

مقایسه شادکامی و منبع کنترل در نوجوانان مصروع و غیر مصروع

امیر عبدالحسینی^۱، آزاده عباسی^{۲*}، مرتضی عباسی^۳، افسر حاجی^۴

تاریخ وصول: ۱۳۹۴/۵/۱۲ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۷/۱۱

چکیده

زمینه و هدف: مطالعات نشان می‌دهد که بیماران مبتلا به صرع، نیم رخ روانی خاصی دارند و یافتن روان شناختی و هیجانی خاصی را تجربه می‌کنند. با توجه به این امر، پژوهش حاضر در بیمارستان نورولوژی شهر تبریز در نیمه دوم سال ۹۳ با هدف مقایسه منبع کنترل و میزان شادکامی در نوجوانان صرعی و غیرصرعی می‌باشد.

روش بررسی: روش این پژوهش از نوع علی-مقایسه‌ای پس رویدادی بود. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه کودکان و نوجوانان مصروع مراجعه کننده به بیمارستان نورولوژی شهر تبریز در نیمه دوم سال ۹۳ تشکیل دادند. تعداد ۲۰ نفر به شیوه نمونه گیری هدفمند از این جامعه انتخاب و تعداد ۲۰ نفر دیگر از جامعه افراد عادی به عنوان گروه مقایسه انتخاب شدند و به پرسشنامه‌های شادکامی آکسفورد و منبع کنترل راتر پاسخ دادند. داده‌های جمع آوری شده نیز با استفاده از آزمون تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: به طور کلی بین افراد صرعی در مقیاس شادکامی ($p=0/025$) و مقیاس منبع کنترل ($p=0/004$) در مقایسه با افراد غیر صرعی تفاوت معناداری وجود داشت؛ اما افراد صرعی در زیر مقیاس‌های منبع کنترل درونی ($p=0/49$)، منبع کنترل بیرونی ($p=0/32$) نسبت به افراد عادی تفاوت معناداری مشاهده نشد.

نتیجه گیری: در مطالعه حاضر به طور کلی بین میزان شادکامی و منبع کنترل در افراد مصروع و غیر مصروع تفاوت معناداری مشاهده شد، لذا با توجه به پژوهش حاضر، آموزش برنامه‌های شادی و منبع کنترل به افراد مصروع شایان توجه است.

واژگان کلیدی: مصروع و غیر مصروع، شادکامی، منبع کنترل، نوجوانان.

مقدمه

حساب می‌آید و نقش تومورهای مغزی هم در این سنین به قوت خود باقی است (۴).

بسیاری از افرادی که برای اولین بار صرع را تجربه کرده اند سن زیر ۲۰ سال داشته است (۵). صرع به میزان ۱۱/۶ درصد با مشکلات روانی، ۵۶/۶ درصد با احساس شرم، ترس، نگرانی و اعتماد به نفس پایین و ۲۶/۶ درصد با احساس برچسب خوردن^۲ در اجتماع ارتباط دارد (۶). علاوه بر این اختلالات اضطرابی در ۳۰ تا ۳۵ درصد بیماران و ۱۵ تا ۲۵ درصد افسردگی با تشنج همراه است (۷، ۸). حس اعتماد به نفس در کودکان صرعی کاهش می‌یابد و مشکلات رفتاری آنان در مقایسه با کودکانی که در بیماری‌های مزمنی غیر از صرع نظیر آسم یا دیابت مبتلا هستند، بیشتر است (۹). اختلالات خلقی در افراد مبتلا به صرع بسیار مهم است و می‌تواند تا حد زیادی فعالیت‌های روزانه و کیفیت زندگی فرد را تحت تاثیر قرار دهد. ممکن است این احساسات در بیشتر اوقات وجود داشته باشد و به نظر می‌رسد قبل از تشنج، در طول تشنج یا بعد از تشنج ایجاد شود. برخی از افراد ممکن است

اصطلاح صرع^۱، به حملات عود کننده‌ای اشاره دارد که در نتیجه تخلیه الکتریکی ناگهانی، متناوب و بیش از حد نورون‌های مغزی به وجود می‌آید (۱). صرع بیماری مزمن، ناتوان کننده و شایع‌ترین بیماری سیستم عصبی است که ۱ تا ۵ درصد افراد به آن مبتلا هستند (۲). شیوع صرع در کشورهای توسعه یافته ۸ درصد تخمین زده شد (۳). صرع در زن‌ها و مردان تقریباً به یک اندازه شایع است. در نوجوانان و جوانان حملات صرع، ناشی از قطع دارو و به ویژه باریتورات‌ها و مصرف با ترک الکل است. بین سنین ۳۰ تا ۵۰ سالگی تومورهای مغزی، عامل شایع‌تری برای پیدایش صرع محسوب می‌شود. بعد از ۵۰ سالگی بیماری‌های عروقی مغز شایع‌ترین علت پیدایش حملات تشخیص ژنرالیزه یا موضعی به

۱. عضو هیات علمی دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

۲. کارشناسی ارشد روان شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، ایلام، ایران.

*نویسنده مسؤول (Email: abbasi.azadeh1369@gmail.com)

۳. کارشناسی ارشد روان شناسی عمومی، دانشگاه آزاد، تبریز، ایران.

۴. کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، مهاباد، ایران.

کنترل نشان می‌دهد، افرادی که احساس می‌کنند می‌توانند روی وقایع زندگی خود موثر باشند، نسبت به افرادی که چنین باوری ندارند از سلامت رفتاری و اجتماعی بیشتری برخوردار هستند (۱۹).

افرادی که دارای منبع کنترل درونی بودند، خود را دارای کنترل بیشتری در زندگی می‌دانستند و مسؤولیت بیشتری در جهت دادن به زندگی خود احساس می‌کردند (۲۰). افراد با منبع کنترل درونی، سازگاری روانشناختی بهتری را نشان می‌دهند (۲۱، ۲۲، ۲۳). سهرابی و جوانبخش (۱۳۸۸) نشان دادند که مثبت‌اندیشی بر درونی‌سازی منبع کنترل سودمند است. بروس، روی و آدرین (۲۰۰۲)، در بررسی ۳۳۲ مدیر افراد دارای کنترل بیرونی دارای استرس بیشتر به ویژه در ارتباط بین فردی، رضایت شغلی پایین‌تر و سلامت روانی کمتری بودند. همچنین افراد دارای منبع کنترل بیرونی، برخلاف درونی‌ها، دارای اضطراب بیشتر، عزت نفس کمتر، کم اعتمادتر، پرخاشگرتر و کم‌بینش‌تر هستند (۲۴).

متغیر دیگری که به نظر می‌رسد با صرع مرتبط باشد شادکامی است. کوباسا^۷ (۱۹۸۲) کنترل درونی را یکی از عوامل تأثیرگذار بر شادی گزارش نمود (۲۵). به نظر آرجیل مارتین^۸ و لو^۹ (۲۶)، سه جزء اساسی شادکامی عبارت است از: هیجانات مثبت، رضایت از زندگی و نبود هیجانات منفی از جمله افسردگی و اضطراب. او و همکارانش دریافتند که روابط مثبت با دیگران، هدفمند بودن زندگی، رشد شخصی، دوست داشتن دیگران و طبیعت نیز از اجزای شادکامی هستند. شوارتز و استراک^{۱۰} (۲۷) باور دارند که افراد شادکام کسانی هستند که در پردازش اطلاعات سوگیری دارند؛ یعنی، اطلاعات را به گونه‌ای پردازش و تفسیر می‌کنند که به خوشحالی آنها می‌انجامد (۲۷). شادکامی نشانه‌ای مرتبط با نتایج بالینی در بیماری متعدد بوده است. افراد شاد، سلامت بهتر و نشانه‌های جسمی ناخوشایند کمتری نسبت به آنهايي که شادی کمتری دارند، گزارش می‌دهند (۲۸).

فانگ و چن^{۱۱} (۲۹) در مطالعه‌ای، مشکلات رفتاری را در ۵۶ کودک مبتلا به صرع با گروه کنترل مقایسه کرد آشفته‌گی‌های رفتاری در ۴۲٪ کودکان مبتلا به صرع و در ۸٪ کودکان گروه کنترل دیده شد (۲۹). چنین نتیجه گرفته شد که مشکلات رفتاری در کودکان مبتلا به صرع شایسته‌توجه خاص می‌باشد. ماتسون^{۱۲} و ویلیامز^{۱۳} نشان دادند که کودکان صرعی نسبت به همسالان طبیعی خود در خطر بیشتری از ابتلا به اضطراب خفیف و متوسط هستند (۳۰، ۳۱). در مطالعه‌ای که در سال ۲۰۰۵، ۱۷۱ کودک مبتلا به صرع ۵-۱۶ ساله با ۹۳ کودک سالم مقایسه شدند، ۳۳٪

تحریک پذیر شوند. شایع‌ترین اختلالات خلقی در افراد مبتلا به صرع، افسردگی عمده و دیس‌تایمیا (یک نوع افسردگی خفیف همراه با اضطراب) است. در حالی که اضطراب از لحاظ پزشکی یک اختلال خلقی نیست و یکی دیگر از شایع‌ترین احساساتی است که اغلب اوقات بیشتر در بیماران مبتلا به صرع رخ می‌دهد (۱۰). حتی برخی مطالعات، به اختلالاتی در شکل اضطراب، افسردگی و نوسانات خلقی در افراد مبتلا به صرع اشاره کرده‌اند (۱۱). اختلالات روانپزشکی و صرع همراهی شایعی دارند. حدود ۴۰٪ بیماران مبتلا به صرع، یک اختلال روانپزشکی همراه دارند که شایع‌ترین آنها افسردگی، سایکوز، اختلالات شخصیتی و هایپوسکچوالیتی^۱ می‌باشد (۱۲).

منبع کنترل از جمله عامل‌های روان‌شناختی است که می‌تواند تحت تأثیر بیماری‌های مزمن از جمله صرع قرار گیرد. منبع کنترل^۲ به عنوان یکی از ویژگی‌های شخصیتی تأثیر مهمی بر رفتار افراد می‌گذارد؛ این عامل اولین بار از جانب راتر^۳ تحت عنوان منبع کنترل برای تمایز بین کنترل درونی و بیرونی مطرح شد (۱۳) منبع کنترل یک ساختار مورد استفاده برای توصیف درجه کنترل شخصی در تجربه زندگی فرد می‌باشد. اصطلاح منبع کنترل برای تمایز بین افراد در کنترل درونی - بیرونی معرفی شد. منبع کنترل سلامت یا (HLC)^۴ یک نسخه - خاصی از منبع کنترل می‌باشد. فردی که معتقد است رفتارش تحت تأثیر سلامت خودش است، دارای گرایش منبع کنترل سلامت به درون است. افراد دیگر معتقد اند که وضعیت سلامت خود را با توجه به شانس، فقدان نسبت می‌دهند دارای گرایش منبع کنترل سلامت بیرون (HLC) هستند. در نهایت، افرادی معتقدند که وضعیت سلامتشان تحت تأثیر اقدامات دیگران مانند: پرستاران، پزشکان، خانواده و دوستان قرار می‌گیرد، دارای جهت‌گیری دیگران قدرتمند قرار دارند (HLC). منبع کنترل سلامت دیگران قدرتمند و شانس هر دو گرایش بیرونی اند به عنوان مثال: بیمار باور ندارد که خودش عامل اصلی در کنترل وضعیت سلامتی اش است (۱۴). نتایج مطالعات قبل نشان داد که تجاربی از یک تشنج پنهان با (HLC) مرتبط بوده است (۱۵). نتایج لهسه و همکاران^۵ در سال ۲۰۱۵ نشان داد بیماری‌هایی که به تشنج پنهان قبل از صرع واکنش نشان می‌دادند، بیشترین کانون کنترل سلامت درونی را در مقایسه با شرکت‌کنندگان دیگر داشتند (۱۶).

برخی شواهد وجود دارد که نشان می‌دهد بسیاری از مسائل و مشکلات انسان‌ها ناشی از منبع کنترل بوده و تحقیقاتی نیز وجود رابطه بین سلامت روان، پیشرفت تحصیلی، عزت نفس با منبع کنترل مشخص نموده است (۱۷، ۱۸). نتایج پژوهشی در باره منبع

6. Bruce, Roy & Adrian
7. kobasa
8. Argyle
9. Martin & Lu
10. Schwartz & Strack
11. Fang & Chen
12. Mattson
13. Williams

1. Hayprskchvalty
2. Locus of Control
3. Rotter
4. health locus control
5. Lohse at al

دارند. چنین نوعی از طرح‌های نمونه‌گیری، نمونه‌گیری هدفمند نامیده می‌شود. جامعه آماری این پژوهش را کلیه افراد مبتلا به صرع مراجعه کننده به بیمارستان نورولوژی شهر تبریز تشکیل دادند. پس از اخذ مجوزهای لازم به مرکز مصروعین مراجعه و با توجه به روش نمونه‌گیری در تحقیقات علی مقایسه‌ای و در دسترس نبودن تمام افراد مصروع مراجعه کننده به بیمارستان نورولوژی شهر تبریز ۲۰ نفر از نوجوانان (سنین ۱۱-۱۹ ساله) صرعی انتخاب و همچنین ۲۰ نفر از نوجوانان مشغول به تحصیل در مدرسه از افراد غیر صرعی با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب گردید سپس با استفاده از پرسشنامه‌های منبع کنترل راتر و شادکامی آکسفورد از افراد مصروع و غیر مصروع خواسته شد به پرسشنامه‌ها پاسخ دهند.

ابزارهای پژوهش در این تحقیق شامل موارد فوق می‌باشد:

۱- پرسشنامه شادکامی (آکسفورد) آرگیل^۳ (۲۰۰۱): این مقیاس را آرگیل (۳۹) ساخت و شامل ۲۹ سوال است هر سوال دارای چهار آیتیم که شامل رضایت از زندگی، حرمت خود، رضایت خاطر، خلق مثبت و بهزیستی فاعلی است و از صفر تا ۳ نمره می‌گیرند. بنابراین نمره هر آزمودنی از صفر تا ۸۷ در نوسان است (۳۹). در هر ماده فرد درباره احساس ناشادی تا احساس شادی بسیار زیاد خود قضاوت می‌کند. هنگام اجرا از آزمودنی خواسته می‌شود، جمله‌های هر ماده را در پرسشنامه بخواند و سپس جمله‌ای را علامت بزند که بهتر از همه، احساس او را در روزهای اخیر مشخص می‌کند. آرگیل و همکاران (۴۰) ضریب ۰/۹۰ را با ۳۴۷ آزمودنی، فارنهام^۴ (۴۱) آلفای ۰/۹۰ را با ۱۰۱ آزمودنی و فرانسیس^۵، براون^۶، لیستر^۷ و فلیپ چالک^۸ (۴۲) آلفای ۰/۹۲ را برای این پرسشنامه گزارش کرده‌اند. علی پور و نوربالا (۴۳) نیز آلفای ۰/۹۲ را برای پرسشنامه شادکامی به دست آورده‌اند. نوربالا و علیپور (۴۳) با فرمی کوتاه‌تر از سیاهه شادکامی آکسفورد اعتبار ۷۱ درصد را پس از ۸ ماه و همبستگی میان هریک از موارد آزمون با نمره کل را ۰/۴۰ تا ۰/۷۲ گزارش کرده‌اند.

۲- مقیاس منبع کنترل (درونی-بیرونی) (راتر ۱۹۹۶) I-E: این پرسشنامه، احتمالاً بهترین آزمون موجود برای استفاده در مورد بزرگسالان، دانشجویان و دانش‌آموزان بالاتر از سن دبیرستان است (۴۴). این پرسشنامه یک مقیاس خودسنجی ۲۹ ماده‌ای که هر ماده دو جمله به صورت "الف" و "ب" در مورد رویدادهای مهم اجتماعی است که ۲۳ ماده آن منبع کنترل را سنجیده و شش ماده (۲۸، ۲۴، ۱۹، ۱۴، ۸، ۱) به صورت خنثی برای استحکام مقیاس انتخاب شد تا هدف مقیاس را پوشیده نگه دارد. در ۲۳

از کودکان بیمار و ۶٪ از کودکان گروه کنترل مبتلا به اضطراب و افسردگی بودند (۳۱). تسه^۱ (۳۲) مهارت‌های اجتماعی را در ۱۰۱ کودک مبتلا به صرع با خواهر یا برادر کودک مبتلا مقایسه کرد. کودکان مبتلا به صرع، مهارت‌های اجتماعی ضعیف‌تر و اعتماد به نفس و قاطعیت کمتری نسبت به خواهر و برادر سالم خود نشان دادند (۳۲).

تقاء و همکاران (۳۳) در بررسی کیفیت زندگی وابسته به سلامت در مبتلایان به صرع نشان مبتلایان به صرع از کیفیت زندگی وابسته به سلامت نامناسبی برخوردار باشد و توجه به عوامل زمینه‌ای مؤثر ممکن است کیفیت زندگی را در این بیماران ارتقا بخشد. مصطفایی و همکاران در بررسی رابطه بین امیدواری با معناجویی و افسردگی در افراد مصروع و مقایسه آن با افراد غیر مصروع یافته‌ها نشان داد، رابطه معنادار بین امیدواری با افسردگی، در افراد مصروع و غیر مصروع است (۳۴). اکرمی و داوودی (۳۵) در پژوهشی با عنوان عزت نفس و مشکلات رفتاری در نوجوانان دختر و پسر با اختلال صرع نتایج نشان دادند نوجوانان با اختلال صرع در معرض خطر افزایش مشکلات رفتاری و عزت نفس پایین قرار دارند. در مطالعه‌ای که توسط سلطانی فر و همکاران (۱۳۹۲) انجام شد یافته‌ها نشان داد کودکان مبتلا به صرع در مقایسه با گروه شاهد، مشکلات رفتاری بیشتری دارند و نمرات کمتری کسب نمودند. انجمن صرع ایران ادعا می‌کند که در ایران هر ساله بیش از ۳۰ هزار نفر، دچار صرع می‌شوند که ۱۰ هزار نفر از آنان کودکان و نوجوانان هستند (۳۶) تشنج می‌تواند بر زندگی روزانه نوجوانان تاثیر بگذارد و اثر بسزایی بر حضور نوجوان در مدرسه و جامعه و شرکت در فعالیت‌های اجتماعی و انجام ورزش‌های خاص در مدرسه داشته باشند (۳۷) با اینکه صرع، یک بیماری جسمی مزمن و شایع‌ترین بیماری سیستم عصبی در دوران کودکی و نوجوانی است، تنها تعداد محدودی پژوهش عملکرد اجتماعی، سلامت روانی و کیفیت زندگی این کودکان و نوجوانان را، بررسی کرده است (۳۸). از این رو هدف این مطالعه مقایسه شادکامی و منبع کنترل در نوجوانان مصروع و غیر مصروع می‌باشد.

روش بررسی

روش این پژوهش از نوع علی مقایسه‌ای پس رویدادی می‌باشد. به جای به دست آوردن اطلاعات از کسانی که به راحتی در دسترس قرار می‌گیرند، گاهی اوقات ممکن است ضرورت یابد که اطلاعاتی از افراد یا گروه‌های خاصی به دست آوریم؛ یعنی انواع خاصی از افراد که قادر به ارائه اطلاعات مورد نظر ما هستند، زیرا آنها تنها افرادی‌اند که می‌توانند چنین اطلاعاتی ارائه دهند یا با برخی از معیارهایی که محقق تدوین کرده مطابقت

2. Oxford Happiness Questionnaire

3. Argyle

4. Furnham

5. Francis

6. Brown

7. Lester

8. Philipchalk

1. Tse

یافته‌ها

یافته های توصیفی نشان می دهد که در پژوهش حاضر، همانطور که در جدول شماره ۱ ملاحظه می گردد در افراد صرعی به ترتیب میانگین (و انحراف معیار) نمرات شادکامی ۴۲/۸۰ (و ۵/۷۲) و منبع کنترل ۴۱/۹۵ (و ۱۳/۲۹) و زیر مقیاس های آن: منبع کنترل درونی ۱۹/۲۰ (و ۳/۸۷) و منبع کنترل بیرونی ۱۵/۲۰ (و ۴/۴۹) می باشد. همچنین در افراد عادی (غیر صرعی) به ترتیب میانگین (و انحراف معیار) نمرات شادکامی ۴۶/۷۵ (و ۴/۹۲)، منبع کنترل ۵۵/۳ (و ۱۳/۹۴) و زیر مقیاس های آن: منبع کنترل درونی ۱۹/۸۵ (و ۱/۷۲)، منبع کنترل بیرونی ۱۶/۸۵ (و ۵/۸۱) می باشد.

ماده ای که جهت نمره گذاری تعیین شده اند ماده های "الف" نمره یک و ماده های "ب" نمره صفر می گیرند، بالاترین نمره در این مقیاس ۲۳ و کمترین آن صفر می باشد (۲۴). چون کل نمره هر فرد نشان دهنده نوع و درجه منبع کنترل افراد می باشد؛ بنابراین تنها آزمودنی هایی که نمره ۹ یا بیشتر بگیرند، واجد منبع کنترل بیرونی و افرادی که نمره کمتر از ۹ بگیرند، دارای منبع کنترل درونی خواهند بود (۴۵،۴۶). متوسط ضریب پایایی با روش تصنیف و کودر-ریچاردسون در بسیاری از پژوهش ها ۰/۷۰ بوده است.

جدول (۱): میانگین و انحراف معیار نمره های شادکامی، منبع کنترل درونی، منبع کنترل بیرونی مراجعه کننده به بیمارستان نورولوژی شهر تبریز در سال ۹۳

متغیر وابسته	صرع		غیر صرع	
	SD	M	SD	M
شادکامی	۵/۷۲	۴۲/۸۰	۴/۹۲	۴۶/۷۵
منبع کنترل	۱۳/۲۹	۴۱/۹۵	۱۳/۹۴	۴۱/۹۵
منبع کنترل درونی	۳/۸۷	۱۹/۲۰	۱/۷۲	۱۹/۲۰
منبع کنترل بیرونی	۴/۴۹	۱۵/۲۰	۵/۸۱	۱۶/۸۵

جدول (۲): مقایسه میانگین متغیرهای منبع کنترل و شادکامی در افراد مصروع و غیر مصروع مراجعه کننده به بیمارستان نورولوژی شهر تبریز در سال ۹۳

متغیر	میانگین		انحراف استاندارد		t	sig	f
	صرع	سالم	صرع	سالم			
منبع کنترل	۴۱/۵۹	۵۵/۳	۱۳/۲	۱۳	۹/۷	۰/۰۰۴	۲۰/۴۴
شادکامی	۴۲/۸	۴۶/۷۵	۵/۷	۴/۹	۵/۵	۰/۰۲۵	۵۰/۲۰

نسبت به افراد صرعی می باشد و در نتیجه این تفاوت از لحاظ آماری معنادار می باشد (p=۰/۰۰۴).

طبق جدول فوق به منظور بررسی مقایسه میانگین نمرات شادکامی و منبع کنترل، افراد غیر صرعی دارای میانگین بیشتر

جدول (۳): نتایج آزمون معناداری MANOVA برای اثر اصلی متغیر گروه متغیرهای وابسته مراجعه کننده به بیمارستان نورولوژی شهر تبریز در سال ۹۳

متغیر آزمون	ارزش	F	df	P
اثر پیلایی	۰/۲۷۲	۶/۹۲۴	۲	۰/۰۰۳
لامبدای ویلکز	۰/۷۲۸	۶/۹۲۴	۲	۰/۰۰۳
اثر هتلینگ	۰/۳۷۴۴	۶/۹۲۴	۲	۰/۰۰۳
بزرگترین ریشه روی	۰/۳۷۴	۶/۹۲۴	۲	۰/۰۰۳

صرعی و غیر صرعی حداقل در یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معنادار وجود دارد. بر اساس آزمون باکس که برای هیچ یک از متغیرها معنادار نبوده است، شرط همگنی ماتریس های واریانس/کوواریانس به درستی رعایت شده است (P=۰/۴۲).

همان طور که در جدول ۳ ملاحظه می گردد، نتایج آزمون لامبدای ویلکز نشان داد که اثر گروه بر مقیاس شادکامی، منبع کنترل و زیر مقیاس های آن معنادار است (P<۰/۰۰۱). F=۶/۹۲۴ و لامبدای ویلکز=۰/۷۲۸. به عبارت دیگر، بین افراد

توجه به تعیین نقش شادکامی و میزان کنترل در افراد مصروع و مقایسه این افراد با افراد غیر مصروع انجام گرفت. نتایج آزمون نشان داد به عبارت دیگر، بین افراد صرعی و غیر صرعی حداقل در یکی از متغیرهای وابسته (شادکامی، منبع کنترل) تفاوت معنادار وجود دارد. بیماری صرع همراه با عوارض اجتماعی-روانی قابل توجهی در هر دوره از زندگی رو به رو می باشد (۵۵). به هر حال، افراد با منبع کنترل درونی، سالم ترند و سازگاری روانشناختی بهتری دارند و موفقیت های بیشتری در زندگی کسب می کنند (۵۶) این احتمال وجود دارد که فقدان مهارت های اجتماعی و وجود مشکلات توجه، کودکان را مستعد اختلالات رفتاری کند و نیز عوامل مرتبط با صرع در دست یابی مطلوب کودکان به کفایت اجتماعی اختلال ایجاد نماید (۵۷). لازم به ذکر است با توجه به مشکلات روزافزون افراد صرعی، نیازمند مهارتهای مقابله ای و همچنین آموزش مهارت های زندگی برای سازگاری بهتر و افزایش میزان کنترل درونی و شادکامی این افراد در سطح جامعه می باشد. اگرچه در این پژوهش با محدودیت هایی برای گرفتن مجوز و همچنین با محدودیت حجم نمونه مواجه بودیم اما از نظر تعمیم نتایج با توجه به روش بررسی از نوع علی مقایسه ای و در دسترس نبودن افراد صرعی اکتفا نمود و همچنین تحقیقات انگشت شماری برای بررسی این موضوع در جامعه آماری مصروعین وجود داشت اما با توجه به هدف اصلی مطالعه برای رسیدن به نتایج بهتر و کامل تری نیاز به حجم بالایی هست تا بتوان نتایج را به جامعه موردنظر تعمیم داد. در پایان پیشنهاد می شود که برنامه های آموزش شادکامی برای بهتر زندگی کردن این کودکان و نوجوانان در جامعه و مدرسه گنجانده شود و همچنین آموزش های لازم جهت تقویت اعتماد به نفس کودکان و نوجوانان مصروع تا بتوانند با استفاده از منبع کنترل درونی بیشتر از پس مشکلات زندگی برآیند.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از مرکز نورولوژی شهر تبریز قسمت بیماران صرع که با حمایت مرتضی عباسی کمال تشکر و قدردانی را دارم.

بر اساس آزمون لوین و عدم معناداری (F=۲/۷۴ و BOX=N/۵۴). برابری واریانس های بین گروهی شرط برابری واریانس های بین گروهی رعایت شده است.

بحث و نتیجه گیری

صرع یکی از بیماری های عصبی شایع در جهان است که بیش از ۴۰ میلیون نفر به آن مبتلا هستند (۴۷). اثرات صرع بر کفایت اجتماعی و سلامت روان، بیشتر به صورت غیر مستقیم است. مطالعات متعدد نشان می دهد که کودکان مبتلا به صرع، مهارت های اجتماعی کمتری متناسب با سن خود دارند، در حالی که مشکلات رفتاری و توجهی بیشتری نسبت به کودکان سالم دارند. کنترل درونی، متغیری شناختی است که با خشنودی همراه است؛ ضمن اینکه پیش بینی کننده شادی نیز شناخته شده است. با توجه به نتایج این پژوهش در رابطه با مقایسه شادکامی و منبع کنترل در نوجوانان مصروع و غیر مصروع بوده طی جستجو های که صورت گرفته تحقیقی که مانند این پژوهش متغیرها را بررسی کند یافت نشد، طبق نتایج به دست آمده به طور کلی بین میزان شادکامی و منبع کنترل در افراد مصروع و غیر مصروع تفاوت معناداری مشاهده شده لذا تحقیقاتی مورد بحث قرار گرفته اند که حداقل یکی از متغیرهای تحقیق در آن وجود دارند. این نتایج همسو با نتایج زمانی، لیاقت (۱۳۹۲)؛ بریسی و همکاران^۱ (۱۳)؛ باکی، ماسوری^۲ (۴۸) نیز بیانگر اضطراب و افسردگی بالا در خانواده بیماران مصروع بوده است (۱۳). تاثیر مثبت شادکامی روی نتایج بالینی در بیماران با بیماری سرطان و سلول داسی شکل گزارش شده است (۴۹، ۵۰) و همچنین با یافته های لوی و همکاران در (۴۹) بر روی ۴۹۴ بزرگسالان تایوانی مبنی بر وجود رابطه منبع کنترل درونی با شادی همسویی دارد. همچنین، نتیجه این تحقیق نظر لینلی و جوزف در سال ۲۰۰۴ را مبنی بر اینکه خوشبینی می تواند به شادکامی، پیشرفت، سلامتی، عزت نفس و منبع کنترل درونی منجر شود را مورد تایید قرار می دهد (۵۱). اما نمره منبع کنترل و منبع کنترل درونی و بیرونی به طور معناداری در افراد غیر صرعی نسبت به افراد صرعی بیشتر است. این نتایج همسو با لهسه و همکاران، (۱۶) و نتایج گراب و همکاران در سال ۱۹۹۶ بر روی ۳۸۴۴ نوجوان در ۱۴ کشور جهان مبنی بر همبستگی بین "انتظارات کنترل" با نگرش مثبت به زندگی همخوانی دارد (۵۲). بروز مشکلات روان پزشکی در کودکان صرعی در عمده مطالعات از ۱۶- ۰/۶۰ متفاوت است (۵۳، ۵۴). در پژوهشی که توسط سهرابی و جوانبخش ۱۳۸۹ انجام شد اثربخشی تقویت مهارت های مثبت اندیشی به شیوه گروهی بر منبع کنترل دانش آموزان دبیرستانی شهر گرگان موثر بوده است. پژوهش حاضر با

References:

1. Victor A, Ropper V. Manual of neurology. Boston: McGraw Hill; 2002. 134.
2. Siddhartha Nadkarni M.D; Josiane LaJoie M.D; Orrin Devinsky M.D, Current treatments of epilepsy. Neurology 2005; 64(Supple 3): S2-S11. living with epilepsy-report of a Roper poll of patients on quality of life.
3. Smith PE. The bare essentials: epilepsy. Pract Neurol .2008. 8:195–202.
4. Ahadi H, Mohagheghi H. Familiarity with epilepsy and psychological seizure epileptic. Journal epilepsy and health. 2011, 35 number. [Persian].
5. Pourtaherian P. Iranian union epilepsy; 2009. 5. [Persian].
6. Salgado C, Pedroso de Souza A.A psychosocial view of anxiety and depression in epilepsy. Department of neurology, University of medicine. Epilepsy and Behavior. 2005; 8(2): 232-38.
7. Sperling MR, Schilling CA, Glosser D, Tracy JI, Asadi-Pooya AA. Self-perception of seizure precipitants and their relation to anxiety level, depression, and health locus of control in epilepsy. Seizure. 2008; 17(4):302–7.
8. Kanner AM, Schachter SC, Barry JJ, Hersdorffer DC, Mula M, Trimble M, et al. Depression and epilepsy: epidemiologic and neurobiologic perspectives that may explain their high comorbid occurrence. Epilepsy Behaviour. 2012; 24(2):156–68.
9. Shamsabbadi F. Epilepsy and psychological outcomes in children, epilepsy and health. 2012; 38 number [Persian].
10. Khoshraftar E, Amini Y, Moghadam N, and Amini Z. Mood disorders in patients with epilepsy in spring season. Iranian Journal epilepsy. 2010; 26 number [Persian].
11. Blume WT, Lüders HO, Mizrahi E, Tassinari C, Van Emde Boas W, Engel Jr J. Glossary of descriptive terminology for ictal semiology: report of the ILAE Task Force on Classification and Terminology. Epilepsia. 2001;42(9):1212–8.
12. Beiraghi N. The Prevalence of psychiatric disorders in patients with epilepsy. Journal epilepsy and health. 2012; 10 year [Persian].
13. Bressi C, Cornaggia CM, Beghi M, Porcellana M, Iandoli II, Invernizzi G. Epilepsy and family expressed emotion: Results of a prospective study. Seizure. 2007;16(5):417-23.
14. Wallston KA, Stein MJ, Smith CA. Form C of the MHLC scales: a condition-specific measure of locus of control. Journal Personality Assessment. 1994.63(3):534–53.
15. Devillis RF, Wallston BS, Wallston KA. Epilepsy and learned helplessness. Basic Applied Social Psychology. 1980; 1:241–53.
16. Lohse A, Kjaer TW, Sabers A, Wolf P. Epileptic aura and perception of self-control. Epilepsy & Behavior. 2015;45:191–4.
17. Akrami L, Davoodi M. Self-esteem and behavior difficult in adult boy and girl with seizure epileptic. MS. Medical research news. Iranian journal of epilepsy. 2010; 260 number [Persian].
18. Blume WT, Lüders HO, Mizrahi E, Tassinari C, van Emde Boas W, Engel J. Glossary of descriptive terminology for ictal semiology: report of the ILAE task force on classification and terminology. Epilepsia. 2001;42(9):1212-8.
19. Caplan R, Siddarth P, Gurbani S, Hanson R, Sankar R, Shields WD. Depression and anxiety disorders in pediatric epilepsy. Epilepsia. 2005;46(5):720-30.

20. Kerr GA, Gross JD. Personal control in elite gymnasts: The relationships between locus of control, self-esteem, and trait anxiety. *Journal of Sport Behavior*. 1997;20(1):69.
21. Imholt RD. The impact of adolescent expatriate participation in experiential education on locus of control [Dissertation]. Cypress, California: University of Touro; 2009.
22. Esmaelzade A. Investigating control center of male and female in the condition stress. MA. Dissertation. Rodehen: Islamic Azad University. 2008; 39-45. (Persian).
23. Sadi M. Normalization of Byrz-Haryc self-concept test in male and female students of Kerman. MA. Dissertation. Rodehen: Alzahra University. 1994; 60-80. (Persian).
24. KoushkiSh, Khalilifar M. Religious attitudes and locus of control. *Thought and behavior*. 2010; 15 (4): 33-40. [Persian].
25. Kobasa SC. The hardy personality: Toward a social psychology of stress and health. *Social psychology of health and illness*. 1982;4:3-32.
26. Argyle M, Martin M, Lu L. Testing for stress and happiness: The role of social and cognitive factors. *Stress and emotion*. 1995;15:173-87.
27. Schwarz N, Strack F. Evaluating one's life: A judgment model of subjective well-being. 1988.
28. Seligman ME, Parks AC, Steen T. A balanced psychology and a full life. *Philosophical Transactions-Royal Society of London Series B Biological Sciences*. 2004;1379-82.
29. Fang P-C, Chen Y-J. Using the child behavior checklist to evaluate behavioral problems in children with epilepsy. *Acta paediatrica Taiwanica= Taiwan er ke yi xue hui za zhi*. 2006;48(4):181-5.
30. Mattson R. Emotional effects on seizure occurrence. *Advances in neurology*. 1991; 55:453.
31. Williams J. Learning and behavior in children with epilepsy. *Epilepsy & Behavior*. 2003;4(2):107-11.
32. Tse E, Hamiwka L, Sherman EM, Wirrell E. Social skills problems in children with epilepsy: Prevalence, nature and predictors. *Epilepsy & Behavior*. 2007;11(4):499-505.
33. Togha M, Montazeri A, Ebrahimi F, Vahdaninia M, Darabi I. Clinical and demographic characteristics and quality of life in patients with epilepsy. *Journal of the Iranian institute for health science Research*. 2010; 9:215-21. [Persian].
34. Mosttafaee F, Khodabakhshi A. Comparing hope and meaning of life with depression epileptic patients and non- patients. *Medical research news. Iranian journal of epilepsy*. 2010; 26 number. [Persian].
35. Akrami L, Davoodi M. Self-esteem and behavioral problems in adolescents with epilepsy disorder. doctors especially New research, Iranian especially Association *Journal*. 2012; 26 number.
36. Baker GA, Hargis E, Hsih MM-S, Mounfield H, Arzimanoglou A, Glauser T, et al. Perceived impact of epilepsy in teenagers and young adults: an international survey. *Epilepsy & Behavior*. 2008;12(3):395-401.
37. Hirfanoglu T, Serdaroglu A, Cansu A, Soysal AS, Derle E, Gucuyener K. Do knowledge of, perception of, and attitudes toward epilepsy affect the quality of life of Turkish children with epilepsy and their parents? *Epilepsy & Behavior*. 2009;14(1):71-7.
38. Pack AM, Morrell MJ. Epilepsy and bone health in adults. *Epilepsy & Behavior*. 2004;5:24-9.
39. Argyle M. *The psychology of happiness*: Routledge; 2013.
40. Argyle M, Lu L. The happiness of extraverts. *Personality and individual differences*. 1990;11(10):1011-7.

41. Chamorro-Premuzic T. Personality and individual differences: Blackwell publishing; 2007.
42. Francis LJ, Brown LB, Lester D, Philipchalk R. Happiness as stable extraversion: A cross-cultural examination of the reliability and validity of the Oxford Happiness Inventory among students in the UK, USA, Australia, and Canada. *Personality and individual differences*. 1998;24(2):167-71.
43. Barak Y. The immune system and happiness. *Autoimmunity reviews*. 2006;5(8):523-7.
44. Ball S. Motivation and education, translated: Masdood A. University Shiraz; 1994. [Persian].
45. Rasouli Z, Farahbakhsh K. The relationship between attachment styles and locus of control and marital adjustment. *Thought and behavior -journal name*. 2009; 13 (14): 17-24. [Persian].
46. Rashidei E, ShahrAray M. Survey relationship between creativity and locus of control. *Journal of fresh ideas In Educational Sciences*. 2008; 3 (3): 83 -99.
47. Theodore WH, Spencer SS, Wiebe S, Langfitt JT, Ali A, Shafer PO, et al. Epilepsy in North America: a report prepared under the auspices of the global campaign against epilepsy, the International Bureau for Epilepsy, the International League Against Epilepsy, and the World Health Organization. *Epilepsia*. 2006;47(10):1700-22.
48. Masouri S. Adaptation behaviors comparison between patients. Sibling and healthy children at the same age [dissertation]. Tehran: Nursing and Midwifery Faculty, Tehran Medical University; 1991. [Persian].
49. Vitaliano PP, Scanlan JM, Ochs HD, Syrjala K, Siegler IC, Snyder EA. Psychosocial stress moderates the relationship of cancer history with natural killer cell activity. *Annals of Behavioral Medicine*. 1998;20(3):199-208.
50. Levy SM, Lee J, Bagley C, Lippman M. Survival hazards analysis in first recurrent breast cancer patients: seven-year follow-up. *Psychosomatic medicine*. 1988;50(5):520-8.
51. Seligman ME, Linley PA, Joseph S. *Positive psychology in practice*: John Wiley & Sons; 2012.
52. Yazdani F, Azah H. Relation between Optimism, coping strategy stress and university student. *Journal mental health*. 2003; 15(16):86-98. [Persian].
53. Davies S, Heyman I, Goodman R. A population survey of mental health problems in children with epilepsy. *Developmental Medicine & Child Neurology*. 2003;45(5):292-5.
54. Ott D, Siddarth P, Gurbani S, Koh S, Tournay A, Shields WD, et al. Behavioral disorders in pediatric epilepsy: unmet psychiatric need. *Epilepsia*. 2003;44(4):591-7.
55. Baker GA, Jacoby A, Gorry J, Doughty J, Ellina V. Quality of life of people with epilepsy in Iran, the Gulf, and Near East. *Epilepsia*. 2005;46(1):132-40.
56. Imholt RD. The impact of adolescent expatriate participation in experiential education on locus of control [Dissertation]. Cypress, California: University of Touro; 2009.
57. Rantanen K, Timonen S, Hagström K, Hämäläinen P, Eriksson K, Nieminen P. Social competence of preschool children with epilepsy. *Epilepsy & Behavior*. 2009;14(2):338-43.