اثربخشی مداخله تنظیم هیجان بر بهزیستی روان‌شناختی دختران مبتلا به صرع

لیلا اسماعیلی [۱]، محمدرضا عابدی [۲]، محمد رضا نجفی [۳]،
اصغر آقایی [۴]، مریم اسماعیلی [۵]

مقاله پژوهشی

چکیده

زمینه و هدف: پژوهش حاضر، با هدف بررسی اثربخشی مداخله‌شناختی رفتاری تنظیم هیجان بر بهزیستی روان‌شناختی دختران نوجوان مبتلا به صرع انجام شد. جامعه آماری این پژوهش کلیه دختران نوجوان مبتلا به صرع ۱۴ تا ۲۰ ساله شهر اصفهان در سال ۱۳۹۰ بود.

مواد و روش‌ها: به منظور انجام این پژوهش ۳۰ نفر دختر ۱۴ تا ۲۰ ساله از میان جامعه مصروعین به شیوه در دسترس، انتخاب و با روش تصادفی به گروه‌های آزمایش و کنترل گمارده شدند. روش پژوهش نیمه‌تجربی بود. مداخله شناختی رفتاری تنظیم هیجان بر اساس دستورالعملی از دانشگاه بوستون ومتناسب‌سازی با شرایط فرهنگی، به مدت ۱۲ جلسه بر روی گروه آزمایش انجام گرفت و به گروه کنترل هیچ آموزشی ارایه نشد. ابزار مورد استفاده در این پژوهش، پرسش‌نامه بهزیستی روان‌شناختی (Ryff یا psychological Well-Being questionnaire) و پرسش‌نامه اطلاعات جمعیت شناختی محقق ساخته (researcher-made questionnaire) بود. داده‌های به دست آمده با روش آماری تحلیل کواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج این پژوهش نشان داد که مداخله روش تنظیم هیجان در مقایسه با گروه کنترل در مرحله پیش‌آزمون- پس‌آزمون ($p<۰/۰۴۸$) و پیش‌آزمون- پی‌گیری ($p<۰/۰۱۹$) بر افزایش بهزیستی روان‌شناختی دختران مصروع مؤثربود هم‌چنین، میانگین نمره پذیرش خود ($p<۰/۰۴۹$)، در مرحله پس‌آزمون و خرده مقیاس‌های روابط مثبت ($p<۰/۰۴۵$)، پذیرش خود ($p<۰/۰۴۹$)، زندگی هدفمند ($p<۰/۰۴۶$)، در مرحله پی‌گیری افزایش معنی‌داری پیدا کرده است.

نتیجه‌گیری نتایج این پژوهش نشان دادکه مداخله شناختی رفتاری تنظیم هیجان بر افزایش بهزیستی روان‌شناختی دختران مصروع مؤثر است. هم‌چنین اثر درمان در زمان پی‌گیری ماندگار بود.

واژه‌های کلیدی: تنظیم هیجان، بهزیستی روان‌شناختی، صرع

ارجاع: اسماعیلی لیلا، عابدی محمدرضا، نجفی محمدرضا، آقایی اصغر، اسماعیلی مریم . **اثربخشی مداخله تنظیم هیجان بر بهزیستی روان‌شناختی دختران مبتلا به صرع**. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۳؛ ۱۲(۲): ۲۰۴-۱۹۴

دریافت مقاله: ۱۳۹۱/۱۱/۲۷ پذیرش مقاله: ۱۳۹۳/۴/۱۷

۱- دانشجوی دکتری روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران (نویسنده مسؤول) Email: l_es_2010@yahoo.com
۲- دانشیار، گروه مشاوره، دانشگاه اصفهان، ایران
۳- استاد، گروه بیماری‌های مغز و اعصاب، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
۴- دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران
۵- استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-12]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1393.12.2.5.5]

مقدمه

تنظیم هیجان مؤثر با عملکردهای اجتماعی بهینه در ارتباط است (۱). افراد بایستی هیجاناتشان را به روشی کنترل کنند که به صورت طبیعی باشد و به روحیات آن‌ها صدمه‌ای وارد نکند. در تحقیقی که Aldao و همکاران انجام دادند، نشان داده شد که حضور روش‌ها و راهبردهای تنظیم هیجانات ناسازگارانه و ناهنجار (نشخوار، سرکوبی و اجتناب) زیان‌آورتر از نبود راهبردهای تنظیم هیجان سازگارانه (پذیرش وحل مسأله) می‌باشد (۲). اختلالات درماندگی (۳)، افسردگی و اضطراب، به عنوان نتیجه‌ای از دشواری در تنظیم هیجانات، مورد بررسی واقع شده‌اند (۶-۴، ۲). تنظیم هیجانات با مدل‌های آسیب‌شناسی روانی ترکیب و تلفیق شده است (۷-۶). نظریه‌پردازان، چنین استدلال می‌کنند که اشخاصی که نمی‌توانند به طور مؤثری، واکنش‌های هیجانیشان را کنترل و نظارت کنند، دوره‌های طولانی‌تر و شدیدتری از اندوه و پریشانی را تجربه می‌کنند که منجر به افسردگی یا اضطراب برای آن‌ها می‌شود (۸، ۶).

ولی اکنون دیگر سلامت روان فقط نداشتن اختلال نیست، ارتقاء سطح بهزیستی روان‌شناختی یکی از اهداف روان‌شناسی در قرن حاضر محسوب می‌شود و یکی از علایق جدی روان‌شناسان، معطوف به زمینه‌های خلق و خو و شخصیت، تأثیر فرهنگ، مهارت‌های مقابله‌ای، میزان خوش‌بینی و بدبینی، حمایت‌های اجتماعی و شناخت‌های فرد و تأثیر آن بر بهزیستی روان‌شناختی است (۹). Senic نشان داد که افزایش تعامل اجتماعی و روابط بین فردی در افراد مبتلا به بیماری‌های جسمی منجر به افزایش شاخص‌های بهزیستی روان‌شناختی و هم‌چنین کسب درآمد و به دنبال آن کیفیت بخشی زندگی آن‌ها می‌شود (۱۰) .

هم‌چنین پژوهش Argyle نشان داد که کارآمدی تکنیک‌های رفتاری- شناختی در افزایش میزان شادی افراد افسرده و هم‌چنین خانواده‌ها و افزایش بهزیستی روان‌شناختی مؤثر است (۱۱). در حالی که در مورد بهزیستی روان‌شناختی و شاخص‌های آن در سال‌های اخیر در کشورمان نیز تحقیقات فراوانی صورت گرفته است، تحقیقات اندکی در مورد بهزیستی روان‌شناختی گروه‌های در معرض خطر و عوامل مؤثر بر آن شده است. مقیاس بهزیستی روان‌شناختی که اولین بار توسط Andrews و Withey در شاخص‌هایی که رضایت آمریکاییان از زندگی‌شان را بیان می‌کرد ارایه شد، سه مشخصه دارد (۱۲): اول این‌که، درونی است. Campbell می‌گوید: در درون تجربه فرد جای می‌گیرد (۱۳). دوم این‌که، بهزیستی روان‌شناختی اندازه‌گیری‌های مثبت را شامل می‌شود، از این نظر بااندازه‌گیری‌هایی مانند بهداشت روانی که با فقدان مؤلفه‌های منفی تعریف می‌شوند تفاوت دارد. بهر حال رابطهٔ بین شاخص‌های مثبت و منفی به‌طور کامل درک نشده است. سوم این‌که اندازه‌گیری‌های بهزیستی روان‌شناختی نوعاً سنجش کلی از تمام جوانب زندگی یک شخص را شامل می‌شود. گرچه می‌توان خلق یا رضایت را در درون حیطهٔ خاصی سنجید تأکید معمولاً روی قضاوتی یکپارچه از زندگی شخص است (۱۲). Ryff یک ارزیابی واحد چندمحوری را برای ارزیابی میزان بهزیستی روان‌شناختی پیشنهاد می‌کند که شامل مؤلفه‌های نگرش مثبت به خود شخص و زندگی گذشته‌اش خویشتن‌پذیری (self-acceptance) ، رضایت از ارتباط با دیگران (ارتباط مثبت با دیگران)، حس خودمختاری و استقلال و آزادی از هنجارها خودپیروی (autonomy)، هدف داشتن در زندگی و اعتقاد به این‌که زندگی هر فردی معنی‌داراست (هدف در زندگی)، توانایی اداره زندگی و محیط اطراف ، تسلط محیطی (environmental mastery) و آزاد بودن نسبت به تجربیات جدید به همراه رشد شخصی است (۱۵-۱۴). در مجموع با استناد به گفته‌های Hirsch می‌توان گفت در زمینه روان‌شناسی مثبت نیاز به پژوهش‌های بیشتری وجود دارد (۱۶).

از طرف دیگر بیماری صرع از شیوع نسبتا بالایی در ایران دارد و شیوع آن ۱/۸ درصد گزارش شده است (۱۷). صرع در سال ۲۰۰۵ توسط انجمن بین‌المللی مقابله با صرع به عنوان یک اختلال مغزی که با آمادگی مداوم برای بروز حملات صرعی و پیامدهای عصب شناختی، شناختی، روان‌شناختی و اجتماعی ناشی از این شرایط مشخص می‌شود، توصیف شد. این تعبیر و تفسیر جدید از بیماری بر اهمیت جنبه‌های عصب روان‌شناختی

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-12]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1393.12.2.5.5]

و رفتاری صرع تأکید دارد (۱۸). پژوهش Hartshorn و Byers نشان داد که افراد مصروع در مقایسه با افراد غیر مصروع از اعتماد به نفس پایین‌تر، رضایت از زندگی کمتر، مشکلات اجتماعی بیشتر، سلامت جسمانی کمتر، نگرانی بیشتر و تعادل عاطفی کمتر برخوردار هستند. آن‌ها هم‌چنین در روابط خصوصی با افراد نیز دچار مشکل هستند (۱۹). هم‌چنین پژوهش Lanteaume و همکاران، نشان داد استرس‌های شدید موجب حملات آشکار صرع می‌شود (۲۰). پژوهش اسماعیلی و همکاران نشان داد که آموزش روش‌های تنظیم هیجان می‌تواند سلامت روان نوجوانان مصروع را افزایش دهد، هم‌چنین نتایج نشان دهنده کاهش اضطراب، شکایت جسمانی، حساسیت در روابط متقابل، پرخاشگری و روان پریشی در مرحله پس‌آزمون بود و در مرحله پی‌گیری نیز، میانگین نمرات شکایت جسمانی، اضطراب، افسردگی، کاهش معنی‌داری داشت (۲۱) . Tedman به بررسی میزان خوداثربخشی در بین مبتلایان به صرع پرداختند. نتایج نشان داد که گروه بیماران به میزان معنی‌داری خود اثر بخشی (Self Efficacy) کمتری را نسبت به گروه کنترل گزارش نموده، نتایج نشان داد که باورهای هسته‌ای در شکل‌گیری و دوام اضطراب و افسردگی در بیماران صرعی بسیار مؤثر هستند (۲۲) . در گستره پژوهش‌های صورت گرفته در مورد بیماران صرعی، پژوهشگران طیفی از متغیرهای روانی را مورد بررسی قرار داده‌اند. افراد مبتلا به صرع عزت نفس پایینی دارند و معمولاً احساس برچسب خوردن و مایه ننگ بودن، احساس غالب در این افراد است.

عوارض بیماری صرع به خاطر ماهیت ناتوان‌کننده آن، تمام جنبه‌های زندگی فرد را در بر می‌گیرد ودر نتیجه روند طبیعی زندگی بیمار را مختل می‌کند، همانند دیگر بیماری‌های مزمن در مبتلایان به صرع نیز واکنش‌های روان‌شناختی نظیر واپس روی، انکار، اضطراب، افسردگی وخشم بسیار شایع است. در ابتدا این واکنش‌ها همگی طبیعی بوده وحتی در بسیاری از موارد به بیمار کمک می‌کنند تا با موقعیت جدید که همان ابتلا به بیماری است سازگار شود اما اگر این واکنش‌ها ادامه یابد و در فرد تثبیت شود لزوم پیگیری وتوجهات ویژه مطرح می‌شود و به نظر می‌رسد پرداختن به مشکلات و پیامدهای اجتماعی و روانی ناشی از ابتلا به صرع در بیماران مبتلا جدی گرفته نشده است. از آن‌جا که دختران نوجوان با مسؤولیت‌های خطیر مادری و همسری روبرو هستند و با توجه به ویژگی‌های دوران نوجوانی و حساسیت این دوران، مداخله بهنگام (Early intervention) و آموزش‌های مناسب موجب می‌شود تا راه‌کارهای عملی افزایش بهزیستی روان‌شناختی و جلوگیری از ابتلا به اختلالات رفتاری و ناسازگاری‌های شدید فردی و اجتماعی در این نوجوانان بررسی علمی‌و پژوهشی شود. باتوجه به یافته‌های تحقیقاتی فوق مسأله اساسی پژوهش حاضر بررسی اثربخشی مداخله شناختی- رفتاری تنظیم هیجان بر بهزیستی روان‌شناختی دختران مصروع ۱۴تا۲۰سال بود.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع تجربی و طرح آن به صورت دو گروهی (گروه آزمایش و گروه گواه) همراه با سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون، و پی‌گیری (۳ ماهه) می‌باشد. جامعه آماری این پژوهش، شامل کلیه دختران نوجوان ۱۴تا۲۰ ساله شهر اصفهان در سال۱۳۹۰، مبتلا به صرع لوب تمپورال، که اکثرا به صورت ثانویه هم دچار تشنجات ژنرالیزه می‌شوند (با تشخیص متخصص مغز و اعصاب و الکتروآنسفالوگرافی) بود. روش نمونه‌گیری به شیوه نمونه‌گیری در دسترس می‌باشد. نمونه این پژوهش۳۰ نفر از میان مراجعه‌کنندگان به انجمن صرع اصفهان و هم‌چنین مطب پزشکان متخصص مغز و اعصاب شهر اصفهان که ملاک‌های ورود به پژوهش را داشتند، انتخاب گردیدند و سپس به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار داده شدند. روش اجرای پژوهش حاضر به این صورت بود که ابتدا پرسش‌نامه بهزیستی روان‌شناختی ریف و پرسش‌نامه جمعیت‌شناختی که شامل سؤالاتی پیرامون سن، جنس، میزان تحصیلات و شغل والدین بود، در اختیار بیماران قرار گرفت. به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی پژوهش، قبل از توزیع پرسش‌نامه‌ها توضیحات مختصری درباره پرسش‌نامه به بیماران داده شد و اطمینان خاطر داده شد که که این کار صرفا جنبه تحقیقاتی دارد و پاسخ‌ها محرمانه باقی خواهد ماند. سپس مداخله درمانی

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-12]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1393.12.2.5.5]

تنظیم هیجان، به صورت گروهی برای گروه آزمایش اجرا گردید، در حالی‌که گروه کنترل این مداخلات را دریافت نکرد (این گروه در لیست انتظار درمان قرار گرفت). آزمون پی‌گیری نیز به منظور سنجش حفظ اثر مداخله‌درمانی روی هر دو گروه آزمایش و کنترل انجام شد.

ابزار سنجش

۱. **پرسش‌نامه بهزیستی روان‌شناختی ریف تجدیدنظر شده:** مقیاس بهزیستی روان‌شناختی را ریف در سال ۱۹۸۰ طراحی نمود، فرم اصلی دارای ۱۲۰ پرسش است ولی در بررسی‌های بعدی فرم‌های کوتاه‌تر ۸۴، ۵۴ ، ۱۸ سؤالی نیز پیشنهاد شده است. در این پژوهش بر پایه پیشنهاد ریف (۱۴) به پژوهشگران فرم ۸۴ سؤالی آن به کار برده شد. مقیاس بهزیستی روان‌شناختی دارای ۶ خرده مقیاس پذیرش خود، رابطه مثبت با دیگران، خودمختاری، زندگی هدفمند، رشد شخصی، تسلط بر محیط است. در فرم ۸۴ سؤالی هر عامل دارای ۱۴ پرسش است و طی اجرا از شرکت‌کنندگان درخواست می‌شود پرسش‌ها را خوانده و نظر خود را بر روی یکی از گزینه‌های شش‌گانه کاملاً مخالف تا کاملاً موافق علامت بزنند. برای هر پرسش نمره‌های یک تا شش اختصاص داده می‌شود. نمره بالاتر بیانگر بهزیستی روان‌شناختی بالاتراست. بیانی، محمد کوچکی و بیانی (۲۳)، این مقیاس را هنجاریابی نمودند. همسانی درونی مقیاس بر حسب روش تصنیف، برابر با ۰/۸۹۰ و پایایی آزمون به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۲ گزارش گردید.

۲.پرسش‌نامه اطلاعات جمعیت‌شناختی محقق ساخته: توسط پژوهشگر تنظیم شده است و شامل سؤالاتی مربوط به سن، تحصیلات، وضعیت تأهل، مدت ابتلا به بیماری صرع، تعداد اعضای خانواده بود. این پرسش‌نامه به منظور کنترل این متغیرها استفاده شد.

شیوه اجرا

روش مداخله تنظیم هیجان بر اساس دستور العمل (۲۴) که در دانشگاه بوستون تهیه شده بود و پژوهشگر پس از ترجمه فارسی آن و متناسب‌سازی با شرایط فرهنگی، فرمت جلسات را تهیه و بر روی گروه آزمایش اجرا نمود. آموزش تنظیم هیجان به صورت گروهی در ۱۲ جلسه‌ی آموزشی ۹۰ دقیقه‌ای برای آزمودنی‌های گروه آزمایش اجرا شد.

نحوه اجرای جلسات گروهی تنظیم هیجان

مداخلات آزمایشی طی ۸ جلسه برای گروه آزمایش به اجرا در آمد. به این صورت که در هر هفته یک جلسه به مدت ۹۰ دقیقه برگزار می‌گردید و در پایان جلسه پس از جمع‌بندی مطالب تکلیفی برای جلسه بعدی داده می‌شد که بایستی در کتاب کار که به همین منظور توسط پژوهشگر آماده شده بود و در اختیار گروه آزمایش قرار داده شده بود ثبت می‌شد. شرح جلسات به قرار زیر بود:

جلسه اول. ۱- معرفی و آشنایی با اعضای گروه ۲- بیان قواعد گروه و اهداف ۳- معرفی دوره و ضرورت تنظیم هیجان. تکلیف: اعضای گروه اهداف خود را برای شرکت در جلسات یادداشت کنند.

جلسه دوم: دستور جلسه: ۱- آموزش و معرفی هیجان ۲- شناسایی و نام‌گذاری و برچسب‌زدن به احساسات ۳-تمایز میان هیجان‌های مختلف۴ - شناسایی هیجان در حالات فیزیکی و روان‌شناختی۴- عوامل موفقیت در تنظیم هیجان. تکلیف: شناسایی بیشترین احساسات و هیجان‌هایی که در روابط روزمره تجربه می‌کنند(هیجانات بیماری‌زا و ضرورت درمان).

جلسه سوم: ۱- پیامدهای شناختی واکنش‌های هیجانی ۲- پیامدهای فیزیولوژیک واکنش‌های هیجانی۳- پیامدهای رفتاری واکنش‌های هیجانی و رابطه این سه با هم. تکلیف: تکمیل فرم خودکاوی (عنوان: علایم اختلال هیجانی و علل اختلال هیجانی)

جلسه چهارم: ۱- معرفی علایم جسمانی، علایم رفتاری و علایم شناختی ۲- معرفی درمان روان‌شناختی (شناختی-رفتاری) ۳- ژنتیک و محیط وتأثیرپذیری افراد از این دو. تکلیف: تکمیل فرم‌های خود کاوی (عنوان: خطاهای‌شناختی و شاخص‌های اختلال هیجانی)

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-12]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1393.12.2.5.5]

جلسه پنجم: ۱- معرفی دو خطای شناختی رایج ۲- معرفی هیجان و اجتناب به عنوان شاخص‌های اختلال هیجانی. تکلیف: تکمیل فرم‌های خودکاوی (عنوان: داستان اختلالات هیجانی)

جلسه ششم: ۱- آگاهی از رابطه میان هیجان‌ها و رفتار، هیجان و فکر ۲-شناخت و بررسی افکار اتوماتیک. تکلیف: تکمیل فرم‌های خودکاوی (عنوان: تفسیرها)

جلسه هفتم: آگاهی از رابطه میان افکار اتوماتیک، تفسیرها و رفتار . تکلیف: تکمیل فرم‌های خود کاوی (تغییر و اصلاح تفاسیر)

جلسه هشتم: انعطاف‌پذیری در تفسیر و در نظر گرفتن گستره‌ای از احتمالات. تکلیف: تکمیل فرم‌های خود کاوی (رفتارهای ناشی از هیجان)

جلسه نهم: ۱- آگاهی از پیامدهای اجتناب هیجانی۲- آگاهی و تجربه هیجان یا سرکوب هیجان؟

تکلیف: تکمیل فرم‌های خود کاوی (عنوان: ۱- رویارویی از درون ۲- رویارویی با هیجان)

جلسه دهم: ۱- هیجان با تمرکز بر احساسات جسمی ۲- انجام مواجهه و توجه دقیق به تمام موانع یا رفتارهای اجتنابی ۳- تفسیر مجدد ۴- ارزیابی مجدد. تکلیف: تکمیل فرم‌های خودکاوی (فرض‌ها و اصول و باورهای هسته‌ای)

جلسه یازدهم: ۱- معرفی باورهای مربوط به طردشدگی ۲- معرفی باورهای مربوط به درماندگی ۳- شناسایی باورهای هسته‌ای. تکلیف: تکمیل فرم‌های خودکاوی

جلسه دوازدهم: ۱- شکستن باورهای هسته‌ای مشکل‌زا و جایگزین کردن باورهای جدید. تکلیف: تکمیل فرم‌های خودکاوی

یافته‌ها

در جدول ۱، اطلاعات توصیفی مربوط به نمره کل بهزیستی روان‌شناختی و خرده مقیاس‌های آن در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری مشاهده می‌شود.

نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد میانگین نمره کل بهزیستی روان‌شناختی در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون و پی‌گیری از پیش‌آزمون بیشتر است و میانگین نمرات در خرده مقیاس‌های روابط مثبت با دیگران، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند، پذیرش خود در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون وپی‌گیری بیشتر بوده است و میانگین نمره رشد شخصی در مرحله پی‌گیری از پیش آزمون بیشتر بوده است. میانگین نمره خودمختاری در مرحله پس‌آزمون از پیش‌آزمون بیشتر است ولی در مرحله پی‌گیری برابر با نمره پیش‌آزمون می‌باشد.

برای تعیین تأثیر آموزش تنظیم هیجان بر بهزیستی روان‌شناختی ، از تحلیل کواریانس استفاده شده است. نتایج در جدول ۲ برای پس‌آزمون و پی‌گیری آمده است.

همان‌گونه که نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد بین گروه‌ها در سطح ($P<۰/۰۴۸$) در مرحله پس‌آزمون و در سطح ($P<۰/۰۱۹$) در مرحله پی‌گیری تفاوت معنی‌دار وجود دارد و این بدان معنی است که آموزش روش‌های تنظیم هیجان توانسته است میزان بهزیستی روان‌شناختی را در مرحله پس‌آزمون افزایش دهد و هم‌چنین تداوم آن را در مرحله پی‌گیری نشان می‌دهد. همان‌طور که نتایج جدول ۳ نشان داده شده است بین گروه‌های آزمایش و کنترل در خرده مقیاس پذیرش خود در سطح ($P<۰/۰۴۹$) تفاوت معنی‌دار وجود دارد. این بدان معنی است که آموزش روش‌های تنظیم هیجان توانسته میزان بهزیستی روان‌شناختی دختران مصروع را در مرحله پس‌آزمون در خرده مقیاس پذیرش خود افزایش دهد. لازم به ذکر است که آموزش تنظیم هیجان، میانگین نمرات خرده مقیاس‌های روابط مثبت با دیگران، خودمختاری، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند را نیز افزایش داده است ولی بین میانگین گروه‌های آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌داری ایجاد نکرده است.

همان‌طور که نتایج جدول ۴ نشان داده شده است بین گروه‌های آزمایش و کنترل در خرده مقیاس‌های پذیرش خود ($P<۰/۰۴۹$)، روابط مثبت با دیگران ($P<۰/۰۴۵$) و زندگی هدفمند ($P<۰/۰۴۶$) تفاوت معنی‌دار وجود دارد. این بدان معنی است که آموزش روش‌های تنظیم هیجان توانسته میزان بهزیستی روان‌شناختی دختران مصروع را در مرحله پی‌گیری در خرده مقیاس‌های پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران و زندگی هدفمند افزایش دهد. لازم به ذکر است که

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-12]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1393.12.2.5.5]

آموزش تنظیم هیجان، میانگین نمره خرده مقیاس‌های تسلط برمحیط و رشد شخصی را نیز افزایش داده است ولی بین میانگین گروه‌های آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌داری در این مرحله ایجاد نکرده است.

جدول۱. مقایسه میانگین و انحراف معیار گروه‌های کنترل و آزمایش در نمرات کل بهزیستی روان‌شناختی و خرده مقیاس‌های آن در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری.

شاخص‌های آماری		پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
خرده مقیاس‌ها		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
روابط مثبت با دیگران	آزمایش	۵۷/۲۳	۹/۳۵	۵۷/۸۴	۱۲/۰۸	۶۲	۱۰/۹۱
	کنترل	۵۷/۶۱	۵/۳۶	۵۷/۶۱	۵/۳۶	۵۶	۶/۱۱
خودمختاری	آزمایش	۵۰/۳۰	۷/۴۹	۵۱/۰۷	۴/۲۵	۵۰/۳۰	۷/۲۲
	کنترل	۴۹/۰۷	۰/۷۵۹	۴۹/۰۷	۰/۷۵	۵۰/۲۳	۱/۶۴
تسلط بر محیط	آزمایش	۵۵/۱۵	۱۰/۷۸	۶۰/۰۷	۱۲/۰۹	۵۹/۳۰	۱۰/۱۶
	کنترل	۴۹/۹۲	۴/۱۱	۴۹/۹۲	۴/۱۱	۵۰/۱۵	۲/۵۷
رشد شخصی	آزمایش	۶۱/۲۳	۹/۹۳	۶۰/۴۶	۷/۹۳	۶۲/۹۲	۱۰/۲۰
	کنترل	۵۱/۶۱	۲/۹۸	۵۱/۶۱	۲/۹۸	۵۷/۱۵	۳/۴۳
زندگی هدفمند	آزمایش	۶۱/۰۷	۱۲/۹۳	۶۱/۱۵	۱۰/۱۵	۶۶/۰۷	۸/۸۰
	کنترل	۵۱/۷۶	۳/۴۹	۵۱/۷۶	۳/۴۹	۴۹/۴۶	۲/۹۶
پذیرش خود	آزمایش	۵۲/۶۱	۹/۰۴	۵۳/۱۵	۸/۴۴	۵۶/۳۸	۱۱/۵۰
	کنترل	۴۹/۷۶	۷/۱۴	۴۹/۷۶	۷/۱۴	۴۶/۷۶	۴/۲۴
کل	آزمایش	۳/۳۷	۵۶/۴۰	۳/۴۲۷	۴۶/۰۷	۳/۵۷	۵۲/۸۴
	کنترل	۳/۰۹	۲۰/۱۵	۳/۰۹	۲۰/۱۵	۳/۰۹	۹/۴۱

جدول۲ : تحلیل کواریانس نمره کل بهزیستی روان‌شناختی در گروه‌های مورد مطالعه در مرحله پس‌آزمون و پی‌گیری

	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	مجذور میانگین	F	سطح معنی‌داری	مقدار اتا	توان آماری
پس‌آزمون	پیش‌آزمون	۲۴۷۰۸/۰۲	۱	۲۴۷۰۸/۰۲	۱۰۰/۷	۰/۰۰۰	۰/۸۱۴	۱۰۰
	عضویت گروهی	۸۲۴/۷۵	۱	۸۲۴/۷۵	۳/۳۶	۰/۰۴۸	۰/۱۲۸	۰/۴۸
پی‌گیری	پیش‌آزمون	۳۰۸۹۰/۳۷	۱	۳۰۸۹۰/۳۷	۱۹۳/۰۶	۰/۰۰۰	۰/۸۹۴	۱۰۰
	عضویت گروهی	۱۰۲۴/۰۲	۱	۱۰۲۴/۰۲	۶/۴۰	۰/۰۱۹	۰/۲۱۸	۰/۶۷

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-12]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1393.12.2.5.5]

جدول۳. تحلیل کواریانس نمرات خرده مقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی در گروه‌های مورد مطالعه در مرحله پس‌آزمون

منبع	خرده مقیاس‌ها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	مجذور میانگین	F	سطح معنی‌داری	مقدار اتا	توان آماری
پیش‌آزمون	پذیرش خود	۱۳۲/۹۴۸	۱	۱۳۲/۹۴۸	۱۵/۶۵۵	۰/۰۰۱	۰/۴۶۵	۰/۹۶۲
	روابط مثبت با دیگران	۳۱۶/۵۲۶	۱	۳۱۶/۵۲۶	۱۸/۷۴۲	۰/۰۰۱	۰/۵۱	۰/۹۸۳
	خودمختاری	۱/۱۷۷	۱	۱/۱۷۷	۰/۱۱۱	۰/۷۴۳	۰/۰۰۶	۰/۰۶۲
	تسلط بر محیط	۳۸/۶۰۲	۱	۳۸/۶۰۲	۲/۱۹۵	۰/۱۵۶	۰/۱۰۹	۰/۲۸۹
	رشدشخصی	۱۰۲/۹۵۳	۱	۱۰۲/۹۵۳	۶/۵۹۳	۰/۰۱۹	۰/۲۶۸	۰/۶۸۰
	زندگی‌هدفمند	۷۵/۰۸۳	۱	۷۵/۰۸۳	۴/۸۴۰	۰/۰۴۱	۰/۲۱۲	۰/۵۴۹
عضویت گروهی	پذیرش خود	۲۵/۹۸۴	۱	۲۵/۹۸۴	۳/۰۶۰	۰/۰۴۹	۰/۱۴۵	۰/۳۸۱
	روابط مثبت با دیگران	۸/۷۳۶	۱	۸/۷۳۶	۰/۵۱۷	۰/۴۸۱	۰/۰۲۸	۰/۱۰۵
	خود مختاری	۳/۸۴۶	۱	۳/۸۴۶	۰/۳۶۴	۰/۵۵۴	۰/۰۲۰	۰/۰۸۸
	تسلط بر محیط	۲۸/۵۶۹	۱	۲۸/۵۶۹	۱/۶۲۵	۰/۲۱۹	۰/۰۸۳	۰/۲۲۷
	رشد شخصی	۰/۰۰۶	۱	۰/۰۰۶	۰/۰۰۰	۰/۹۸۵	۰/۰۰۰	۰/۰۵۰
	زندگی‌هدفمند	۴۰/۵۴۳	۱	۴۰/۵۴۳	۲/۶۱۴	۰/۱۲۳	۰/۱۲۷	۰/۳۳۴

جدول۴. تحلیل کواریانس نمرات خرده مقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی در گروه‌های مورد مطالعه در مرحله پیگیری

منبع	خرده مقیاس‌ها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	مجذورمیانگین	F	سطح معنی‌داری	مقدار اتا	توان آماری
پیش‌آزمون	پذیرش خود	۸۲/۷۵۷	۱	۸۲/۷۵۷	۲/۲۹۷	۰/۱۴۷	۰/۱۱۳	۰/۳۰
	روابط مثبت با دیگران	۱۶۶/۱۰۹	۱	۱۶۶/۱۰۹	۲۷/۳۱۷	۰/۰۰۱	۰/۶۰۳	۰/۹۹
	خود مختاری	۴/۳۰۴	۱	۴/۳۰۴	۰/۲۲۹	۰/۶۳۸	۰/۰۱۳	۰/۱۱۵
	تسلط‌برمحیط	۱۵/۷۵۷	۱	۱۵/۷۵۷	۱/۰۷۶	۰/۳۱۳	۰/۰۵۶	۰/۱۶۶
	رشد شخصی	۱/۵۷۹	۱	۱/۵۷۹	۰/۰۶۸	۰/۷۹۸	۰/۰۰۴	۰/۰۵۷
	زندگی‌هدفمند	۷/۴۰۴	۱	۷/۴۰۴	۰/۵۴۵	۰/۴۷۰	۰/۰۲۹	۰/۱۰۸
عضویت گروهی	پذیرش خود	۷۴/۹۰	۱	۷۴/۹۰	۲/۰۸	۰/۰۴۹	۰/۱۰۴	۰/۲۷۷
	روابط‌مثبت با دیگران	۱۹/۷۸۲	۱	۱۹/۷۸۲	۳/۲۵۳	۰/۰۴۵	۰/۱۵۳	۰/۴۰
	خودمختاری	۰/۲۳۷	۱	۰/۲۳۷	۰/۰۱۳	۰/۹۱۲	۰/۰۰۱	۰/۰۵۱
	تسلط بر محیط	۱۷/۱۹۵	۱	۱۷/۱۹۵	۱/۱۷۴	۰/۲۹۳	۰/۰۶۱	۰/۱۷۷
	رشد شخصی	۱/۱۳۷	۱	۱/۱۳۷	۰/۰۴۹	۰/۸۲۸	۰/۰۰۳	۰/۰۵۵
	زندگی‌هدفمند	۱۲۶/۳۰	۱	۱۲۶/۳۰	۹/۳۰۲	۰/۰۴۶	۰/۳۴۱	۰/۸۲۲

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-12]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1393.12.2.5.5]

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که آموزش تنظیم هیجان می‌تواند بر بهزیستی روان‌شناختی دختران مصروع مؤثر باشد. مداخلات روان‌شناختی در کاهش احساسات هیجانی شدید افراد مصروع به کار گرفته شده است و پژوهش‌هایی مبنی بر درمان بیماران، با یکی از رویکردهای روان درمانی بیانگر آن است که این مداخلات در کاهش مشکلات روان‌شناختی مرتبط با بیماری صرع مؤثر می‌باشد. از این جهت نتایج حاصل از این پژوهش با نتایج Argyle (۱۱) ، Senik (۱۰)، اسماعیلی (۲۱) هم‌خوانی دارد.

یافته‌های پژوهش حاضر حاکی از اثربخشی آموزش تنظیم هیجان بر میزان روابط مثبت با دیگران در مرحله پی‌گیری بود و در مرحله پس‌آزمون تفاوت بین میانگین‌های خرده مقیاس روابط مثبت با دیگران افزایش پیدا کرده است ولی به سطح معنی‌داری نرسیده است. از دلایل احتمالی اثربخشی آموزش تنظیم هیجان بر خرده مقیاس روابط مثبت با دیگران ، می‌توان به موارد زیر اشاره کرد: با آموزش تنظیم هیجان و آموزش روش‌های صحیح ابراز هیجان در گروه آزمایش، افراد روش‌های صحیح مقابله با مشکلات، وقایع و نحوه ارتباط صحیح با اطرافیان را می‌آموزند و این موضوع می‌تواند منجر به روابط بهتر فرد مصروع با دیگران باشد. هم‌چنین با توجه به این آموزش‌ها و تغییر نوع تفسیر آن‌ها به نحو منطقی‌تر، فرد تفسیر صحیح‌تری از وقایع پیدا می‌کند و این نگرش مثبت باعث می‌شود که کمتر در روابط با دیگران ایجاد مشکل نماید. با توجه به مؤلفه‌های هوش هیجانی که یکی از ابعاد مهم آن روابط بین‌فردی است و کنترل هیجان نیز مربوط به این نوع هوش می‌باشد، می‌توان گفت آموزش‌های مورد استفاده در این پژوهش توانسته است در مرحله پی‌گیری بر حوزه روابط بین‌فردی مرتبط با هوش هیجانی مؤثر بوده، با توجه به مشکلات بسیار زیاد افراد مصروع در حوزه روابط بین‌فردی و با توجه به این‌که ارتباط به صورت سیستمیک و در تقابل فرد با خانواده، همسالان و اجتماع است، به نظر می‌رسد که این آموزش‌ها توانسته است شبکه ارتباطی آن‌ها را اصلاح نماید.

هم‌چنین پژوهش حاضر نشان داد که تفاوت بین میانگین‌های نمرات خرده مقیاس خودمختاری در دو مرحله پس‌آزمون و پی‌گیری در دو گروه گواه وآزمایش معنی‌دار نیست. تبیین عدم اثربخشی آموزش تنظیم هیجان بر خرده مقیاس خودمختاری می‌توان گفت که: افراد مصروع به دلیل حمله‌های مکرر صرع و تبعات ناشی از این حمله‌ها (احتمال آسیب دیدن) و هم‌چنین مصرف داروهای ضد صرع و عوارض ناشی از مصرف داروها به اطرافیان وابستگی شدیدی پیدا می‌کنند که منجر به حمایت افراطی اطرافیان از آن‌ها شده به این صورت که تعدادی از اعضای خانواده در برخورد با فرد مبتلا به صرع، بیش از حد مراقبت خاص اعمال می‌کنند که تحت عنوان «حمایت افراطی» آورده می‌شود و این عمل باعث اختلال در خودمختاری فرد مصروع می‌شود و به همین دلیل احساس استقلال نیز کاهش می‌یابد و با توجه به شدت این وابستگی‌ها مداخلات تنظیم هیجان نتوانسته است به خودمختاری گروه آزمایش بیانجامد. از دیگر نتایج پژوهش این بود که تفاوت بین میانگین‌های نمرات خرده مقیاس تسلط بر محیط ، در مرحله پس‌آزمون و پی‌گیری در دو گروه گواه و آزمایش، معنی‌دار نیست. معنی‌دار نبودن این نتایج در پس‌آزمون و پی‌گیری نشان می‌دهد که آموزش تنظیم هیجان نتوانسته تسلط بر محیط و رشد شخصی را در آزمودنی‌ها افزایش دهد، البته میانگین نمره تسلط بر محیط در هر دو مرحله افزایش داشته ولی به سطح معنی‌داری نرسیده است. نتایج این پژوهش هم‌چنین، نشان‌دهنده این بود که تفاوت بین میانگین‌های نمرات خرده مقیاس زندگی هدفمند، در مرحله پس‌آزمون در دو گروه گواه و آزمایش، معنی‌دار نیست. ولی در مرحله پی‌گیری به سطح معنی‌داری رسیده است. تبیین اثر بخشی آموزش تنظیم هیجان بر میانگین نمره زندگی هدفمند آزمودنی‌ها را می‌توان این‌گونه بیان کرد که: در این جلسات این بینش به بیماران داده شد که آن‌ها نسبت به وضعیت سلامتی و سیر درمان بیماری خود افکار فاجعه‌آمیز و نادرستی دارند که باعث می‌شود یک سوگیری منفی و گزینشی نسبت به وضعیت سلامتی و سیر بهبودی خود پیدا کنند به آن‌ها آموزش داده شد، در مواقعی که هیجان منفی پیدا می‌کنند، افکار منفی خود را در آن موقع یادداشت کرده و سپس افکار نادرست خود را با افکار

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-12]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1393.12.2.5.5]

منطقی‌تر جایگزین کنند. هم‌چنین شناخت علایم فیزیولوژیک، شناختی و رفتاری این نوع هیجان و تحمل اضطراب تا بالاترین سطح آن و افت خود به خودی آن پس از مدت زمان کوتاهی که فرد با شرایط موجود سازگار می‌گردد. تنها عاملی که اهمیت دارد این است که نباید اجتناب صورت گیرد. پایایی نسبی نتایج درمان طی دوره پی‌گیری، به استفاده فعالانه راهبردهای درمانی ارایه شده توسط بیماران مرتبط است. اگر چه این عامل به تنهایی نمی‌تواند باعث کاهش حملات صرع گردد، اما ممکن است از بدتر شدن این بیماری جلوگیری کند. در نتیجه وقتی بیمار متوجه می‌شود که پیشرفت بیماری‌اش متوقف شده و یا رو به کاهش است، به بهبودی مجدد خود امیدوار گشته و ناامیدی او نسبت به آینده کاهش می‌یابد. اضطراب و استرس فرد از جهتی خود عامل مؤثری در تشدید علایم است و از جهت دیگر برطبق دور باطلی که ایجاد می‌کند باعث افزایش افکارخودکار منفی می‌گردد. با تغییر تفسیر و جایگزین کردن آن با تفسیر منطقی‌تر می‌توان میزان احساسات منفی به‌وجود آمده را کاهش داد. مجموعه عوامل فوق‌الذکر، باعث اثربخشی درمان در طولانی مدت می‌گردد. در مجموع یافته‌های این پژوهش نشان داد آموزش گروهی تنظیم هیجان به عنوان روشی غیردارویی و مکمل در کنار دارودرمانی، در زمینه صرع کارایی قابل ملاحظه‌ای دارد. در مورد تبیین نتایج می‌توان گفت: تغییر در افکار اتوماتیک منفی و ناکارامد و بازسازی‌شناختی که در آموزش تنظیم هیجان به شیوه شناختی– رفتاری، مورد توجه است باعث می‌شود، فرد رابطه بین رویداد استرس‌زا، افکار اتوماتیک و واکنش‌های رفتاری و عاطفی خود را دریابد و بتواند با تغییر شناخت خود از رویداد استرس‌زا، واکنش‌های خود را نسبت به آن رویداد تغییر دهد. در حقیقت اثربخشی مداخله گروهی تنظیم هیجان به شیوه شناختی– رفتاری در این پژوهش، تصور غلط در مورد دوگانگی ذهن و بدن را رد می‌کند، امید است نتایج این پژوهش متخصصان را به اهمیت دادن بیشتر به جنبه‌های روانی بیماری تشویق کند که نتیجه مستقیم آن می‌تواند درمان بهتر و سریع‌تر بیماران باشند.

تشکر و قدردانی

در این‌جا لازم می دانیم از جناب آقای عباس شیاسی عضو هیأت مدیره انجمن خیریه صرع اصفهان و سرکار خانم فرزانه شب انگیز که ما را در جمع آوری اطلاعات یاری داده اند سپاسگزاری نماییم.

References

1. Rivers S. E., Bracett M. A., Katulak N. A, Salovey P. Regulating anger and sadness: An exploration of discrete emotions in emotion regulation. Journal of Happiness Studies 2007 ; 8, 323-427.
2. Aldao A, Nolen–Hoeksema S, Schweizer S. Emotion- regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. Clinical Psychology, Review 2010; 30(2): 217-37.
3. Watson D. Rethinking the mood and anxiety disorders: A quantitative hierarchical model for DSM-V. Journal of Abnormal psychology, 2005;114(4): 522-36.
4. Campbell-Sills L, Barlow D.H. In corporating emotion regulation in to conceptualization and treatments of anxiety and mood disorders. In:. Gross JJ ediror. Hand book of emotion regulation. New York: Guilford Press. 2007; 542-59.
5. Gross J.J., Munoz R.F. Emotion Regulation and mental health. Clinical Psychology: Science. 1995; 2:151-64.
6. Mennin D.S., Farach F.J. Emotion and evolving treatments for adult psychopathology. Clinical Psychology: Science and Practice 2007; 14: 329-352.
7. Greenberg L.S. Emotion – focused therapy Coaching clients to work through their feelings. Washington D. C; APA: 2002.
8. Nolen-Hoeksema S, wisco B.E., Lyubomirsky S. Rethinking rumination. Perspectives on Psychological Science 2008; 3(5): 400-24.
9. Buss D. The evolution of happiness. American Psychologist 2000; 55(1): 5-23.
10. Senik C. Income distribution and well – being: What can we learn from subjective data? Journal of Economic Surveys 2005; 19(1): 43-63.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-12]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1393.12.2.5.5]

11. Argyle M. The Psychology of Happiness. 2nd ed. London: Routledge: 2001.
12. Andrews F.M. , Withey S.B. Social indicators of well –being: Americans Perception of life quality. New York: Plenum Press; 1976.
13. Campbell A. The sense of well – being in America: Recent Patterns and trends. New York: Mc Graw – Hill; 1981.
14. Ryff C.D., Keyes C.L.M. The structure of psychological well-being revisited. Journal of personality and social psychology; 1995;.69: 719-27.
15. Dierendonck V.D. The construct validity of Ryff's Scales of Psychological Well-being and its extension with spiritual well-being. Personality and Individual Differences, 2004;36: 629–43.
16. Hirsch J. K. A examination of optimism, Pessimism and hopelessness as predictors of suicidal ideation in college students: A test of moderator model. [PhD Thesis]. USA: University of Wyoming; 2003.
17. Mohammadi M., Ghanizadeh A. Prevalence of epilepsy and co morbidity of psychiatric disorders in Iran. Seizure; 2006; 15: 476-82.
18. Reynold C.R., Fletcher E. Handbook of clinical child Neuropsychology. New York, NY: Springer Science Business Media. LLC: 2009; 267- 528.
19. Hartshorn J.C., Byers V. Impact of epilepsy on quality of life, Journal of Neuro Science Nursing, 2004; 42 (3), 42-5.
20. Lanteaume L, Bartolomei F, Bastien- Toniazzo M. How do cognition, emotion, and epiletogenesis meet? A study of emotional cognitive biasin temporal lobe epilepsy. Epilepsy & Behavior, 2009; 15: 218-24.
21. Esmaeili L., Aghaei A., Abedi M.R., Esmaeili M. Effectiveness of Emotion Regulation in the Mental Health of Epileptic Girls. Though & Behavior in clinical Psychology 2011; 5;31- 42.[In Persian].
22. Tedman S., Thernton E., Bakert G. Development of a scale to measure core beliefs & perceived self-efficacy in adults with epilepsy. Seizure 1995;4(3):221-31.
23. Bayani A. A., Koocheky A.M., Bayani A. Reliability and Validity of Ryff's Psychology Well-being Scales. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology, 2008; 14(2), 146-51.[In Persian].
24. Allen L.B., MCHugh R.K., Barlow D.H. Emotional Disorder. Clinical Handbook of Psychological Disorder. A step-by-step, Treatment Manual David H Barlow. New York : The Guilford Press; London: 2009; 216-49.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-12]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1393.12.2.5.5]

Effectiveness of Emotion Regulation Therapy on Psychological Well Being Of Epileptic Girls

Leila Esmaeili [1], Mohammad Reza Abedi [2], Mohammad Reza Najafi [3], Asghar Aghaei [4], Maryam Esmaeili [5]

Original Article

Abstract

Aim and Background: The research purpose is to assess the Efficacy of Emotion Regulation on the Well-Being of Epileptic Girls (14-20) in Isfahan.

Methods and Materials: In order to administer this study, 30 epileptic adolescence girls were selected from 14-20 years population of epileptic adolescence girls Isfahan city in 2012 via sampling available method and assigned randomly to experimental and control group (each group consist of 15 adolescence). The intervention was emotion regulation. Training based on Boston Program University. The instruments were psychological Well-Being (Ryff) Questionnaire and the Researcher-Made Questionnaire.

Findings: Data was analyzed by Multivariate Covariance analysis of variance. Findings indicate that emotional regulation effects on the Well-Being of epileptic girls in pre and post-test and follow-up ($P<0.019$). Also mean scores of Self Acceptance($P<0.049$) in the post test was significantly higher in the experimental group than in the control group. The results also showed that the mean scores of positive relations with others ($P<0.045$), Self- Acceptance ($P<0.049$), purpose in life ($p<0.046$) in the follow - up was significantly higher in the experimental group than in the control group.

Conclusions: The results showed that emotional regulation effects on the Well –Being of epileptic girls. The treatment effect was sustained during the follow-up.

Keywords: Emotion Regulation, Psychological Well-Being, Epileptic Girls

Citation: Esmaeili L, Abedi MR, Najafi MR, Aghaei A, Esmaeili M. **Effectiveness of Emotion Regulation Therapy on Psychological Well Being Of Epileptic Girls.** J Res Behave Sci 2014; 12(2): 194-204

Received: 15.02.2013 Accepted: 08.07.2014

1- PhD Student, University of Isfahan, Isfahan, Iran.(Corresponding Author) Email: l_es_2010@yahoo.com
2- Associate Professor, University of Isfahan, Isfahan, Iran
3- Professor of Neurology, Isfahan University of Medical sciences, Isfahan, Iran
4- Associate Professor,Department of Psychology, Islamic Azad University Isfahan Branch (Khorasgan), Isfahan, Iran
5- Assistant Professor, University of Isfahan, Isfahan, Iran

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-12]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1393.12.2.5.5]