

دانش و پژوهش در روان‌شناسی

دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان (اصفهان)

شماره سی‌وسوم - پاییز ۱۳۸۶

صص ۳۶ - ۱۵

## تأثیر آموزش شیوه‌های رفتاری گروهی بر سازگاری اجتماعی کودکان و نوجوانان مصروع

مینا مظاهری<sup>۱</sup> - اصغر آقایی<sup>۲</sup> - محسن گلپور<sup>۳</sup> - وحید شایگان‌نژاد<sup>۴</sup>

### چکیده

هدف از این پژوهش تعیین اثربخشی آموزش شیوه‌های رفتاری گروهی بر سازگاری اجتماعی کودکان و نوجوانان مصروع بود. بدین منظور از بین جامعه آماری این پژوهش (کلیه ۶۶ کودک و نوجوان مصروعی که برای انجام معاینه پزشکی از ابتدای تیرماه تا پایان مردادماه ۱۳۸۴ به مرکز خدمات درمانی نور در اصفهان مراجعه کرده بودند)، ۱۳ پسر و ۱۷ دختر (۳۰ نفر) مبتلا به صرع براساس شباهت سنی (۱۲ تا ۱۸)، نوع مدرسه (عادی یا استثنایی) و محل سکونت (شهری یا غیرشهری) انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و گواه جای گرفتند. از آنجا که پژوهشگر به دلیل محدود بودن جامعه آماری قادر به گزینش تصادفی اولیه نبود، از

---

۱- کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی

۲- استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان

۳- استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان

۴- استادیار دانشکده علوم پزشکی اصفهان

روش نیمه تجربی استفاده گردید. به منظور سنجش متغیرهای پژوهش از دو پرسشنامه جمعیت‌شناختی و پرسشنامه شخصیتی کالیفرنیا (زیرمقیاس سازگاری اجتماعی) استفاده شد. پایایی پرسشنامه سازگاری اجتماعی برحسب آلفای کرونباخ ۰/۷۹۷ محاسبه گردید. براساس طرح تحقیق دو گروهی با پیش‌آزمون پس‌آزمون، متغیر مستقل آموزش شیوه‌های رفتاری گروهی و متغیر وابسته سازگاری اجتماعی (قالبهای اجتماعی، مهارتهای اجتماعی، علایق ضد اجتماعی، روابط خانوادگی، روابط مدرسه‌ای و روابط اجتماعی) در نظر گرفته شد. متغیر مستقل در ۵ هفته متوالی طی ۹ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و برای گروه آزمایش اجرا گردید. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس نشان داد که با کنترل پیش‌آزمون در نمرات پس‌آزمون بین دو گروه گواه و آزمایش در هیچ یک از زیرمقیاس‌ها و کل مقیاس سازگاری اجتماعی تفاوت معنادار ( $P > 0/05$ ) نبود. ولی شواهد نشان داد که با بررسی عامل سن، مدت بیماری، شدت علایم، تعداد حملات، میزان تحصیلات، میزان تحصیلات پدر و مادر و معدل تحصیلی در کل مقیاس سازگاری اجتماعی ( $F = 6/032$  و  $P < 0/05$ ) و در زیرمقیاس‌های قالبهای اجتماعی ( $F = 7/510$  و  $P < 0/05$ ) و روابط مدرسه‌ای ( $F = 4/872$  و  $P < 0/05$ ) بین دو گروه آزمایش و گواه تفاوت معناداری وجود داشت.

**کلید واژه‌ها:** درمان رفتاری گروهی، سازگاری اجتماعی، صرع، کودکان و نوجوانان.

#### مقدمه

انسان محصول اجتماع است و در نتیجه تحت تأثیر نظام‌ها و فرهنگهای جامعه خود قرار دارد. در چنین شرایطی است که باید نیازهای خود را برآورده سازد و آرامش و تعادل خود را حفظ کند، بنابراین انسان باید با اجتماع سازگار شود. ابعاد سازگاری شامل: سازگاری جسمانی، روانی، اجتماعی و اخلاقی است که در رأس آنها سازگاری اجتماعی قرار دارد. سازگاری اجتماعی<sup>۱</sup> بر این ضرورت متکی است که نیازها و خواسته‌های فرد با منافع و خواسته‌های گروهی که در آن زندگی می‌کنند، هماهنگ و متعادل شود و تا حد امکان از برخورد و اصطکاک مستقیم و شدید با منافع و ضوابط گروهی جلوگیری شود (اسلامی‌نسب، ۱۳۷۳).

سازگاری اجتماعی به‌عنوان مهمترین نشانه سلامت روان از مباحثی است که در دهه‌های اخیر توجه بسیاری از جامعه‌شناسان، روان‌شناسان و به‌ویژه مربیان را به خود جلب کرده است (منینگر و همکاران<sup>۱</sup>، ترجمه نظیری، ۱۳۸۱). داشتن جامعه‌ای سالم مستلزم داشتن افرادی سالم است و هر چه میزان سازگاری اجتماعی افراد بالاتر باشد، سلامت جامعه نیز بالاتر خواهد بود. تلاش و کوشش دست‌اندرکاران تعلیم و تربیت کشورها برای رشد همه‌جانبه افراد است که پایه و اساس آن را کودکان و نوجوانان تشکیل می‌دهند. دوران بلوغ به دلیل تغییرات وسیع از نظر ابعاد جسمانی، روانی و اجتماعی دشوارترین مرحله از نظر سازگاری است و بسیاری از ناسازگاریهای اجتماعی در دوره نوجوانی رخ می‌دهد.

از طرف دیگر در دوران کودکی و نوجوانی به دلیل اینکه ارتباط با همسالان افزایش و وابستگی به والدین کاهش می‌یابد، سازگاری اجتماعی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. بنابراین احساس متفاوت بودن از سایر افراد به دلیل یک بیماری مزمن همچون صرع<sup>۲</sup>، می‌تواند نتایج منفی در نحوه عملکرد کودکان و نوجوانان در جنبه‌های مختلف اجتماعی ایجاد کند (آلیسون، ۲۰۰۴).

صرع به‌عنوان یکی از اختلالات شایع مغزی، نوعی آشفتگی متناوب و شدید در دستگاه عصبی است که ناشی از تخلیه غیرطبیعی سلول‌های مغزی است. نتایج این تخلیه غیرطبیعی، آشفتگی حسی آنی، فقدان هوشیاری، آسیب در عملکرد فیزیکی، حملات تشنجی و یا ترکیبی از این موارد است (ویکتور و راپر، ۲۰۰۱).

در واقع صرع اختلالی است با تأثیرات زیستی، عملی و اجتماعی که بر جنبه‌های مختلف سازگاری اجتماعی انسان اثر می‌گذارد. در طی بررسی‌های به عمل آمده، مشخص شده که کاهش سازگاری اجتماعی در مبتلایان به صرع ممکن است امری عادی باشد (اتینگر و کانر، ۲۰۰۱) چرا که در برخی مطالعات، بیماران مصروع به‌عنوان شخصیتهای ناسازگاری معرفی شده‌اند (فوگل و همکاران، ۲۰۰۰). در حدود ۶۰ تا ۷۰ درصد موارد علت صرع نامشخص است و فقط در ۳۰ تا ۴۰ درصد موارد

---

1 – Meninger et al

2 – Epilepsy

علت آن شناخته شده است. صرع‌های با علت نامشخص در ۵ تا ۲۰ سالگی بروز نموده و حداکثر شیوع آن در ۱۰ سالگی است (شیرزادی و ضیایی، ۱۳۸۱). البته باید گفت که براساس نظر متخصصان و محققان علت صرع تا اندازه‌ی زیادی به سن بستگی دارد (ویکتور و راپر، ۲۰۰۱؛ رولند، ۲۰۰۵).

در عصب‌شناسی (نورولوژی) کودکان، صرع شایع‌ترین بیماری است. تقریباً دوسوم حملات صرعی در کودکی آغاز می‌شود و حدود یک درصد از افراد جامعه تا ۲۰ سالگی به صرع مبتلا می‌شوند (ویکتور و راپر، ۲۰۰۱). شیوع کلی صرع ۷ تا ۸ نفر در هزار کودک سن مدرسه است (راتر و همکاران<sup>۱</sup>، ۱۹۷۰ به نقل از گراهام<sup>۲</sup>، ترجمه نامداری و همکاران، ۱۳۸۰). در ایران بر پایه‌ی برآورد انجمن صرع (۱۳۷۷) بیش از یک میلیون کودک و بزرگسال مبتلا به صرع وجود دارد (به نقل از ثقه‌الاسلام و همکاران، ۱۳۸۱). بنابر عقیده‌ی وگنر و اسمیت (۲۰۰۵)، آسیب‌شناسی روانی در نوجوانان مبتلا به صرع بالاتر و میزان شیوع آن در کودکان مصروع ۲۱ تا ۶۰ درصد است. این میزان ۳ تا ۶ برابر جمعیت عادی است و به‌طور قابل ملاحظه‌ای بیشتر از آسیب‌شناسی روانی سایر بیماریهای مزمن در کودکان است.

بر این اساس، صرع ممکن است با مشکلات روانی اجتماعی بیشتری همراه باشد. از جمله برچسب خوردن، انزوای اجتماعی، مشکلات رفتاری و مشکلات تحصیلی (فوگل و همکاران، ۲۰۰۰). بیماران مصروع در برقراری سازگاری اجتماعی کافی با مشکل مواجه و گاهی به‌طور قابل توجهی از دیگران طرد می‌شوند. همچنین انعکاسهای اجتماعی ناشی از بروز حملات تشنجی ممکن است به مشکلات سازگاری بیمار از نظر تعلیم و تربیت و اشتغال بیفزاید (ضرغامی و شیخ‌الاسلامی، ۱۳۷۸). مشخصه‌ی افراد مصروع بدین‌گونه است که در همدلی با نیازهای دیگران ظرفیت محدودی دارند. این بیماران بی‌قرارند و عقاید تعدیل شده‌ی پیچیده‌ای دارند. آنها لغات و معنی لغات را درک می‌کنند و می‌توانند مباحث را به خاطر بسپارند، اما به آسانی نمی‌توانند این مفاهیم را با موقعیتهای اجتماعی جدید سازگار کنند (ساکیلاریس و برنت، ۱۹۹۶).

---

1 – Ratter et al

2 – Graham

در سازگاری کودکان مصروع سه عامل عمده دخالت دارند (هرمن و ویتمن<sup>۱</sup> ۱۹۹۱؛ به نقل از مک کاسکر 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)

آقایی و همکاران (۱۳۷۹) طی بررسی ابعاد روان‌شناختی صرع کودکان به مقایسه ویژگیهای روانی عاطفی کودکان مبتلا به صرع و کودکان عادی پرداختند. براساس نتایج به دست آمده مشخص گردید که بین کودکان عادی و کودکان مصروع در زمینه روابط اجتماعی با همسالان، رابطه با معلم، علاقه‌مندی به مدرسه، حسادت به همسالان، معدل درسی و انزوای اجتماعی تفاوت معناداری وجود دارد. بکر و همکاران (۲۰۰۵) نیز نشان دادند که صرع در نوجوانان تأثیرات روانی اجتماعی معناداری به جا می‌گذارد.

افراد مصروع ممکن است واکنش‌های روانی-اجتماعی متعددی نسبت به ناتوانی و بیماری جسمی خود نشان دهند از جمله: کاهش عزت‌نفس، اضطراب، افسردگی، خشم و خصومت، روابط نامناسب خانوادگی و محدودیت‌های متعدد. برخی از بررسی‌ها نشان داده‌اند که حدود ۵۰ درصد از کودکان مصروعی که دچار مشکلات رفتاری هستند از انزوای اجتماعی رنج می‌برند و نسبت به کودکانی که در یادگیری مشکل دارند، دارای عزت‌نفس پایین‌تری هستند و طی پژوهشی در ماساچوست مشخص شد که ۶۵ درصد افراد مبتلا به صرع خود را منفی ارزیابی می‌کنند (اتینگر و کانر، ۲۰۰۱).

یکی دیگر از ویژگیهای رفتاری کودکان مبتلا به صرع، خشم و پرخاشگری است که به اشکال مختلف بروز می‌کند از جمله: سماجت، لجبازی، میل به تعرض و تجاوز، دوره‌های عصبانیت شدید، حمله کردن و غیره (میلانی‌فر، ۱۳۷۰). همچنین علایم اضطراب و افسردگی در کودکان مصروع به ویژه هنگام بلوغ شایع است (اوگاز و همکاران، ۲۰۰۲). براساس تحقیقات سارکوسکی<sup>۲</sup> (۱۹۹۱) در یک جامعه آماری

---

1 – Hermann & Whitman

2 – Sarzhevskiy

بیماران مصروع در کشور اوکراین، مشخص گردیده که بین صرع و اختلال افسردگی رابطه وجود دارد (به نقل از آقایی و همکاران، ۱۳۷۹). بین پدیده صرع و اضطراب نیز رابطه اجتناب‌ناپذیری وجود دارد و این دو پدیده بر روی یکدیگر تأثیر متقابل می‌گذارند (شیرزادی و ضیایی، ۱۳۷۷). ترس و اضطراب ناشی از وقوع حمله در محیط آموزشی زمینه‌ساز اختلالات یادگیری، مشکلات تحصیلی، ناسازگاری با همکلاسی‌ها و محیط آموزشگاه می‌گردد (میلانی‌فر، ۱۳۷۰).

گاهی مصرف داروهای ضد صرع با اختلالات رفتاری توأم است. مهمترین داروهای ضد صرع که می‌توانند باعث اختلالات رفتاری در کودکان گردند عبارت‌اند از: فنوباریتال، فنی‌توئین، پریمیدون و کلونازپام، که هر یک از این داروها اختلالات رفتاری با علائم خاص را موجب می‌شوند (شیرزادی و ضیایی، ۱۳۷۷).

حملات صرعی کودکان مبتلا به صرع می‌تواند بر سیمای کل خانواده تأثیر بگذارد، مثلاً باعث شود تا والدین کودکان را در محدودیت‌های شدید قرار دهند که این توجه و محدودیت‌های ویژه او را به شکلی کاملاً وابسته پرورش می‌دهد (رولند، ۲۰۰۵). محدود کردن فعالیت کودکان به دلیل ترس از آسیب‌دیدگی و به دنبال آن افزایش وابستگی آنها برای حمایت، عاملی برای ناسازگاری اجتماعی کودکان مصروع است (آلیسون، ۲۰۰۴).

بنابراین عوامل متعددی در افزایش عملکرد نامناسب اجتماعی مبتلایان به صرع دخالت دارد. با وجود این در بررسی‌های گوناگون مشخص گردیده که تأثیر منفی بیماری صرع در سازگاری اجتماعی مبتلایان، حتی افرادی که به فرم خفیف این بیماری مبتلا هستند، ایجاد می‌شود (اتینگر و کانر، ۲۰۰۱). همچنین زمانی که صرع مهار شده باشد کودکان و نوجوانان مصروع ممکن است عملکرد مناسبی همانند همسالان خود نداشته باشند (میشل و فلوری، ۱۹۹۹).

هدف اصلی درمان صرع مهار آن است، اما هدف درمان باید برطرف کردن دامنه وسیعی از تأثیرات جسمانی، روانی و اجتماعی این اختلال نیز باشد (اتینگر و کانر، ۲۰۰۱). در واقع پیامدهای روانی، عاطفی و اجتماعی بیماری صرع به اندازه‌ای است که در فرایند درمان و اداره کردن بیماران مبتلا به آن، به‌خصوص در کودکان مبتلا باید به جنبه‌های دیگر درمان به‌ویژه درمانهای روان‌شناختی نیز توجه شود.

مطالعات متعددی در رابطه با تأثیر درمانهای روان‌شناختی (رفتاردرمانی و درمان شناختی رفتاری) بر سازگاری اجتماعی کودکان و نوجوانان عادی انجام شده و نتایج این بررسی‌ها نشان داده است که مداخلات روان‌شناختی از جمله رفتاردرمانی بر سازگاری اجتماعی افراد عادی به‌خصوص نوجوانان مؤثر هستند (دارلاک، ۱۹۹۱؛ توانیز<sup>۱</sup>، ۱۹۹۴ به نقل از سخندان توماج، ۱۳۸۰؛ چانگ و واتکینز، ۱۹۹۵؛ تیمبرلاک، ۲۰۰۰؛ اعرابی، ۱۳۸۰؛ صدیقی، ۱۳۸۰؛ مظاهری، ۱۳۸۲؛ درستی، ۱۳۸۳).

روان‌درمانی برای کاهش احساسات هیجانی شدید افراد مصروع هم به کار می‌رود و گزارشهای موردی از این بیماران به‌خصوص کودکان درمان شده با یکی از رویکردهای روان‌درمانی نشان می‌دهد که روان‌درمانی در کاهش مشکلات روان‌شناختی مرتبط با بیماریهای صرع مؤثر است (گلداشتاین، ۱۹۹۷). رفتاردرمانی بر روی ۲۲ نوجوان و جوان ۱۶ تا ۳۲ ساله مبتلا به صرع میوکلونیک نوجوانان، نشان داد که فراوانی حملات، ترس و پاسخ‌های انطباق‌ناپذیر بیمار (به‌صورت اضطراب و بی‌خوابی) در طی رفتار درمانی به‌طور چشمگیری کاهش می‌یابد (مارتینویک، ۲۰۰۱).

تقه‌الاسلام و همکاران (۱۳۸۱) پژوهشی مبنی بر ارزیابی روشهای روان‌شناختی و غیردارویی صرع در کودکان و نوجوانان انجام داده‌اند. نتایج نشان داد که درمان شناختی- رفتاری موجب کاهش شدت علائم و افزایش احساس مهار حمله صرعی می‌شود، اما تأثیری در کاهش فراوانی حملات ندارد. همچنین مشخص گردید که براساس شیوه شناختی- رفتاری مایکن‌بام<sup>۲</sup> کودکان و نوجوانان سازگاری را بهتر می‌آموزند.

استفاده از «روان‌درمانی در کاهش حملات صرعی و اختلالات روانی- رفتاری کودکان مبتلا به صرع»، نشان می‌دهد که روان‌درمانی (آموزش خانواده و رفتاردرمانی با تأکید بر آرامش عضلانی) در کاهش حملات و اختلال سلوک و ترس مرضی خاص به‌طور معناداری مؤثر است (آقایی، ۱۳۸۱).

گلداشتاین و همکاران (۲۰۰۳) در پژوهش خود که در رابطه با «به‌کارگیری درمان

---

1 – Thwaites

2 – Michenbaum

رفتاری-شناختی در بزرگسالان مبتلا به صرع مقاوم به درمان همراه با مشکلات روانی یا روانی اجتماعی» بود، نشان دادند که شرکت‌کنندگان در این پژوهش پیشرفت معناداری در سازگاری اجتماعی به‌دست آوردند. اما راماواتنام و همکاران (۲۰۰۳) با به‌کارگیری مداخلات روان‌شناختی مانند آرام‌سازی عضلانی، رفتاری درمانی شناختی، پس‌خوراند زیستی و مداخلات آموزشی به تنهایی و یا به صورت ترکیبی برای کاهش تکرار حملات و بهبود کیفیت زندگی افراد مصروع نشان دادند که گرچه استفاده ترکیبی از آرام‌سازی عضلانی و تغییر رفتار برای کاهش اضطراب و افزایش سازگاری مفید است و مداخلات آموزشی در بهبود شایستگی‌های اجتماعی مؤثر است، اما این نتایج معنادار نیست.

بالارد (۱۹۹۳) با بررسی «تأثیر آموزش مهارت‌های اجتماعی بر سازگاری اجتماعی افراد آسیب‌دیده مغزی»، نشان داد که این آموزش در بالا بردن مهارت‌های اجتماعی مؤثر است، اما از لحاظ آماری تفاوت معناداری مشاهده نگردید.

بنیان رویکردهای کنترل روان‌شناختی بر دو هدف مهم تأکید دارد: ۱- کاهش تعداد حمله‌های تشنجی ۲- تکیه بر سازش‌یافتگی مناسب فردی و اجتماعی (گلدشتاین، ۱۹۹۷). اما هدف اصلی از به‌کارگیری مداخلات روان‌شناختی در صرع مهار آن بوده است و این مداخلات و به‌خصوص رویکرد رفتاری برای کاهش مشکلات رفتاری و سازشی کودکان و نوجوانان مصروع به‌ویژه در ایران مورد توجه قرار نگرفته و یا هدف اصلی درمان نبوده است، بنابراین هدف و مسأله اصلی در این پژوهش، تعیین تأثیر آموزش شیوه‌های رفتاری گروهی بر سازگاری اجتماعی کودکان و نوجوانان مصروع است. بر این اساس فرضیه‌های پژوهش عبارت‌اند از:

فرضیه ۱- آموزش شیوه‌های رفتاری گروهی، سازگاری اجتماعی (قالب‌های اجتماعی، مهارت‌های اجتماعی، علائق ضد اجتماعی، روابط خانوادگی، روابط مدرسه‌ای و روابط اجتماعی) کودکان و نوجوانان مصروع را افزایش می‌دهد.

فرضیه ۲- ویژگی‌های جمعیت‌شناختی تأثیر آموزش را بر نمرات سازگاری اجتماعی (قالب‌های اجتماعی، مهارت‌های اجتماعی، علائق ضد اجتماعی، روابط خانوادگی، روابط مدرسه‌ای و روابط اجتماعی) آزمودنیها تعدیل می‌کند.

## روش

بر مبنای هدف اصلی پژوهش که تعیین تأثیر آموزش شیوه‌های رفتاری گروهی بر کل مقیاس سازگاری اجتماعی و زیرمقیاس‌های آن بوده و از آنجا که پژوهشگر به دلیل محدود بودن جامعه آماری قادر به گزینش تصادفی نبوده، از روش نیمه تجربی استفاده گردید. در این تحقیق از طرح پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه گواه استفاده شد. طرح تحقیق در جدول ۱ نشان داده شده است.

جدول ۱- طرح پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه گواه

پس‌آزمون	اجرای گروه‌درمانی	پیش‌آزمون	مراحل	گروهها
$T_2$	*	$T_1$		آزمایش
$T_2$	—	$T_1$		گواه

در تحقیق حاضر متغیر مستقل، آموزش شیوه‌های رفتاری گروهی و متغیرهای وابسته، نمرات مقوله‌های کل مقیاس سازگاری اجتماعی و زیرمقیاس‌های آن در آزمون سازگاری اجتماعی است.

جامعه آماری ۶۶ کودک و نوجوان مصروع مراجعه‌کننده به مرکز خدمات درمانی نور بود که از ۸۴/۴/۱ تا ۸۵/۶/۱ برای انجام معاینات پزشکی مراجعه کرده بودند.

به دلیل محدودیت جامعه آماری در این پژوهش، از بین ۶۶ کودک و نوجوان مصروع مراجعه‌کننده به این مرکز، تعداد ۱۳ پسر و ۱۷ دختر (۳۰ نفر) مبتلا به صرع (لب تمپورال، بزرگ و کوچک) که دارای پرونده پزشکی بودند و مبتلا به صرع آنها محرز بود، براساس گروه سنی (۱۲ تا ۱۸ سال)، نوع مدرسه (عادی و استثنایی) و محل سکونت (شهری و غیرشهری) انتخاب شده و به‌طور تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و گواه جای گرفتند.

میانگین سنی گروه آزمایش ۱۵/۶۳ و میانگین سنی گروه گواه ۱۴/۹۳ بود.

میانگین مدت بیماری در گروه آزمایش ۳/۷۵ و در گروه گواه ۴/۵ سال بود و هر دو گروه از لحاظ دامنه شدت علائم و تعداد حملات از کم تا زیاد (بیشتر در حد متوسط) بودند. میانگین سطح تحصیلات در گروه آزمایش ۹ سال و در گروه گواه ۶/۸۶ سال و میزان تحصیلات پدر و مادر در هر دو گروه از بی‌سواد تا لیسانس بود (میزان تحصیلات پدر و مادر هم برحسب سال تعیین گردید). میانگین معدل تحصیلی در گروه آزمایش ۱۵/۴۵ و در گروه گواه ۱۴/۵۳ بود. در این تحقیق متغیرهای سن، مدت بیماری، شدت علائم، تعداد حملات، میزان تحصیلات، میزان تحصیلات پدر و مادر و معدل تحصیلی با استفاده از تحلیل کوواریانس بررسی شد. ابزارهای جمع‌آوری اطلاعات در این پژوهش شامل دو پرسشنامه بود:

۱- پرسشنامه جمعیت‌شناختی: این پرسشنامه محقق ساخته بود که برای جمع‌آوری اطلاعاتی نظیر سن، جنس، مدت بیماری، شدت علائم، تعداد حملات، میزان تحصیلات، میزان تحصیلات پدر و مادر و معدل تحصیلی تنظیم شده بود.

۲- پرسشنامه شخصیتی کالیفرنیا (زیرمقیاس سازگاری اجتماعی): پرسشنامه شخصیتی کالیفرنیا (CTP) را تورپ<sup>۱</sup> و همکارانش در سال ۱۹۳۶ تهیه کردند و در سال ۱۹۵۳ مورد تجدیدنظر قرار گرفت (به نقل از صدیقی، ۱۳۸۰). این آزمون برای سنجش سازشهای مختلف زندگی تهیه شده است و بر این اساس دارای دو قطب سازگاری شخصی و سازگاری اجتماعی است که هر یک به‌طور جداگانه ۹۰ سؤال دوگزینه‌ای دارد. در پرسشنامه سازگاری اجتماعی ۶ زیرمقیاس که هر یک دارای ۱۵ سؤال است وجود دارد. این پرسشنامه دارای ۶ نمره اختصاصی مربوط به زیرمقیاس‌های قالبهای اجتماعی، مهارتهای اجتماعی، علائق ضد اجتماعی، روابط خانوادگی، روابط مدرسه‌ای و روابط اجتماعی است و یک نمره کلی به‌عنوان سازگاری اجتماعی از نمره زیرمقیاس‌ها به‌دست می‌آید. بر پایه مطالعه مقدماتی که با استفاده از ۴۵ نفر از کودکان و نوجوانان مبتلا به صرع صورت گرفت، ضریب پایایی این آزمون برحسب آلفای کرونباخ و با استفاده از نرم‌افزار SPSS۱۳، ۰/۷۹۷ به‌دست آمد. همچنین برای تعیین

---

1 – California Test Personality

2 – Thorpe

روایی از روایی محتوایی استفاده گردید و روایی این پرسشنامه را جمعی از استادان تأیید کردند.

برای اجرای پرسشنامه‌های این پژوهش، هر دو پرسشنامه جمعیت‌شناختی و سازگاری اجتماعی کالیفرنیا در اختیار پزشکان مرکز خدمات درمانی نور قرار گرفت و از آنها درخواست شد که این پرسشنامه را به کلیه کودکان و نوجوانان مصروعی که برای معاینات پزشکی به آنها مراجعه می‌کنند، بدهند تا آنها را تکمیل کنند.

برنامه جلسه‌های آموزشی با استفاده از منابع معتبر علمی و بر مبنای اصول و فنون مشاوره گروهی تنظیم (محقق ساخته) و پس از تأیید چند تن از استادان بر روی گروه آزمایش اجرا گردید. بر این اساس، در هر یک از جلسات یکی از موضوعات زیر مورد بحث قرار گرفت: آشنایی با مفهوم عزت‌نفس و راههای افزایش آن (آقایی و آتش‌پور، ۱۳۸۳)؛ آموزش تن آرامی به شیوه پیشرونده؛ آموزش تن آرامی از طریق واهلش (هر دو موضوع از گلد فرید و دیویسون<sup>۱</sup>، ۱۳۷۰)؛ آشنایی با مهارتهای اجتماعی، شیوه‌های مؤثر ارتباط (هر دو موضوع از کارتلج و میلبرن<sup>۲</sup>، ۱۳۷۵)؛ آموزش مهارت جرأت‌ورزی، آشنایی با اصول مؤثر در افزایش خودابرازی (هر دو موضوع از هارجی<sup>۳</sup> و همکاران، ۱۹۹۴)؛ خشم و راههای کنترل آن (آلبرتی و آمونز<sup>۴</sup>، ۱۳۷۴)؛ خلاصه و جمع‌بندی مطالب جلسات قبل و برگزاری پس‌آزمون.

پس از انتخاب آزمودنیها و کسب موافقت گروه آزمایش به‌منظور شرکت در جلسه‌های آموزشی برای این گروه برنامه آموزش شیوه‌های رفتاری گروهی مطابق با دستورالعمل از قبل تعیین شده در ۹ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و در طی ۵ هفته متوالی برگزار گردید و در نهایت پس‌آزمون بر روی هر دو گروه آزمایش و گواه انجام شد.

تجزیه و تحلیل داده‌ها در این پژوهش با استفاده از نرم‌افزار SPSS۱۳ و روش تحلیل کوواریانس انجام شد.

---

1 – Gold fried & Davison

2 – Cartlege & Milburn

3 – Hargie

4 – Alberti & Emmons

**یافته‌ها**

در این قسمت ابتدا هر یک از فرضیه‌ها مطرح و سپس نتایج حاصل از آزمون بررسی می‌گردد.

فرضیه ۱- آموزش شیوه‌های رفتاری- گروهی، سازگاری اجتماعی (قابلهای اجتماعی، مهارتهای اجتماعی، علایق ضداجتماعی، روابط خانوادگی، روابط مدرسه‌ای و روابط اجتماعی) کودکان و نوجوانان مصروع را افزایش می‌دهد.

**جدول ۲- نتایج تحلیل کوواریانس گروههای گواه و آزمایش در پس آزمون با تعدیل نمرات پیش آزمون**

مقیاس‌ها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	فراوانی	معناداری	توان آزمون
پیش آزمون	۲۰۸/۱۵۶	۱	۲۰۸/۱۵۶	۴/۴۴۶	۰/۰۴۷	۰/۵۲۱
عضویت گروهی	۴۷/۴۵۴	۱	۴۷/۴۵۴	۱/۰۱۴	۰/۳۲۶	۰/۱۶۱
مقدار خطا	۹۸۳/۲۵۰	۲۱	۴۶/۸۲۱	—	—	—
مقدار کل	۱۰۳۳۹۹۵	۳۰	—	—	—	—
پیش آزمون	۲۸/۱۵۲	۱	۲۸/۱۵۲	۱۲/۳۶۸	۰/۰۰۲	۰/۹۱۸
عضویت گروهی	۲/۱۹۵	۱	۲/۱۹۵	۰/۹۶۴	۰/۳۳۷	۰/۱۵۵
مقدار خطا	۴۷/۸۰۲	۲۱	۴۶/۸۲۱	—	—	—
مقدار کل	۵۲۶۱	۳۰	—	—	—	—
پیش آزمون	۲۱/۷۵۸	۱	۲۱/۷۵۸	۵/۸۵۴	۰/۰۲۵	۰/۶۳۶
عضویت گروهی	۲/۱۵۸	۱	۲/۱۵۸	۰/۵۸۱	۰/۴۵۵	۰/۱۱۳
مقدار خطا	۷۸/۰۵۵	۲۱	۲/۲۷۶	—	—	—
مقدار کل	۲۷۴۰	۳۰	—	—	—	—

علايق	پيش‌آزمون	۵/۶۰۰	۱	۵/۶۰۰	۱/۸۳۸	۰/۱۹۰	۰/۲۵۳
ضداجتماعي	عضويت گروهی	۱/۸۸۶	۱	۱/۸۸۶	۰/۶۱۹	۰/۴۴۰	۰/۱۱۷
	مقدار خطا	۶۳/۹۷۰	۲۱	۳/۰۴۶	—	—	—
	مقدار كل	۲۰۵۵	۳۰	—	—	—	—
روابط خانوادگی	پيش‌آزمون	۸/۰۳۴	۱	۸/۰۳۴	۹/۷۸۷	۰/۰۰۵	۰/۸۴۷
	عضويت گروهی	۱۱۸/۳۶۰	۲۱	۵/۶۳۶	۱/۴۲۶	۰/۲۴۶	۰/۲۰۷
	مقدار خطا	۲۸۱۹	۳۰	—	—	—	—
	مقدار كل	۲۷/۴۹۳	۱	۲۷/۴۹۳	۷/۸۳۵	۰/۰۱۱	۰/۷۶۱
روابط مدرسه‌ای	عضويت گروهی	۴/۵۷۷	۱	۴/۵۷۷	۱/۳۰۴	۰/۲۶۶	۰/۱۹۳
	مقدار خطا	۷۳/۶۸۴	۲۱	۳/۵۰۹	—	—	—
	مقدار كل	۲۵۰۵	۳۰	—	—	—	—
روابط اجتماعي	پيش‌آزمون	۶/۹۷۷	۱	۶/۹۷۷	۳۸/۸۰۱	۰/۰۱۳	۰/۷۳۰
	عضويت گروهی	۱۱۱/۹۹۶	۲۱	۵/۳۳	۱/۳۰۸	۰/۲۶۶	۰/۱۹۴
	مقدار خطا	۳۱۳۸	۳۰	—	—	—	—
	مقدار كل	—	—	—	—	—	—

همان‌طور که جدول ۲ نشان می‌دهد، آموزش شیوه‌های رفتاری بر كل مقياس سازگاري اجتماعي و هيچ يك از زیرمقياس‌های آن تأثیر معناداري ( $P > ۰/۰۵$ ) نداشته است. بنابراین فرضیه ۱ تأیید نمی‌شود.

فرضیه ۲- ویژگیهای جمعیت‌شناختی تأثیر آموزش را بر نمرات سازگاري اجتماعي (قالبهای اجتماعي، مهارتهای اجتماعي، علايق ضد اجتماعي، روابط خانوادگی، روابط

مدرسه‌ای و روابط اجتماعی) آزمودنیها تعدیل می‌کند. در جدول ۳ نتایج استخراج شده از آزمون این فرضیه فقط در مورد متغیرها معنادار نشان داده شده است و نتایج مربوط به متغیرهایی که معنادار نبوده‌اند، به دلیل طولانی بودن، در جدول آورده نشده است.

جدول ۳- نتایج تحلیل کوواریانس با کنترل عوامل جمعیت‌شناختی

مقیاس‌ها	متغیر معنادار	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	فراوانی	معناداری	توان آزمون
سازگاری	مدت بیماری	۳۳۵/۵۲۶	۳۳۵/۵۲۶	۶/۰۸۶	* ۰/۰۲۴	۰/۶۴۶
اجتماعی کل	میزان تحصیلات مادر	۲۸۶/۸۷۱	۲۸۶/۸۷۱	۵/۲۰۴	* ۰/۰۳۵	۰/۵۷۹
	عضویت گروهی	۳۳۲/۵۵۹	۳۳۲/۵۵۹	۶/۰۳۲	* ۰/۰۲۴	۰/۶۴۲
قابلهای اجتماعی	میزان تحصیلات مادر	۳۰/۳۳۷	۳۰/۳۳۷	۱۴/۹۱۳	* ۰/۰۰۱	۰/۹۵۴
	میزان تحصیلات پدر	۳۸/۶۰۱	۳۸/۶۰۱	۱۸/۹۷۵	* ۰/۰۰۰	۰/۹۸۴
	عضویت گروهی	۱۵/۲۷۸	۱۵/۲۷۸	۷/۵۱۰	* ۰/۰۱۳	۰/۷۳۶
مهارتهای اجتماعی	عضویت گروهی	۲/۱۹۵	۲/۱۹۵	۰/۴۰۵	* ۰/۵۳۳	۰/۰۹۳
علايق ضداجتماعی	عضویت گروهی	۱۴/۸۲۹	۱۴/۸۲۹	۳/۰۲۶	* ۰/۰۹۹	۰/۳۷۷
روابط خانوادگی	معدل	۳۳/۰۶۸	۳۳/۰۶۸	۵/۲۴۶	* ۰/۰۳۴	۰/۵۸۲
	عضویت گروهی	۴/۷۸۰	۴/۷۸۰	۰/۷۵۸	* ۰/۳۹۵	۰/۱۳۱
روابط مدرسه‌ای	عضویت گروهی	۲۵/۲۸۰	۲۵/۲۸۰	۴/۸۷۲	* ۰/۰۴۱	۰/۵۵۱
روابط اجتماعی	مدت بیماری	۳۴/۳۸۷	۳۴/۳۸۷	۴/۸۰۲	* ۰/۰۴۲	۰/۵۴۵
	میزان تحصیلات مادر	۳۳/۳۱۱	۳۳/۳۱۱	۴/۶۵۲	* ۰/۰۴۵	۰/۲۹۱
	عضویت گروهی	۷/۰۵۲	۷/۰۵۲	۰/۹۸۵	* ۰/۳۳۴	۰/۱۵۶

\* P < ۰/۰۵

۱ = درجه آزادی

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، در کل مقیاس سازگاری اجتماعی، در مورد متغیرهای مدت بیماری ( $F = 6/086$  و  $P < 0/05$ ) و میزان تحصیلات مادر ( $F = 5/204$  و  $P < 0/05$ ) بین دو گروه آزمایش و گواه تفاوت معنادار بوده است و با کنترل کلیه متغیرهای جمعیت‌شناختی (سن، مدت بیماری، شدت علائم، تعداد حملات، میزان تحصیلات، میزان تحصیلات پدر و مادر و معدل تحصیلی) در کل مقیاس سازگاری اجتماعی از نظر عضویت گروهی تفاوت معناداری ( $P < 0/05$ ) و بین دو گروه ایجاد شده است. در زیرمقیاس قالبهای اجتماعی، در مورد متغیرهای میزان تحصیلات مادر ( $F = 14/975$  و  $P < 0/05$ ) و میزان تحصیلات پدر ( $F = 18/975$  و  $P < 0/05$ ) بین دو گروه آزمایش و گواه تفاوت معنادار بوده است و با کنترل کلیه متغیرهای جمعیت‌شناختی در زیرمقیاس قالبهای اجتماعی از نظر عضویت گروهی تفاوت معناداری ( $F = 7/510$  و  $P < 0/05$ ) بین دو گروه ایجاد شده است. در زیرمقیاس‌های مهارت‌های اجتماعی، علائق ضداجتماعی و روابط خانوادگی، با کنترل متغیرهای جمعیت‌شناختی بین دو گروه آزمایش و گواه از نظر عضویت گروهی تفاوت معناداری ( $P > 0/05$ ) ایجاد نشده است، بجز در مورد متغیر معدل تحصیلی که کنترل آن در زیرمقیاس روابط خانوادگی بین دو گروه تفاوت معناداری ( $F = 5/24$  و  $P < 0/05$ ) ایجاد کرده است. در زیرمقیاس روابط مدرسه‌ای، با کنترل کلیه متغیرهای جمعیت‌شناختی بین دو گروه آزمایش و گواه از نظر عضویت گروهی تفاوت معناداری ( $F = 4/802$  و  $P < 0/05$ ) ایجاد شده است.

در زیرمقیاس روابط اجتماعی، در مورد متغیرهای مدت بیماری ( $P < 0/05$ ) و  $F = 4/652$  و میزان تحصیلات مادر ( $F = 6/032$  و  $P < 0/05$ ) بین دو گروه آزمایش و گواه تفاوت معنادار بوده است، اما با کنترل کلیه متغیرهای جمعیت‌شناختی در زیرمقیاس روابط اجتماعی بین دو گروه از نظر عضویت گروهی تفاوت معناداری ( $P > 0/05$ ) ایجاد نشده است. بنابراین براساس نتایج به‌دست آمده در جدول ۳ فرضیه ۲ در اغلب موارد تأیید می‌شود.

### بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های جدول ۲ نشان می‌دهد که در کل مقیاس سازگاری اجتماعی و زیرمقیاس‌های قالبهای اجتماعی، مهارتهای اجتماعی، علائق ضداجتماعی، روابط خانوادگی، روابط مدرسه‌ای و روابط اجتماعی بین دو گروه آزمایش و گواه تفاوت معناداری وجود ندارد و این بدین معنی است که آموزش شیوه‌های رفتاری گروهی بر سازگاری اجتماعی و زیرمقیاس‌های آن تأثیر معناداری نداشته است. نتایج تحقیق بالارد (۱۹۹۳) که در رابطه با افراد آسیب‌دیده مغزی است، به همین منظور است، اما نتایج توایتز (۱۹۹۴) به نقل از سخندان توماج، (۱۳۸۰)، چانگ و واتکینز (۱۹۹۵)، تیمبرلاک (۲۰۰۰)، اعرابی (۱۳۸۰) و درستی (۱۳۸۳) که بر روی نوجوانان عادی صورت گرفته با یافته‌های این پژوهش همخوانی ندارد. هر یک از این پژوهش‌ها تأثیر یکی از شیوه‌های رفتاری را بر سازگاری اجتماعی بررسی می‌کند و نتایج این بررسی‌ها نشان می‌دهد که رفتاردرمانی به شیوه‌های مختلف بر سازگاری اجتماعی افراد عادی به‌خصوص نوجوانان مؤثر است. روان‌درمانی در کاهش احساسات هیجانی شدید افراد مصروع هم به‌کار گرفته شده است و گزارشات موردی از این بیماران به‌خصوص کودکان درمان شده با یکی از رویکردهای روان‌درمانی بیانگر آن است که روان‌درمانی در کاهش مشکلات روانی اجتماعی مرتبط با بیماری صرع نیز مؤثر است که با نتایج حاصل از این پژوهش همخوانی ندارد. همچنین نتایج حاصل از این پژوهش با یافته‌های مارتینویک (۲۰۰۱) و آقای (۱۳۸۱) در تعارض است، اما در راستای یافته‌های راماراتنام (۲۰۰۳) می‌باشد.

در تبیین عدم اثربخشی آموزش شیوه‌های رفتاری بر سازگاری اجتماعی کودکان و نوجوانان مصروع نقایص روش‌شناختی، همسان نبودن آزمودنیها از نظر عامل دارویی، عدم آموزش والدین و همسان نبودن آزمودنیها از نظر نوع صرع را می‌توان نام برد. همچنین دلایل افزایش سازگاری افراد مصروع در پژوهشهای انجام شده همچون آقای (۱۳۸۱)، ثقه‌الاسلام و همکاران (۱۳۸۱)، گلداشتاین و همکاران (۲۰۰۳) و گلداشتاین و همکاران (۲۰۰۴) می‌تواند این موضوع باشد که هدف اصلی آنها از به‌کارگیری رویکردهای روان‌شناختی در درجه اول مهار تشنج، کاهش علایم و کاهش فراوانی حملات بوده است و در کنار آن سازگاری و وضعیت روانی افراد مصروع

به‌طور معناداری افزایش یافته است. از طرف دیگر، شاید مؤثر بودن بیشتر این پژوهش‌ها و همچنین پژوهش‌های دارلاک و همکاران (۱۹۹۱) و مظاهری (۱۳۸۲) در رابطه با افزایش سازگاری اجتماعی، استفاده از رویکرد رفتاری-شناختی باشد. یکی از دلایل مؤثر بودن شیوه‌های رفتاری-شناختی در آموزش، زیربنای آموزشی آن است به‌طوری که در این شیوه هم بر جنبه‌های شناختی و هم بر جنبه‌های رفتاری تأکید می‌شود. البته بنابر عقیده گلدشتاین (۱۹۹۷)، ارزیابی تأثیر درمان‌های روان‌شناختی در بیماران مصروع مشکل است و این شیوه‌ها ممکن است در مهار حملات و ایجاد سازگاری برخی افراد مصروع مؤثر باشد و نیاز به بررسی بیشتر دارند.

یافته‌های جدول ۳ نشان می‌دهد که ویژگی‌های جمعیت‌شناختی تأثیر آموزش را بر نمرات سازگاری اجتماعی کل و زیرمقیاس‌های آن تعدیل می‌کند و این بدین معنی است که با کنترل متغیرهای جمعیت‌شناختی در این پژوهش، شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش در روابط مدرسه‌ای و قالب‌های اجتماعی و به تبع آن سازگاری اجتماعی کل بهبود قابل ملاحظه‌ای نسبت به گروه گواه تجربه کرده‌اند. این نتایج در راستای یافته‌های کاپلان و همکاران (۲۰۰۵) بیانگر اهمیت کنترل متغیرهای جمعیت‌شناختی در مطالعات مربوط به شایستگی اجتماعی در کودکان مصروع است، اما با یافته‌های صدیقی (۱۳۸۰) همخوانی ندارد. وی نشان داد که بین عوامل جمعیت‌شناختی و سازگاری اجتماعی رابطه‌ای وجود ندارد. این تعارض می‌تواند به این دلیل باشد که پژوهش صدیقی بر روی افراد عادی صورت گرفته است و نیز متغیرهایی که در این تحقیق مطرح شده با اکثر متغیرهای جمعیت‌شناختی در تحقیق صدیقی متفاوت است که می‌توانند تغییرات قابل ملاحظه‌ای در سازگاری اجتماعی افراد مصروع ایجاد کنند. البته نتایج نشان می‌دهد که میزان تأثیر هر یک از متغیرهای جمعیت‌شناختی بر آموزش متفاوت است و بیشترین تأثیر را متغیرهای میزان تحصیلات پدر و میزان تحصیلات مادر به‌ویژه بر زیرمقیاس قالب‌های اجتماعی داشته‌اند که این در راستای یافته‌های اعرابی (۱۳۸۰) است. او دریافت که سطح تحصیلات والدین بر سازگاری فرزندان آنان مؤثر است.

با توجه به نتایج به‌دست آمده از این پژوهش و به دلیل اینکه مشکلات مربوط به سازگاری اجتماعی افراد مصروع به‌خصوص در کودکان و نوجوانان مبتلا به صرع

زیاد است و این مشکلات می‌تواند تأثیرات نامطلوبی برای این افراد در حال و آینده به بار آورد و با توجه به اینکه اکثر پژوهش‌های انجام شده از به‌کارگیری مداخلات روان‌شناختی برای مشکلات روانی اجتماعی این افراد حمایت می‌کنند، پیشنهاد می‌شود برای این قبیل کودکان و نوجوانان در مراکز و انجمن‌های صرع برنامه‌های آموزش سازگاری اجتماعی برگزار گردد و چون مدت بیماری عاملی مؤثر بر سازگاری اجتماعی و اثربخش بودن آموزش است، این برنامه‌ها از همان ابتدای شروع صرع فراهم شوند. همچنین از آنجایی که میزان تحصیلات پدر و مادر بیشترین تأثیر را بر اثربخشی آموزش در این پژوهش داشته‌اند، آموزش والدین نیز در کنار برنامه‌های آموزشی برای کودکان و نوجوانان مصروع گنجانده شود.

## منابع

- اسلامی نسب، علی. (۱۳۷۳)، *روان‌شناسی سازگاری*، تهران، نشر بنیاد.
- اعرابی، شهین. (۱۳۸۰)، «اثربخشی مهارت‌های زندگی بر سازگاری اجتماعی نوجوانان دختر شرکت‌کننده در برنامه اوقات فراغت سازمان بهزیستی اصفهان»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته روان‌شناسی عمومی، اصفهان، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان.
- آقای اصغر، حسن احدی، علی دلاور و احمد سنبلستان. (۱۳۷۹)، «بررسی ابعاد روان‌شناسی صرع کودکان: مقایسه ویژگی‌های روانی-عاطفی کودکان مبتلا به صرع و کودکان عادی»، *فصلنامه دانش و پژوهش*، سال ۲، شماره ۶.
- آقای اصغر. (۱۳۸۱)، «تأثیر روان‌درمانی در کاهش حملات صرع و اختلالات روانی رفتاری کودکان مبتلا به صرع»، *خلاصه مقالات دومین کنگره روان‌شناسی ایران*، تهران، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- آقای اصغر و حمید آتش‌پور. (۱۳۸۳)، *اعتماد به‌نفس و خودباوری*، اصفهان، حوزه معاونت دانشجویی دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان.
- آلبرتی، رابرت و مایکل آمونز. *روان‌شناسی ابراز وجود*، ترجمه مهدی قراچه‌داغی، تهران، انتشارات علمی.

ثقه‌الاسلام، طاهره و غلامعلی افروز، کوروش قره‌گزلی و الهه حجازی. (۱۳۸۱)، «مداخله روان‌شناختی در کنترل صرع کودکان و نوجوانان»، *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال ۸، شماره ۲. درستی، فاطمه. (۱۳۸۳)، «تأثیر آموزش گروهی ابراز وجود بر سازگاری اجتماعی دختران فراری شهر اصفهان»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته روان‌شناسی عمومی، اصفهان، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان.

سخندان توماج، رسول. (۱۳۸۰)، «بررسی اثربخشی آموزش گروهی مهارت‌های اجتماعی بر مشکلات رفتاری عاطفی کودکان دبستانی شهرستان گنبد کاووس»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته مشاوره، دانشگاه اصفهان، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی.

شیرزادی، مصطفی و جلال ضیایی. (۱۳۷۷)، *طوفان مغز*، اصفهان، انتشارات یکتا. شیرزادی، مصطفی و جلال ضیایی. (۱۳۸۱)، *بیماریهای مغز و اعصاب*، اصفهان، انتشارات کنکاش.

صدیقی، کاظم. (۱۳۸۰)، «بررسی میزان اثربخشی آموزش شناختی رفتاری عزت‌نفس بر سازگاری اجتماعی دانش‌آموزان پسر پایه سوم دبیرستانهای نیشابور»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته مشاوره، اصفهان، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی.

ضرغامی، مهران و معصومه شیخ‌الاسلامی. (۱۳۷۸)، *جنبه‌های روانپزشکی صرع*، ساری، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان مازندران.

کارتلیج، گندلین و جوان‌فلور میلبرن. *آموزش مهارت‌های اجتماعی به کودکان*، ترجمه محمدحسین نظری‌نژاد، (۱۳۷۵)، مشهد، انتشارات آستان قدس رضوی.

گراهام، فیلیپ. *روانپزشکی کودک*، ترجمه کورش نامداری، ناهید اکرمی و کریم عسگری، (۱۳۸۰)، جلد دوم، اصفهان، انتشارات مهر قائم.

گلدفرید، ماروین آر و جرالدهی دیویسون. *رفتاردرمانی بالینی*، ترجمه فرهاد ماهر، مشهد، انتشارات آستان قدس رضوی.

مظاهری، اکرم. (۱۳۸۲)، «بررسی تأثیر آموزش گروهی عزت‌نفس به شیوه رفتاری و رفتاری-شناختی بر سازگاری اجتماعی دانشجویان ساکن خوابگاه دانشگاه اصفهان»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته مشاوره، دانشگاه اصفهان، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی.

مینگر، ویلیام. جان مایر و ایس وایتزمن. *رشد شخصیت و بهداشت روانی*، ترجمه سیما نظیری، (۱۳۸۱)، تهران، انتشارات انجمن اولیا و مربیان.

میلانی‌فر، بهروز. (۱۳۷۰). *روان‌شناسی کودکان و نوجوانان استثنایی*، تهران، نشر قومس.  
 هارجی، اُون. کریستین ساندرز، دیوید دیکسون و جردنز تاون. (۱۹۹۴). *مهارتهای اجتماعی در ارتباطات میان‌فردی*، ترجمه مهرداد فیروزبخت و خشایار بیگی، (۱۳۸۲)، تهران، انتشارات رشد.

- Allison, S.M. (2004). *Predictor of social competence among children epilepsy*. Ph.D Dissertations. Gorge Washington, Nupub: AAT 3124592 .
- Baker, G.A., Spector, S., Mcgrath, Y. & Soteriou, H. (2005). Impact of epilepsy in adolescence: A uk controlled study. *Epilepsy & Behavior*, 6(4), 556 – 562.
- Balarde, E. (1993). *Affects of a social skills training program on social adjustment of persons with head injures*. Illinos institute of technology, DAI- B 54/07 , P 3844 .
- Chung, C. & Watkins, O. (1995). Evaluating social skills training program for Hong kong students. *Journal of Social psychology*, 735, 521 – 528 .
- Durlak, J., Fuhrman, T., & Lampman, G. (1991). Effectiveness of cognitive behavior therapy for maladaptng children: a meta analysis. *Psychological Bulletin*, 110(2), 204 .
- Ettinger, A.B., & Kanner, A.M. (2001). *Psychiatric Issues in epilepsy*. Philadelphia: Lippincott willams & wilkins.
- Fogel, B.S., Sehiffer, R.B., & Rad, S.M. (2000). *Synopsis of Neuropsychiatry*. Philadelphia: Lippincott willams & wilkins.
- Goldstein, L.H. (1997). Effectiveness of psychological intervention for people with prooly controlled epilepsy. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and psychiatry*, 63, 137 – 142 .
- Goldstein, L.H., Mcalpine, M., Deale, A., Toone, B.K., & Mellers, 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), 447–6.
- Goldstein, L.H., Deale, A.C., Mitchell-Omalley, 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), 14–9
- Martinovic, Z. (2001). Adjunctive behavioral treatment in adolescents and young adults with juvenile myoclonic epilepsy. *Seizure*, 10(1), 24–7.
- Mccusker C .G., John Kennedy, P., Anderson, J., Hisks, E.M., & Hanrahan, D. (2002). Adjustment in children with intractible epilepsy: importance of seizure duration and family factors. *Developmental medicine and child Neurology*, 44(10), 681–7.
- Mitchell, W., & Flourie, T. (1999). Social and psychological aspects of epilepsy. *The Exceptional parent*, 29(10), 69.
- Oguz, A., Kurual, 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.
- Ramaratnan, S., Baker, C.A., & Goldstein, L. (2003). *Psychological treatments for epilepsy*. System Review, Department of Neurology, Apollo Hospitals, 21 Greams lane, off greams lane, off greams road, madras, Tamil Nadu, India, 60006.
- Rowland, L. (2005). *Merritts neurology*. 11th edition. Philadelphia: Lippincott willams & wilkins.
- Sackellares, J.C., & Berent, S. (1996). *Psychological Disturbances in epilepsy*. Boston: Buterworch Heinemomm.
- Timberlake, T. (2000). *A comprehensive approach to social skills training with urban African-American adolescents*. Ph. D Dissertation. Intemple university, Nupub: AAT 9966011.

Victor, M. & Ropper, A.H. (2001). *Principles of Neurology*. Volumen I. 7th edition. Boston: McGraw Hill.

Wagner, J.L. & Smith, G. (2005 , In press). *Psychosocial intervention in pediatric epilepsy: A critique of the Literature*. Copy right c2005 Elsevier Inc.

تاریخ وصول: ۸۵/۳/۵

تاریخ پذیرش: ۸۵/۹/۱۱