 38(8), 859-869.
- Lau, V.W.Y, Lee, T.M.C, Ng, P.k.k & Wong, V.C.N, (2001). Psychocosomal Adjustment of People with Epilepsy in Hong kong, *Epilepsia*, 42 (9), 1169.
- McCusker, C.G, John kennedy, p, Anderson, J, Hisks, E.M & Hanrahan, D, (2002). Adjustment in children with intractable epilepsy : importance of seizure duration and family factors, *Developmental Medicine and Child Neurology*, 44(10),681-7.
- Meijer, S.A, Sinnema, G, Bijstra, J.O, Mellen bergh, G.J & Wolters, W.H.G, (2000). Social functioning in children with a chronic Gideon Illness, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 309-317.
- Mitchell, W & Flourie, T,(1999). Social and Psychological Aspects of Epilepsy, *The Exceptional Parent*, 29 (10), 69.
- Oguz, A, kurul, S & Dirik, E, (2002). Relationship of epilepsy-related factors to anxiety and depression scores in epileptic children, *Journal of Child Neurology*, 17(1), 37-40.
- Victor, M & Ropper, A.H, (2001). *Principles of Neurology*, 7thedi, Boston:McGraw-Hill, 331.
- Wagner, J.L & Smith, G, (2005). *Psychosocial intervention in pediatric epilepsy: A critique of the Literature*, Inpress.