

## Presenting the Structural Model of Depression, Anxiety and Stress based on Childhood Trauma and Perceived Social support with the Mediation of Alexithymia in Patients with Epilepsy

### ARTICLE INFO

#### Article Type

Research Article

#### Authors

Masoumeh Mohammadbeigi<sup>1</sup>

Afsaneh Taheri<sup>2\*</sup>

Khadijeh Abolmaali<sup>3</sup>

Korosh Gharergozli<sup>4</sup>

#### How to cite this article

Masoumeh Mohammadbeigi, Afsaneh Taheri, Khadijeh Abolmaali, Korosh Gharergozli, Presenting the Structural Model of Depression, Anxiety and Stress based on Childhood Trauma and Perceived Social support with the Mediation of Alexithymia in Patients with Epilepsy, *Journal of Islamic Life Style Centered on Health*. 2023;7(1):275-287.

1. PhD student in Clinical Psychology, Department of Psychology, Roudhan Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

2. Assistant Professor, Department of Psychology, Roudhen Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran (Corresponding Author).

3. Associate Professor, Department of Psychology, Roudhen Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

4. Professor, Neurological Diseases, Shahid Beheshti University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran.

#### \* Correspondence:

Address:

Phone:

Email: a2\_taheri@yahoo.com

#### Article History

Received: 2022/10/03

Accepted: 2023/01/10

### ABSTRACT

**Purpose:** Epilepsy is a common neurological disorder characterized by frequent and spontaneous seizures that are not well controlled with current medications. The aim of the present study is to investigate the mediator role of alexithymia in explaining the effect of perceived social support and childhood trauma on the psychological distress of patients with epilepsy.

**Materials and Methods:** This study is descriptive in terms of its practical purpose and data collection method, correlation method. The statistical population of the current research is Iranian epilepsy patients in Iran in 2019-2021. According to the number of variables and paths, a total of 260 subjects are required to perform the structural equations test. A simple random sampling method was used. Data collection tools were Toronto TAS-20, Childhood Trauma Questionnaire, Perceived Social Support Scale, Perceived Social Support Scale. The data were analyzed in Amos24 and SPSS24 statistical software and structural equation modeling (SEM).

**Findings:** Alexithymia mediates the effect of childhood trauma on psychological distress in a positive way and the effect of perceived social support on psychological distress in patients with epilepsy in a negative and significant manner.

**Conclusion:** Researchers and therapists in the field of clinical and health psychology, doctors, nurses, neuropsychologists, psychiatrists, psychiatric nurses, social workers and counselors should consider these components in their epilepsy patients based on the results of this research.

**Keywords:** Childhood Trauma, Psychological distress, Perceived Social Support, Epilepsy, Alexithymia

معنادار بود. ضریب مسیر غیر مستقیم بین ترومای کودکی ( $P = 0.001$ ,  $\beta = 0.160$ ) با پریشانی روان شناختی مثبت و ضریب مسیر غیر مستقیم بین حمایت اجتماعی ادراک شده با پریشانی روان شناختی ( $P = 0.001$ ,  $\beta = -0.217$ ) منفی و معنادار بود.

**نتیجه گیری:** با توجه به نتایج این پژوهش نتیجه گرفته می‌شود، ناگویی هیجانی، ترومای کودکی و حمایت اجتماعی ادراک شده با افسردگی، اضطراب و استرس رابطه معناداری دارند؛ از طرفی نقش میانجی ناگویی هیجانی در ارتباط بین ناگویی هیجانی، ترومای کودکی و حمایت اجتماعی ادراک شده با افسردگی، اضطراب و استرس تأیید شده است.

**کلیدواژگان:** ترومای کودکی، پریشانی روان شناختی، حمایت اجتماعی ادراک شده، صرع، ناگویی هیجانی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۷/۱۱

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۱۰/۲۰

\*نویسنده مسئول: a2\_taheri@yahoo.com

مقدمه

صرع epilepsy از جمله اختلالات شایع نورولوژیکی بوده که مشخصه آن تشنج‌های خود به خودی و تکرار شونده است. براساس آمار اعلام شده توسط سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۱۶، حدود ۵۰ میلیون از افراد کل جهان مبتلا به صرع هستند و سالانه ۲/۴ میلیون نفر به این بیماری مبتلا می‌شوند. میزان شیوع صرع نیز ۵ تا ۳۰ نفر در ۱۰۰۰ نفر برآورد شده است (۱). در یک مطالعه متاآنالیز، شیوع صرع در ایران ۵ درصد گزارش شده که بیشتر در مرکز کشور و کمتر در شمال کشور پراکندگی داشته است (۲). صرع براساس نوع تشنجات به انواع متفاوتی تقسیم میگردد. در سال ۲۰۱۶، تشنج‌ها را براساس مکان تخلیه نورونی به سه نوع جزئی و عمومی، کانونی تبدیل شونده به صرع دوطرفه و ناشناخته تقسیم کرده‌اند (۳). دلایل مرگ در بیماران مصروع عبارت‌اند از: تشنج مداوم و مقاوم، تروما حین تشنج، مرگ ناگهانی و خودکشی به علت افسردگی (۴). اولین واکنش مبتلایان صرع، به اولین حمله تشنجی، ترس، وحشت، نگرانی، درماندگی، نومییدی، شرمندگی، پنهان کاری، افسردگی و واکنش‌های دیگر روانی است. در تکرار حمله‌ها و طول کشیدن بیماری گرچه از شدت واکنش فرد کاسته می‌شود؛ اما اثری درازمدت همچون، افسردگی و کاهش اعتماد به نفس، پایدارتر شده و واکنش فرد تندتر و عصبی‌تر میشود (۴؛ ۵). اختلالات روانپزشکی اغلب در بیماران مبتلا به صرع رخ می‌دهد. همبودی با صرع وضعیتی است که همراه با صرع رخ می‌دهد و ممکن است حتی قبل از شروع صرع وجود داشته باشد، ممکن است علت یا پیامد صرع باشد، و ممکن است در هر زمانی در طول دوره اختلال رخ دهد. در اکثر مواقع اختلالات روانپزشکی در این بیماران مورد توجه قرار نمی‌گیرد زیرا کنترل تشنج در کانون مدیریت قرار می‌گیرد و بسیاری از اوقات، پزشکان از اینکه ممکن است اختلالات روانپزشکی در بیماران مبتلا به صرع رخ دهد آگاه نیستند (۶). همچنین حافظه در اغلب بیماران مبتلا به صرع مزمن مختل می

ارائه الگوی ساختاری افسردگی، اضطراب و استرس بر اساس ترومای کودکی و حمایت اجتماعی ادراک شده با میانجیگری ناگویی هیجانی در بیماران مبتلا به صرع

معصومه محمد بیگی<sup>۱</sup>

دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

افسانه طاهری<sup>۲\*</sup>

استادیار، گروه روانشناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران (نویسنده مسئول).

خدیجه ابولمعالی<sup>۳</sup>

دانشیار، گروه روانشناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

کوروش قررگوزلی<sup>۴</sup>

استاد، بیمارهای مغز و اعصاب، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران.

چکیده

**هدف:** صرع یک اختلال عصبی شایع است که با حملات صرعی مکرر و خود به خود مشخص می‌شود و با داروهای فعلی به خوبی کنترل نمی‌شود. از آنجا که در علم روانشناسی بروز هر پدیده را وابسته به شکل گیری و تاثیرگذاری چندین عامل می‌دانند، لذا شاید از جمله عواملی که به طور مستقیم یا غیرمستقیم می‌توانند بر رابطه افسردگی، اضطراب و استرس با ناگویی هیجانی، ترومای کودکی و حمایت اجتماعی ادراک شده تاثیرگذار باشند، هدف پژوهش حاضر بررسی ارائه الگوی ساختاری افسردگی، اضطراب و استرس بر اساس ترومای کودکی و حمایت اجتماعی ادراک شده با میانجیگری ناگویی هیجانی در بیماران مبتلا به صرع می‌باشد.

**مواد و روش‌ها:** این مطالعه از نظر هدف کاربردی و روش گردآوری داده‌ها روش همبستگی، از نوع توصیفی می‌باشد. جامعه آماری پژوهش حاضر بیماران مبتلا به صرع کشور ایران در سال ۱۴۰۰-۱۳۹۹ می‌باشد. با توجه به تعداد متغیرها و مسیرها برای انجام آزمون معادلات ساختاری در مجموع ۲۶۰ آزمودنی مورد نیاز برآورد می‌شود. از روش نمونه گیری تصادفی ساده استفاده شد. ابزار جمع آوری اطلاعات ناگویی هیجانی تورنتو ۲۰، پرسشنامه ترومای دوران کودکی، مقیاس حمایت اجتماعی ادراک شده، مقیاس حمایت اجتماعی ادراک شده جمع شده است. داده‌ها در نرم افزار آماری Amus24 و SPSS24 و مدل یابی معادلات ساختاری (SEM) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته‌ها:** ضریب مسیر بین ناگویی هیجانی و پریشانی روان شناختی ( $P = 0.001$ ,  $\beta = 0.488$ ) مثبت و معنادار است. ضریب مسیر کل بین ترومای کودکی ( $P = 0.001$ ,  $\beta = 0.454$ ) با پریشانی روان شناختی مثبت و ضریب مسیر کل بین حمایت اجتماعی ادراک شده با پریشانی روان شناختی ( $P = 0.001$ ,  $\beta = -0.412$ ) منفی و

شود (۷) و اختلالات روانپزشکی باعث پاسخ ضعیف به درمان، تأثیر بر کیفیت زندگی بیمار و افزایش خطر مرگ زودهنگام به دلیل خودکشی یا تصادف می‌شود (۸).

بیماران مصروع، باورها و نگرشهایی در مورد خود شکل می‌دهند که از عقاید یک فرد عادی متفاوت است و این نگرشها به وسیله تجارب منفی مربوط به ابتلا به صرع تقویت شده، به عبارتی این بیماران در معرض طیف وسیعی از اختلالات روانی قرار دارند و به طور کلی ۴۰ درصد از این بیماران مبتلا به اختلال روانپزشکی همراه هستند که یکی از علل آن مواجه شدن فرد با استرس ناشی از بیماری و تشنج است (۹). مطالعات نشان داده‌اند که بیماران مبتلا به صرع به شدت از اختلالاتی همچون اضطراب *anxiety*، وسواس و ترس مرضی رنج می‌برند (۱۰). سازمان بهداشت جهانی افسردگی عامل اصلی بیماری و ناتوانی در جهان اعلام کرده است. افسردگی با علائمی همچون غم شدید دوری جویی از دیگران احساس بی‌فایده‌گی و بی‌ارزشی همراه است (۱۱). ارتباط با افسردگی *depression* تجربیات آسیب‌زای دوران کودکی *childhood trauma* است که شامل هر نوع سوء استفاده عاطفی چه بدرفتاری جسمی و سوء استفاده جنسی از افرادی است که کمتر از ۱۸ سال سن دارند. حوادث آسیب‌زایی که در دوران کودکی تجربه می‌شوند به عنوان علل مشکلات بین فردی، اضطراب و افسردگی در دوران نوجوانی و بزرگسالی شناخته شده‌اند (۱۲). این آسیبها پیامدهای نامطلوبی برای سلامت جسمی و روانی به همراه دارد. با این حال زمینه‌ی ارتباط بین آسیب‌های کودکی و مشکلات سلامت روان در بزرگسالی و مکانیسم خاص زمینه‌ساز ترومای اولیه با مشکلات روانپزشکی بعدی هنوز نامشخص است (۱۳).

یکی دیگر از صفات روانشناختی مؤثر بر صرع، ناگویی هیجانی *alexithymia* است که به عنوان یک صفت شخصیتی ثابت در نظر گرفته می‌شود و در پردازش شناختی هیجانات یک نقص عمده به حساب می‌آید (۱۴). ناگویی هیجانی به معنای مشکل در خودتنظیم‌گری هیجانی یا ناتوانی در پردازش شناختی اطلاعات هیجانی و تنظیم هیجانها است و سازهای چندوجهی متشکل از: ۱- دشواری در شناسایی و توصیف احساسات، ۲- دشواری در تمایزگذاری بین احساسات و حواس جسمانی ناشی از برانگیختگی هیجانی، ۳- محدودیت در پردازش تصویری که توسط نارسایی در خیال‌پردازی درک می‌شود، و ۴- سبک شناختی با جهت‌گیری بیرونی است (۱۵). *De Rick, Vanheule* (۱۶) در بررسی‌های خود دریافتند که افراد مبتلا به ناگویی هیجانی نیاز قوی به وابستگی دارند که نتیجه آن شک و تردید و بی‌اعتمادی به دیگران است. ضمن اینکه این افراد در بیت‌ان نیازهایشان به دیگران مشکل دارند و توانایی مقابله با چالش‌های بت‌بین شخصیت‌ی در موقعیت‌های اجتماعی را ندارند. ناگویی هیجانی به همراه مشکلات بین فردی نظیر مشکل داشتن در قاطعیت، مردم‌آمیزی، اطاعت‌پذیری، صمیمیت، مسئولیت‌پذیری و مهارگری منجر به ایجاد آشفتگی روانی در افراد می‌شوند (۱۷).

از دیگر عوامل مؤثر بر بروز علائم جسمانی سازی در بیماران مبتلا به صرع، شاید بتوان به حمایت اجتماعی ادراک شده *perceived social support* در آنان اشاره نمود، زیرا کیفیت روابط اجتماعی فرد به طور قابل‌اعتمادی با پیامدهای سلامت جسمانی مرتبط است و سطح حمایت اجتماعی ادراک شده یک فرد پیامدهای سلامتی را می‌تواند پیش‌بینی نماید (۱۸). حمایت اجتماعی ادراک شده به ارزیابی ذهنی مربوط می‌شود که چگونه افراد، دوستان و اعضای خانواده را در دسترس برای ارائه مطالب، حمایت روانی و کلی در مواقع نیاز می‌دانند (۱۹). در واقع حمایت اجتماعی ادراک شده یعنی منابع فراهم شده توسط دیگران که احساس ارزشمند بودن به فرد می‌دهد (۲۰). حمایت اجتماعی ادراک شده نقش مهمی در تسکین اثرات منفی بعد روانی بیماران دارد و با تجربه پریشانی کمتر، احساس کنترل بیشتر، بهبود اعتمادبه‌نفس، کاهش تأثیرات حوادث منفی بر زندگی و بهبود کیفیت زندگی همراه می‌باشد (۲۱).

اولین گام برای کنترل و مقابله با هر مشکل و بحرانی شناخت عوامل ایجادکننده آن و نیز میزان اثرگذاری هر یک از این عوامل است و با توجه به اهمیت موضوع و نظر به این که کشف و تبیین متغیرهای پیش‌بینی‌کننده علائم جسمانی به دلایل نظری و بالینی هم برای افراد مبتلا به صرع و هم برای بهبود روند درمان بیماری حائز اهمیت است، ضرورت تدوین و آزمون الگوهای نظری که در آن رویکردهای نظری مختلف مورد توجه قرار گرفته است، کاملاً آشکار و روشن است؛ زیرا که از طریق درک، تبیین و پیش‌بینی عوامل مؤثر با استفاده از الگوهای نظری و ارائه اطلاعات مفید و سودمند می‌توان به غنی‌تر نمودن این دانش در این زمینه کمک کرد. از طرفی از آنجا که تاکنون بیشتر به جنبه‌های پزشکی پرداخته شده و جنبه‌های روانشناختی این بیماری مورد غفلت واقع شده است، لذا شناخت جامع و لزوم انجام پژوهش‌های بیشتر در مورد این بیماران، همواره مورد توجه پژوهشگران بوده است. از سوی دیگر امروزه تردیدی وجود ندارد که حالت‌های روانشناختی می‌توانند رفتارهای سلامت را متأثر سازند، هر چند هنوز پژوهشگران در این که چگونه و توسط چه سازوکاری این تأثیر اعمال می‌شود به قطعیت نرسیده‌اند و نبود همین قطعیت، انجام بررسی‌ها در حوزه‌های گوناگون رفتارهای سلامت را ضروری می‌سازد. همچنین با توجه به مطالب عنوان شده و اینکه در ایران هیچ پژوهشی به عوامل پیش‌بین اشاره شده در این پژوهش نپرداخته، این مطالعه می‌تواند گام مهمی در جهت شناسایی تأثیرات این عوامل بر علائم جسمانی در بیماران مبتلا به صرع باشد. بنابراین در این پژوهش محقق قصد دارد تا به الگوی ساختاری پیش‌بینی علائم جسمانی بر اساس ناگویی هیجانی، ترومای کودکی و حمایت اجتماعی ادراک شده با میانجیگری افسردگی، اضطراب و استرس در بیماران مبتلا به صرع پردازد و به این سؤال پاسخ دهد که آیا الگوی ساختاری پیش‌بینی علائم جسمانی بر اساس ناگویی هیجانی، ترومای کودکی و حمایت اجتماعی ادراک شده با میانجیگری اضطراب، افسردگی، استرس در بیماران مبتلا به صرع برازش دارد؟

#### مواد و روش‌ها

۲۵ سوال آن برای سنجش مولفه‌های اصلی (سوءاستفاده جسمانی ۵ سوال، سوءاستفاده هیجانی ۵ سوال، غفلت یا نادیده گرفتن جسمانی ۵ سوال، غفلت یا نادیده گرفتن هیجانی ۵ سوال، سوءاستفاده جنسی ۵ سوال) پرسشنامه بکار می‌رود و ۳ سوال آن (۱۰، ۱۶ و ۲۲) برای تشخیص افرادی که مشکلات دوران کودکی خود را انکار می‌کنند، بکار می‌رود که اگر مجموع پاسخ‌های داده شده به این سوالات بالاتر از ۱۲ باشد با احتمال زیادی پاسخ‌های فرد نامعتبر است. آزمودنی پس از خواندن هر سؤال دور عددی را که به بهترین نحو او را توصیف می‌کند، خط می‌کشد. برنشتاین و همکاران پایانی عوامل مختلف پرسشنامه‌ی ترومای دوران کودکی (CTQ) را با دو روش بازآزمایی و آلفای کرونباخ بین ۰/۷۹ تا ۰/۹۴ گزارش کرده‌اند. همچنین روایی همزمان آن با درجه بندی درمانگران از میزان تروماهای کودکی در دامنه ۰/۵۹ تا ۰/۷۸ گزارش شده است (۲۴). گروسی و همکاران پایایی به روش بازآزمایی در فاصله دو هفته و به روش همسانی درونی را به ترتیب ۰/۹۰ و ۰/۹۴ و روایی همگرایی این ابزار با پرسشنامه سلامت عمومی ۰/۴۰ گزارش نمودند (۲۵).

مقیاس حمایت اجتماعی ادراک شده Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS-12): برای اندازه گیری حمایت اجتماعی ادراک شده از مقیاس حمایت اجتماعی ادراک شده زمینت استفاده شد (۲۶). مشتمل بر ۱۲ ماده نمره گذاری مقیاس چند بعدی حمایت اجتماعی ادراک شده زیمت و همکاران به صورت طیف لیکرتی ۷ درجه ای از کاملاً مخالفم (با نمره ۱) تا کاملاً موافقم (نمره ۷) در نظر گرفته شده است. بنابراین، آزمودنی در هر سوال از این مقیاس، نمره ای از ۱ تا ۷ کسب می‌کند. به عبارت دیگر، نمره کل برای هر خرده مقیاس از ۴ تا ۲۸ و برای کل مقیاس از ۱۲ تا ۸۴ در نوسان می‌باشد. میانگین نمره مقیاس و یا خرده مقیاس‌ها اگر از ۱ تا ۲۰ باشد می‌تواند بیانگر دریافت حمایت کم؛ نمره ۳ تا ۵ می‌تواند بیانگر دریافت حمایت متوسط و نمره از ۵٫۱ تا ۷ می‌تواند بیانگر دریافت حمایت اجتماعی ادراک شده بالا باشد. این رویکرد به نظر می‌رسد اعتبار بیشتری داشته باشد، اما اگر تعداد کمی از پاسخ دهندگان در هر یک از گروه‌ها وجود داشته باشد، می‌تواند مشکل ساز باشد. بطور کلی، در مقیاس چند بعدی حمایت اجتماعی ادراک شده، هر چه فرد نمره بالاتری کسب نماید، بیانگر برخورداری بیشتر از حمایت اجتماعی ادراک شده است. سوالات ۳، ۴، ۸ و ۱۱ مربوط به حمایت اجتماعی ادراک شده از سوی خانواده، سوالات ۷، ۶، ۹ و ۱۲ مربوط به حمایت اجتماعی ادراک شده از سوی دوستان، و سوالات ۱، ۲، ۵ و ۱۰ مربوط به حمایت اجتماعی ادراک شده از سوی دیگران است. روایی و پایایی این مقیاس توسط زیمت و همکاران در حد مطلوب و آلفای کرونباخ مقیاس کلی، ۰/۸۹ گزارش شده است (۲۶). بشارت ضرایب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس و ماده‌های سه زیرمقیاس حمایت اجتماعی خانوادگی، اجتماعی و دوستان به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۷، ۰/۸۳ و ۰/۸۹ محاسبه شد و ضرایب همسانی درونی مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی را تایید کرد روایی همگرا و تشخیصی (افتراقی) حمایت اجتماعی از طریق اجرای همزمان مقیاس سلامت روانی، مقیاس همدلی عاطفی

این مطالعه از نظر هدف کاربردی و روش گردآوری داده‌ها روش همبستگی، از نوع توصیفی-تحلیلی از نوع معادلات ساختاری می‌باشد. جامعه آماری پژوهش حاضر بیماران مبتلا به صرع تهران در سال ۱۴۰۰-۱۳۹۹ بود. با توجه به تعداد متغیرها و مسیرها برای انجام آزمون معادلات ساختاری در مجموع ۲۶۰ آزمودنی مورد نیاز برآورد می‌شود. ۷ مسیر، ۳ خطای کوواریانس، ۱۱ خطای نشانگرها، ۲ خطای درونزاد متغیرهای میانجی، ۳ زیرمقیاس متغیر میانجی، در مجموع ۲۶ پارامتر وجود داشت. که برای هر پارامتر ۱۰ آزمودنی نیاز بود. (۲۱). روش نمونه گیری تصادفی ساده بود. نمونه‌ها با قرعه کشی از میان فهرست بیماران عضو انجمن صرع تهران انتخاب شدند. ملاک ورود به پژوهش حاضر، رضایت آگاهانه و حق انصراف از ادامه پژوهش ۲. توانایی خواندن و نوشتن و ملاک خروج از پژوهش حاضر عدم تکمیل نکردن سوالات پرسشنامه‌های پژوهش لحاظ شد.

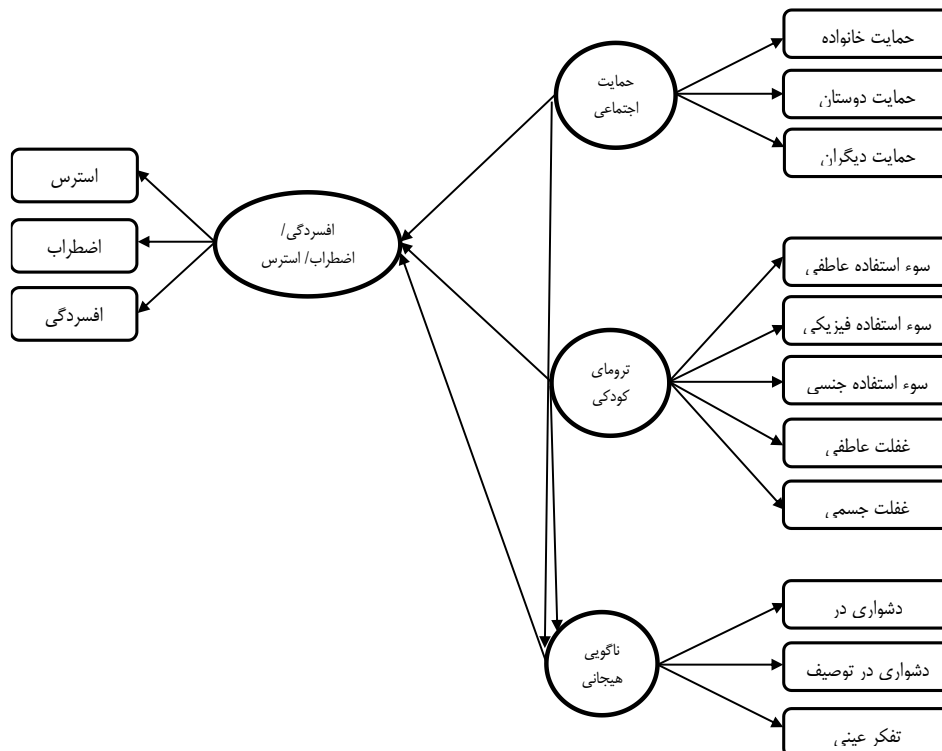
ابزار

فرم کوتاه مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس Depression: Anxiety Stress Scale (DASS-21) در این پژوهش برای اندازه گیری افسردگی، اضطراب و استرس از مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس لایوباند و لایوباند ۲۱ سوالی استفاده شد (۲۲). این پرسشنامه، بر درجه بندی پنج گانه لیکرت صورت بندی شده است (هیچ وقت نمره صفر، کمی نمره یک، گاهی نمره ۲ و همیشه نمره ۳) دریافت می‌نمایند. برای محاسبه امتیاز هر زیرمقیاس، نمره تک تک گویه‌های مربوط به آن زیرمقیاس را با هم جمع کنید. برای محاسبه امتیاز کلی پرسشنامه، نمره همه گویه‌های پرسشنامه را با هم جمع کنید. دامنه امتیاز این پرسشنامه بین ۰ تا ۶۳ خواهد بود. هر چه امتیاز حاصل شده از این پرسشنامه بیشتر باشد، نشان دهنده میزان بیشتر افسردگی، اضطراب و استرس خواهد بود و بالعکس. حد پایین صفر حد متوسط ۳۱/۵ و حد بالا ۶۳ می‌باشد. نمره بین ۰ تا ۲۱: میزان افسردگی، اضطراب و استرس در حد پایینی می‌باشد. نمره بین ۲۱ تا ۴۲: میزان افسردگی، اضطراب و استرس در حد متوسطی می‌باشد. نمره بالاتر از ۴۲: میزان افسردگی، اضطراب و استرس در حد بالایی می‌باشد. لایوباند و لایوباند ضریب پایایی را به ترتیب برابر ۰/۸۸، ۰/۸۲، ۰/۹۰، ۰/۹۳ گزارش نمودند (۲۲). سامانی و همکاران جهت بررسی اعتبار مقیاس ۴۰ نفر از دانشجویان انتخاب و به فاصله‌ای سه هفته مورد آزمون و بازآزمون قرار گرفتند ضریب اعتبار بازآزمایی برای عامل فشار روانی ۰/۸۰، افسردگی ۰/۸۱، اضطراب ۰/۷۸ و برای کل مقیاس ۰/۸۲ بود. علاوه بر روش بازآزمایی به منظور بررسی همسانی درونی مقیاس از ضریب اعتبار آلفا استفاده شد که این ضریب برای عوامل فشار روانی، افسردگی و اضطراب به ترتیب برابر ۰/۸۷، ۰/۸۵، ۰/۷۵ بود (۲۳).

پرسشنامه ترومای دوران کودکی Childhood Trauma Questionnaire (CTQ): برای اندازه گیری ترومای کودکی از پرسشنامه ترومای کودکی استفاده شد (۲۴). پرسشنامه ترومای کودکی در سال ۱۹۹۸ فرم نهایی آزمون با ۲۸ سؤال ارائه شد. هر کدام از سوالات در ۵ سطح (هرگز=۱، به ندرت=۲، گاهی اوقات=۳، اغلب اوقات=۴ و همیشه=۵) طبقه بندی شده است. که

. این ابزار دارای سه بعد دشواری در تشخیص و شناسایی هیجان‌ها (۷ سوال)، دشواری در توصیف هیجان‌ها (۵ سوال)، تمرکز بر تجارب بیرونی یا تفکر عینی (۸ سوال) است. (۳۰). بیگی و همکاران پایایی بازآزمایی مقیاس آلکسی تایمیا تورنتو ۲۰ سوالی دشواری در تشخیص و شناسایی هیجان‌ها ۰/۷۱ و دشواری در توصیف هیجان‌ها ۰/۶۸ و تمرکز بر تجارب بیرونی یا تفکر عینی ۰/۶۶ و نمره کل ۰/۷۴ و پایایی این مقیاس را با استفاده از روش آلفای کرونباخ، ۰/۸۷ گزارش نمودند گزارش کردند (۲۱). بشارت اعتبار ملاکی نوع همزمان این مقیاس را برحسب همبستگی بین خرده مقیاس‌های این آزمون و مقیاس‌های هوش هیجانی، بهزیستی روانشناختی و درماندگی روانشناختی بررسی کرد و نتایج مورد تأیید قرار گرفت. نتایج نشان داد که بین نمره آزمودنی‌ها در مقیاس ناگویی عاطفی کل با هوش هیجانی ( $r = -0.18, p < 0.001$ )، بهزیستی روانشناختی ( $r = -0.178, p < 0.001$ ) و درماندگی روانشناختی ( $r = 0.44, p < 0.001$ ) رابطه معنی‌داری وجود دارد. ضرایب همبستگی بین خرده مقیاس‌های ناگویی عاطفی و متغیرهای فوق نیز معنی‌دار بودند (۲۹). نتایج تحلیل عاملی تأییدی نیز وجود سه عامل دشواری در توصیف احساسات، دشواری در شناسایی احساسات و تفکر عینی را در نسخه فارسی مقیاس ناگویی عاطفی تورنتو-۲۰ تأیید کرد (۳۰). در ادامه مدل مفهومی پژوهش (الگوی ساختاری علائم جسمانی بر اساس ناگویی هیجانی، ترومای کودکی و حمایت اجتماعی ادراک شده با میانجیگری افسردگی، اضطراب و استرس در بیماران مبتلا به صرع) در شکل ۱ آورده شده است.

و فهرست عواطف مثبت و منفی در مورد نمونه‌های مختلف از دو گروه دانشجویان و جمعیت عمومی محاسبه و تأیید شد. ضرایب همبستگی حمایت اجتماعی ادراک شده با بهزیستی روانشناختی ۰/۵۷، با همدلی عاطفی ۰/۵۳، با عاطفه مثبت ۰/۴۹، با درماندگی روانشناختی ۰/۵۱، و با عاطفه منفی ۰/۵۵ - به‌دست آمد. نتایج تحلیل و تأییدی عاملی اکتشافی نیز با تعیین سه عامل حمایت اجتماعی خانوادگی، اجتماعی و دوستان، روایی سازه مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک شده را مورد تأیید قرار داد (۲۷) پرسشنامه ناگویی هیجانی تورنتو (TAS-20): برای اندازه‌گیری ناگویی هیجانی از پرسشنامه ناگویی هیجانی تورنتو ۲۰ استفاده شد (۲۸). پرسشنامه ناگویی هیجانی تورنتو ۲۰ یک پرسشنامه خودسنجی و ۲۰ سوالی است که برای ارزیابی ناگویی هیجانی مورد استفاده قرار می‌گیرد. نحوه نمره گذاری آن بر اساس طیف پنج درجه ای لیکرت (از نمره ۱ برای «کاملاً مخالفم» تا ۵ برای «کاملاً موافقم») می‌باشد. در این مقیاس با جمع نمرات ۲۰ سوال، یک نمره کلی برای مقیاس ناگویی عاطفی بدست می‌آید. در ضمن سوالات ۴، ۱۰، ۱۸ و ۱۹ به صورت معکوس نمره گذاری می‌شوند. حداقل و حداکثر نمره برای این مقیاس به ترتیب ۲۰ و ۱۰۰ می‌باشد (۲۹). نمره بین ۲۰ تا ۴۰ مشکل فرد در زمینه بیان و تشخیص احساسات کم است. نمره بین ۴۰ تا ۶۰ مشکل فرد در زمینه بیان و تشخیص احساسات متوسط است. نمره بالاتر از ۶۰ مشکل فرد در زمینه بیان و تشخیص احساسات زیاد است. اما برای هر خرده مقیاس به صورت تک تک نقطه برش تعیین نشده است



شکل ۱. مدل مفهومی مفروض شده (الگوی ساختاری افسردگی، اضطراب و استرس بر اساس ترومای کودکی و حمایت اجتماعی ادراک شده با میانجیگری ناگویی هیجانی در بیماران مبتلا به صرع)

روش تجزیه و تحلیل داده ها

و ۱۱/۸۵ سال حضور داشتند. در بین شرکت کنندگان ۱۳۹ نفر (۵۳/۷ درصد) مجرد، ۱۰۵ نفر (۴۰/۵ درصد) متأهل و ۱۵ نفر (۵/۸ درصد) از همسر خود جدا شده بودند. همچنین ۱۵ نفر (۵/۸ درصد) از شرکت کنندگان دانش آموز بودند و میزان تحصیلات ۸۲ نفر (۳۱/۷ درصد) زیر دیپلم، ۷۸ نفر (۳۰/۱ درصد) دیپلم، ۶۲ نفر (۲۳/۹ درصد) لیسانس و ۲۲ نفر (۸/۵ درصد) بالاتر از لیسانس بود. گفتنی است که میانگین و انحراف استاندارد سن ابتلاء به بیماری در بین شرکت کنندگان به ترتیب ۱۶/۲۲ و ۵/۲۱ سال بود. جدول ۱ میانگین، انحراف استاندارد و ضرایب همبستگی بین حمایت اجتماعی ادراک شده، ترومای کودکی، ناگویی هیجانی و پریشانی روان شناختی را نشان می دهد.

جدول ۱ ضرایب همبستگی بین متغیرها را نشان می دهد که بر اساس آن جهت همبستگی بین متغیرها منطبق بر انتظار و همسو با تئوری های حوزه پژوهش بود. در این پژوهش به منظور ارزیابی نرمال بودن توزیع داده های تک متغیری، کشیدگی و چولگی تک تک متغیرها و به منظور ارزیابی مفروضه همخطی بودن عامل تورم واریانس و ضریب تحمل مورد بررسی قرار گرفت که نتایج آن در جدول ۲ قابل ملاحظه است.

برای تحلیل داده های این پژوهش، روش های آمار توصیفی و استنباطی به کار رفت. در بخش آمار توصیفی از کمترین و بیشترین نمره، میانگین و انحراف معیار و در بخش آمار استنباطی از ضریب همبستگی پیرسون و ضریب تحمل و تورم واریانس مدل سازی معادلات ساختاری استفاده شد. سطح معناداری برای همه آزمونها ۰/۰۵ بود. برای آزمون برازش، مدل شاخص نکویی برازش مجذور کای با مقدار احتمال بزرگتر از ۰/۰۱، جذر برآورد واریانس خطای تقریب با نقطه برش کوچکتر از ۰/۸۰، شاخص نکویی برازش با نقطه برش بزرگتر از ۰/۹۰، شاخص ۳ تعدیل شده نکویی برازش با نقطه برش بزرگتر از ۰/۹۰، شاخص برازندگی تطبیقی با نقطه برش بزرگتر از ۰/۹۰ و شاخص نرم شده برازندگی با نقطه برش بزرگتر از ۰/۹۰ (۳۱) منطبق بر دیدگاه میرز و همکاران ضریب تحمل کمتر از ۰/۱ و ارزش عامل تورم واریانس بالاتر از ۱۰ نشان دهنده عدم برقراری مفروضه همخطی بودند (۳۲). با استفاده از نرافزارهای SPSS نسخه ۲۳ و amos نسخه ۲۶ به کار رفت.

#### یافته ها

در پژوهش حاضر ۱۴۴ زن (۵۵/۶ درصد) و ۱۱۵ مرد (۴۴/۴ درصد) مبتلاء به صرع با میانگین و انحراف استاندارد سنی ۳۷/۱۴

جدول ۱. ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش

متغیرهای تحقیق	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	۱۴
۱. حمایت اجتماعی- حمایت خانواده	-													
۲. حمایت اجتماعی- حمایت دوستان	۰/۶۱**	-												
۳. حمایت اجتماعی- حمایت دیگران	۰/۷۱**	۰/۵۷**	-											
۴. ترومای کودکی- سوء استفاده عاطفی	۰/۵۵**	۰/۴۶**	۰/۵۲**	-										
۵. ترومای کودکی- سوء استفاده فیزیکی	۰/۵۰**	۰/۳۲**	۰/۴۱**	۰/۷۱**	-									
۶. ترومای کودکی- سوء استفاده جنسی	۰/۴۱**	۰/۲۸**	۰/۴۳**	۰/۵۹**	۰/۶۴**	-								
۷. ترومای کودکی- غفلت عاطفی	۰/۴۹**	۰/۴۰**	۰/۵۱**	۰/۴۷**	۰/۳۶**	۰/۴۱**	-							
۸. ترومای کودکی- غفلت جسمی	۰/۴۰**	۰/۲۴**	۰/۳۶**	۰/۵۲**	۰/۴۷**	۰/۳۴**	۰/۳۴**	-						
۹. ناگویی هیجانی- دشواری در تشخیص	۰/۴۷**	۰/۴۳**	۰/۴۳**	۰/۴۷**	۰/۴۳**	۰/۴۱**	۰/۵۲**	۰/۳۶**	-					
۱۰. ناگویی هیجانی- دشواری در توصیف	۰/۴۲**	۰/۴۷**	۰/۴۰**	۰/۳۳**	۰/۲۷**	۰/۲۴**	۰/۴۴**	۰/۳۲**	۰/۷۳**	-				
۱۱. ناگویی هیجانی- تفکر عینی	۰/۳۹**	۰/۴۵**	۰/۴۱**	۰/۲۹**	۰/۲۶**	۰/۳۰**	۰/۳۸**	۰/۲۸**	۰/۵۲**	۰/۵۲**	-			
۱۲. پریشانی روان شناختی- افسردگی	۰/۵۳**	۰/۵۴**	۰/۵۷**	۰/۵۵**	۰/۵۰**	۰/۴۷**	۰/۵۰**	۰/۳۶**	۰/۶۵**	۰/۵۵**	۰/۵۰**	-		
۱۳. پریشانی روان شناختی- اضطراب	۰/۳۵**	۰/۲۶**	۰/۳۲**	۰/۳۸**	۰/۳۹**	۰/۴۱**	۰/۳۵**	۰/۲۸**	۰/۴۹**	۰/۲۷**	۰/۱۹**	۰/۴۵**	-	
۱۴. پریشانی روان شناختی- استرس	۰/۳۲**	۰/۵۰**	۰/۵۵**	۰/۵۷**	۰/۴۷**	۰/۵۱**	۰/۵۲**	۰/۳۶**	۰/۶۴**	۰/۴۹**	۰/۵۳**	۰/۷۸**	۰/۴۸**	-
میانگین	۱۲/۶۷	۱۱/۴۹	۱۲/۱۰	۵/۳۳	۴/۱۳	۳/۵۸	۶/۴۰	۶/۷۴	۱۸/۵۴	۱۴/۱۹	۲۳/۲۱	۸/۱۰	۵/۲۳	۸/۹۰
انحراف استاندارد	۳/۴۷	۳/۳۹	۳/۵۶	۲/۸۴	۲/۷۹	۲/۵۷	۲/۶۰	۲/۷۱	۵/۶۸	۴/۶۷	۵/۶۴	۲/۸۹	۲/۱۱	۲/۱۶
	۰/۰۱ > P** و ۰/۰۵ > P*													

پژوهش حاضر برقرار است. زیرا که مقادیر ضریب تحمل متغیرهای پیش بین بزرگتر از ۰/۱ و مقادیر عامل تورم واریانس هر یک از آنها کوچکتر از ۱۰ است.

جدول ۲ نشان می دهد که مقادیر کشیدگی و چولگی همه مؤلفه ها در محدوده  $\pm 2$  قرار دارد. این یافته بیانگر آن است که مفروضه نرمال بودن توزیع داده های تک متغیری برقرار است. علاوه براین جدول ۲ نشان می دهد که مفروضه همخطی بودن در بین داده های

جدول ۲. بررسی مفروضه های نرمال بودن و همخطی بودن

مفروضه همخطی بودن		مفروضه نرمال بودن		متغیر
تورم واریانس	ضریب تحمل	کشیدگی	چولگی	
۲/۶۴	۰/۳۸	-۱/۰۹	-۰/۳۱	حمایت اجتماعی- حمایت خانواده
۱/۹۵	۰/۵۱	-۱/۱۹	۰/۰۶	حمایت اجتماعی- حمایت دوستان
۲/۴۰	۰/۴۲	-۱/۲۶	۰/۰۵	حمایت اجتماعی- حمایت دیگران
۲/۷۱	۰/۳۷	-۰/۴۵	۰/۶۹	ترومای کودکی- سوء استفاده عاطفی
۲/۶۰	۰/۳۹	۰/۷۶	۱/۱۹	ترومای کودکی- سوء استفاده فیزیکی
۲/۰۲	۰/۴۹	-۰/۲۴	۱/۰۳	ترومای کودکی- سوء استفاده جنسی
۱/۷۱	۰/۵۹	-۰/۳۹	۰/۲۹	ترومای کودکی- غفلت عاطفی
۱/۵۸	۰/۶۳	۰/۳۸	۱/۰۳	ترومای کودکی- غفلت جسمی
۲/۷۷	۰/۳۶	-۱/۰۸	-۰/۰۳	ناگویی هیجانی- دشواری در تشخیص
۲/۴۶	۰/۴۱	-۰/۹۱	۰/۰۱	ناگویی هیجانی- دشواری در توصیف
۱/۶۱	۰/۶۲	-۰/۳۵	۰/۲۰	ناگویی هیجانی- تفکر عینی
-	-	-۰/۷۶	۰/۴۷	پیشانی روان شناختی - افسردگی
-	-	-۰/۰۳	۰/۷۱	پیشانی روان شناختی - اضطراب
-	-	-۰/۶۶	۰/۳۱	پیشانی روان شناختی - استرس

(ML) ارزیابی شد. جدول ۳ شاخص های برازندگی مدل پژوهش را نشان می دهد.

اگرچه منطبق بر نتایج جدول ۳ همه شاخص های برازندگی حاصل از تحلیل از برازش قابل قبول مدل با داده های گراوری شده حمایت نمودند ( $\chi^2/df=2/78$ ,  $CFI=0/938$ ,  $GFI=0/899$ ,  $RMSEA=0/083$ ). با وجود این به دنبال ارزیابی شاخص های اصلاح و با هدف حصول شاخص های برازندگی قوی تر با ایجاد کوواریانس بین خطاهای نشانگرهای سوء استفاده فیزیکی و غفلت عاطفی مدل اصلاح شد ( $\chi^2/df=2/52$ ,  $CFI=0/948$ ,  $AGFI=0/865$ ,  $GFI=0/910$ ,  $RMSEA=0/077$ ). شکل ۱ پارامترهای استاندارد در مدل ساختاری پژوهش را نشان می دهد.

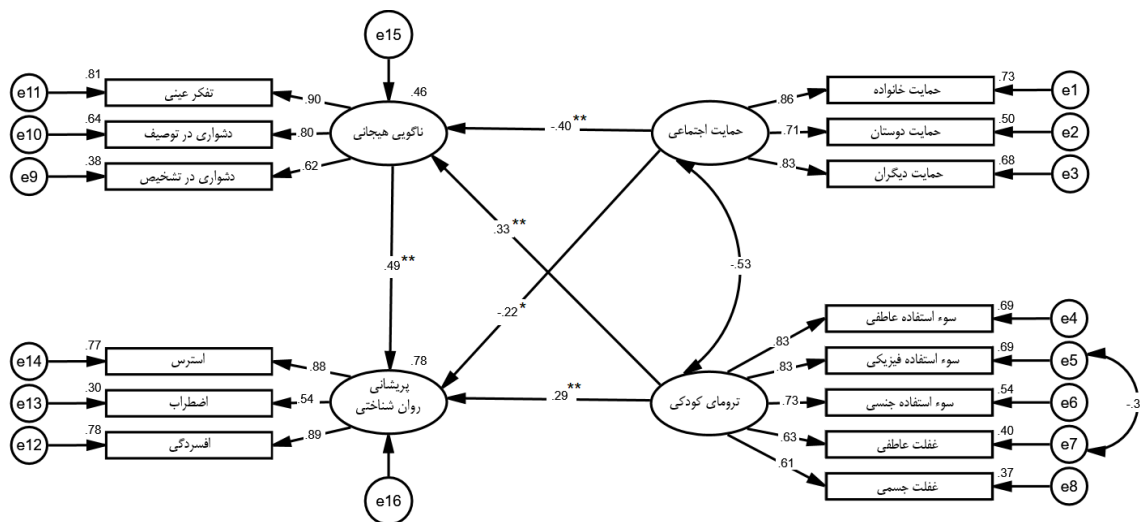
در این تحقیق به منظور ارزیابی برقراری یا عدم برقراری مفروضه نرمال بودن توزیع چند متغیری، از تحلیل اطلاعات مربوط به « فاصله مهلنوبایس » استفاده شد. مقادیر چولگی و کشیدگی اطلاعات مربوط به فاصله مهلنوبایس به ترتیب برابر با ۱/۱۸ و ۱/۲۳ به دست آمد که نشان می دهد، ارزش مقادیر چولگی و کشیدگی اطلاعات مزبور در محدوده  $\pm 2$  قرار دارد. این یافته بیانگر برقراری مفروضه نرمال بودن توزیع داده های چند متغیری در بین داده هاست.

تحلیل مدل

چگونگی برازش مدل با استفاده از روش مدل یابی معادلات ساختاری، نرم افزار AMOS 26.0 و برآورد بیشینه احتمال

جدول ۳. شاخص های برازش مدل پژوهش

شاخص های برازندگی	مدل اولیه	مدل اصلاح شده	نقطه برش
مجذور کای	۱۹۷/۶۳	۱۷۶/۱۵	-
درجه آزادی مدل	۷۱	۷۰	-
$\chi^2/df$	۲/۷۸	۲/۵۲	کمتر از ۳
GFI	۰/۸۹۹	۰/۹۱۰	۰/۹۰ >
AGFI	۰/۸۵۰	۰/۸۶۵	۰/۸۵۰ >
CFI	۰/۹۳۸	۰/۹۴۸	۰/۹۰ >
RMSEA	۰/۰۸۳	۰/۰۷۷	۰/۰۸ <



شکل ۱: پارامترهای استاندارد در مدل ساختاری پژوهش

جدول ۴ نشان می دهد که ضریب مسیر بین ناگویی هیجانی و پریشانی روان شناختی ( $\beta=0/488, P=0/001$ ) مثبت و معنادار است. ضریب مسیر کل بین ترومای کودکی ( $\beta=0/454, P=0/001$ ) با پریشانی روان شناختی مثبت و ضریب مسیر کل بین حمایت اجتماعی ادراک شده با پریشانی روان شناختی ( $P=0/001, \beta=-0/412$ ) منفی و معنادار بود. ضریب مسیر غیر مستقیم بین ترومای کودکی ( $\beta=0/160, P=0/001$ ) با پریشانی روان شناختی مثبت و ضریب مسیر غیر مستقیم بین حمایت اجتماعی ادراک شده با پریشانی روان شناختی ( $\beta=-0/217, P=0/001$ ) منفی و معنادار بود.

همچنان که شکل ۱ نشان می دهد در مدل پژوهش فرض شده بود که حمایت اجتماعی ادراک شده و ترومای کودکی هم به صورت مستقیم و هم با میانجیگری ناگویی هیجانی بر پریشانی روان شناختی بیماران مبتلا به صرع اثر دارد. هر چهار متغیر مکنون بوده و فرض شده بود که به وسیله نشانگرهای خود اندازه گیری می شوند. شکل ۱ نشان می دهد که مجموع مجذور همبستگی های چندگانه ( $R^2$ ) برای متغیر پریشانی روان شناختی برابر با  $0/78$  به بدست آمده است، این موضوع بیانگر آن است که ناگویی هیجانی، ترومای کودکی و حمایت اجتماعی ادراک شده در مجموع ۷۸ درصد از واریانس پریشانی روان شناختی را در مبتلایان به صرع تبیین می کند. در ادامه جدول ۴ ضرایب مسیر در مدل ساختاری را نشان می دهد.

جدول ۴: ضرایب مسیر مستقیم و غیر مستقیم بین متغیرهای پژوهش در مدل ساختاری

مسیر	متغیرهای مکنون	b	S.E	$\beta$	p
مستقیم	ترومای کودکی ← ناگویی هیجانی	0/282	0/100	0/326	0/001
	حمایت اجتماعی ← ناگویی هیجانی	-0/365	0/129	-0/400	0/001
	ناگویی هیجانی ← پریشانی روان شناختی	0/729	0/113	0/488	0/001
	ترومای کودکی ← پریشانی روان شناختی	0/380	0/125	0/294	0/001
غیر مستقیم	حمایت اجتماعی ← پریشانی روان شناختی	-0/296	0/143	-0/217	0/043
	ترومای کودکی ← پریشانی روان شناختی	0/206	0/081	0/160	0/001
کل	حمایت اجتماعی ← پریشانی روان شناختی	-0/267	0/097	-0/195	0/001
	ترومای کودکی ← پریشانی روان شناختی	0/586	0/147	0/454	0/001
	حمایت اجتماعی ← پریشانی روان شناختی	-0/562	0/161	-0/412	0/001

را به صورت منفی و معنادار میانجیگری می کند. نتیجه پژوهش حاضر با پژوهش های Farris (۲۰۲۳) و Kedare & Baliga (۸). همخوانی دارد.

در تبیین یافته می توان بیان نمود که و مطالعات نشان داده اند که بیماران مبتلا به صرع به شدت از اختلالاتی همچون اضطراب، وسواس و ترس مرضی رنج میبرند. اضطراب و استرس های روانی از عوامل افزایش دهنده خطر خودکشی در بیماران مبتلا به صرع

### نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی ارائه الگوی ساختاری افسردگی، اضطراب و استرس بر اساس ترومای کودکی و حمایت اجتماعی ادراک شده با میانجیگری ناگویی هیجانی در بیماران مبتلا به صرع صورت گرفت. ناگویی هیجانی اثر ترومای کودکی بر افسردگی، اضطراب و استرس را به صورت مثبت و اثر حمایت اجتماعی ادراک شده بر افسردگی، اضطراب و استرس در مبتلایان به صرع

بروز افسردگی شناخته شده‌اند و گزارش‌های بیولوژیکی افسردگی بر تعامل بین فرایندهای بیولوژیکی و عوامل استرس‌زای محیطی برای تعیین نتایج فردی تأکید دارند (۱۳). کودک که به نوعی آسیب‌پذیر است با مراقبین روبروست که هیجانات وی را نامعتبر دانسته و یا به طور مکرر وی را مجازات می‌کنند.

یافته بعدی پژوهش رابطه حمایت اجتماعی و اضطراب و استرس تأیید شد و این یافته با نتایج پژوهش عبدی زین و همکاران (۳۶) همخوانی دارد و در تبیین آن می‌توان بیان نمود که حمایت اجتماعی ادراک شده، عاملی است که تأثیرات زیادی بر وضعیت جسمی و روانی افراد آسیب دیده از شرایط آسیب‌زا دارد و به عنوان یک عامل تعدیل کننده مؤثر در مقابله با این شرایط عمل میکند اینگونه حمایت‌ها از طرف دوستان، خانواده و سایرین، زمینه ساز سلامت روانی، بهزیستی روانشناختی و کاهش فشار روانی در افراد آسیب دیده شده و تعلق خاطر و پذیرش کمک از طرف دیگران را موجب می‌گردد (۱۹).

یافته چهارم پژوهش نشان داده که بین رابطه ناگویی هیجانی و افسردگی، اضطراب و استرس تأیید شد. نتیجه پژوهش حاضر با پژوهش‌های صفایی راد و همکاران (۳۷) و فاریس و همکاران (۳۲) همخوانی دارد. در تبیین این یافته می‌توان بیان نمود که افراد مبتلابه صرع به دلیل ماهیت ناتوان کننده و شدت حیات صرع نوعی گوش به زنگی و حساسیت نسبت به شروع و عود علائم جسمانی صرع دارند. از سوی دیگر حساسیت اضطرابی واکنش به علائم شناختی یا جسمانی مرتبط با صرع را افزایش دهد (۱۷). بررسی‌ها نشان داده است که مشکلات تنظیم هیجان به افزایش سطح منفی احساسات در اختلال افسردگی می‌انجامد و سطح بالاتری از هیجانات مثبت به عنوان محافظی در برابر افسردگی عمل می‌کند. همین نظرهای عاطفی فرض می‌کنند که افراد افسرده روحیه‌ای منفی داشته و معمولاً راهبردهای ناسازگار تنظیم احساسات را به کار می‌برند شناسایی عوامل مرتبط، با افسردگی نقش تعیین کننده در کاهش خطر این اختلال دارد (۱۸).

همچون سایر پژوهش‌های علوم رفتاری پژوهش حاضر نیز با محدودیت‌های مواجه بود. از جمله می‌توان یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر مصرف داروهای ضد صرع در شرکت کنندگان پژوهش می‌باشد و احتمال دارد که بر نتیجه پژوهش اثر گذاشته باشد. یکی دیگر از محدودیت‌های پژوهش مشخص نکردن نوع صرع شرکت کنندگان و همچنین شدت بیماری شرکت کنندگان می‌باشد. یکی دیگر از محدودیت‌های پژوهش جنسیت و سن نیز در این پژوهش کنترل نشده است.

نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه حاکی از این مطلب است که ناگویی هیجانی بر ترومای کودکی بر پریشانی روان شناختی را به صورت مثبت اثر می‌گذارد. متخصصان در زمینه پیشگیری و درمان همزمان با تکیه بر جنبه‌های جسمی بر جنبه‌های روانشناختی مؤثر در صرع نیز از طریق ارائه خدمات روانشناختی و روان‌درمانی مبتنی بر تنظیم هیجانات و کاهش

است (۱۲). برخی مطالعات نقش حمله صرع را در ایجاد این مشکل نشان داده‌اند، اضطراب ممکن است نتیجه غیرقابل پیش بودن حملات تشنجی، کاهش فعالیت‌های طبیعی، خود بی‌ارزشی یا طرد از اجتماع نتایج پژوهش و فاریس (۳۲) نشان می‌دهند افراد مبتلابه صرع سطوح بالاتری از حساسیت اضطرابی را تجربه می‌کنند. افراد مبتلابه صرع به دلیل ماهیت ناتوان کننده و شدت حملات صرع نوعی گوش به زنگی و حساسیت نسبت به شروع و عود علائم جسمانی صرع دارند. از سوی دیگر حساسیت اضطرابی واکنش به علائم شناختی یا جسمانی مرتبط با صرع را افزایش دهد (۱۰). حمایت اجتماعی ادراک شده، عاملی است که تأثیرات زیادی بر وضعیت جسمی و روانی افراد آسیب دیده از شرایط آسیب‌زا دارد و به عنوان یک عامل تعدیل کننده مؤثر در مقابله با این شرایط عمل میکند اینگونه حمایت‌ها از طرف دوستان، خانواده و سایرین، زمینه ساز سلامت روانی، بهزیستی روانشناختی و کاهش فشار روانی در افراد آسیب دیده شده و تعلق خاطر و پذیرش کمک از طرف دیگران را موجب می‌گردد (۱۹). حمایت اجتماعی ادراک شده با سلامت روانی، رابطه معنی دار داشته و افرادی که از حمایت اجتماعی ادراک شده بالاتری برخوردارند وضعیت سلامت روانی بهتری دارند (۲۰). شناسایی عوامل مرتبط، با افسردگی نقش تعیین کننده در کاهش خطر این اختلال دارد (۲۱). مورگان (۳۴) معتقد است تلاش در جهت دستیابی افراد به سازگاری از اهداف اصلی است تا افراد عملکرد بهتری در زندگی شخصی و تحصیلی در آینده داشته باشند. حال با توجه به پیامدهای نامطلوب صرع و تأثیرات گسترده آن بر روند زندگی فردی و اجتماعی کودک و اینکه می‌تواند زندگی آینده فرد را به تباهی بکشاند و آسیب‌های اجتماعی، تحصیلی، و هیجانی جبران‌ناپذیری به دنبال داشته باشد؛ طی پژوهش‌های گذشته نشان داده شد که تعدادی از مشکلات هیجانی ویژه در افراد دچار صرع با فراوانی بیشتری مشاهده می‌شود، ابتلابه یک نوع از صرع می‌تواند عاملی خطرآفرین، برای تحول مشکلات هیجانی باشد (۱۶).

دومین فرضیه پژوهش حاضر رابطه ترومای کودکی افسردگی، اضطراب و استرس تأیید شد و این یافته با نتایج پژوهش هامفریس و همکاران (۳۵) همسو می‌باشد. در تبیین می‌توان بیان نمود که اضطراب به عنوان یک اختلال روانی باعث مختل شدن زندگی فرد و کاهش کیفیت زندگی می‌گردد و گزارش شده است که ابتلا به اضطراب در افراد مبتلا به صرع بیشتر از جمعیت عمومی است (۸). به طوری که اضطراب است می‌تواند به طور مستقیم فرکانس تشنج را از طریق مکانیسم کمبود خواب افزایش دهد (۱۴) بر طبق نظریه ی رشد عصبی، میزان انعطاف‌پذیری مغز در طول رشد متفاوت است؛ به طوری که تروما در طی دوره‌های حساس رشد عصبی ممکن است باعث تغییر عملکرد مغز شده و اثر واکنش‌های فیزیولوژیکی بعدی به استرس را ماندگارتر کرده و فرد را مستعد افسردگی نماید. بر طبق آنچه که الگوی اپی ژنتیک نامیده می‌شود عوامل استرس‌زای محیطی در کنار ویژگی‌های ژنتیکی به عنوان عوامل انکارناپذیر در

retrospective analysis of seizure frequency. *Epilepsy Behav*; 2018. 23(3); 266-71

2. Sayehmiri, K., Tavan, H., Sayehmire, F., Mohamadi, I Prevalence of Epilepsy in Iran Using MetaAnalysis and Systematic Review. *Journal of Zanjan university of medical sciences*; 2015. 23(97): 112-121. [In Persian]

3. Dehghani Firuzabadi, M., Mohammadifard, M., Mirgholami, A., Sharifzadeh, GR., Mohammadifard, M. MRI findings and clinical symptoms of patients with epilepsy referring to Valli-e-asr hospital between 2009 and 2010. *Journal of Birjand University of Medical Sciences*; 2013. 19(4): 422- 429. [In Persian]

4. Bolheri, G. How to deal with the psychological and social consequences of epilepsy. *Epilepsy and Health*. 2012. 10(38): 12-13. [In persian]

5. Haji, A., Karimi, Q. The role of worry, uncertainty and social stigma in predicting self-efficacy and quality of life in patients with epilepsy. *Journal of Health and Care*; 2015. 17(3) 187-197.

6. Lopez MR, Schachter SC, Kanner AM.(2019). Psychiatric comorbidities go unrecognized in patients with epilepsy: “You see what you know” .*Epilepsy Behav*;98(Pt B):302-305.

7. Brandner, S. Schroeter, S. Çalışkan, G. Salar, S. Kobow, K. Coras, R. Blümcke, I. Hamer, H. Schwarz, M. Buchfelder, M & Maslarova, A.(2022). Glucocorticoid modulation of synaptic plasticity in the human temporal cortex of epilepsy patients: Does chronic stress contribute to memory impairment?. *Epilepsia (Copenhagen)*, Vol.63 (1), p.209-221.

8. Kedare, J & Baliga, S.(2022). Management of psychiatric disorders in patients of epilepsy. *Indian journal of psychiatry*, Vol.64 (8), p.319-329.

9. Seagal, Z. V., Wiliams, J. M., &Teasdal, J. D Mindfulness Base Cognitive Therapy For. Depression. A New

استرس توجه نمایند. برگزاری دوره‌های آموزشی و همایش های گروهی برای بیماران به جهت آشنایی با بیماری و ارتباط مابین بیماران و گسترش شبکه حمایت اجتماعی با هدف تغییر باورهای منفی بیماران نسبت به بیماری و اضطراب ناشی از آن نیز پیشنهاد می شود. برنامه‌های پیشگیرانه و مداخلات شناختی رفتاری مصروعین برای افزایش درک حمایت اجتماعی شرکت کنندگان استفاده گردد. این برنامه‌ها در مراکز مشاوره و رواندرمانی به ویژه مراکز و انجمن مصروعین قابل اجراست.

#### ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق در پژوهش

کلیه آزمودنی‌ها اطلاعاتی در مورد پژوهش دریافت کردند. این اطمینان به آنان داده شد که تمام اطلاعات محرمانه خواهد ماند و فقط برای امور پژوهشی مورد استفاده قرار می‌گیرد. به منظور رعایت حریم خصوصی، مشخصات آزمودنی‌ها ثبت نشد. در پایان از همه آنان رضایت آگاهانه دریافت شد. این پژوهش در سامانه اخلاق علوم پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران با کد اخلاق IR.IUA.TMU.REC.1399.491 می‌باشد.

#### مشارکت نویسندگان

معصومه محمدبیگی و افسانه طاهری و خدیجه ابوالمعالی: در انتخاب موضوع، طراحی مطالعه و تعریف مفاهیم نقش داشتند. جستجوی ادبیات و پیشینه پژوهشی توسط همه نویسندگان انجام گرفت. معصومه محمدبیگی نسبت به جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل داده‌ها اقدام کرد. نگارش و تهیه پیش‌نویس: دکتر کوروش فرگوزلی. همه نویسندگان نتایج را مورد بحث قرار داده و در تنظیم و ویرایش نسخه نهایی مقاله مشارکت داشتند.

#### منابع مالی

برای انجام این پژوهش از هیچ سازمانی کمک مالی دریافت نشده است.

#### تشکر و قدردانی

بدینوسیله از مدیر انجمن صرع ایران و کلیه کارکنان انجمن و بیماران مبتلا به صرع که در این پژوهش ما را یاری کردند، کمال تشکر را داریم.

#### تعارض منافع

نویسندگان مقاله حاضر هیچ‌گونه تعارض منافی را گزارش نکرده‌اند.

#### References

1. Michaelis, R., Schonfeld, W. and ELSas, S. M. Trigger selfcontrol and seizure arrest in the Andrews/Reiter behavioral approach to epilepsy: a

Individual Differences Volume 43, Issue 1, July 2007, Pages 119-129  
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2006.11.013>

17. Zebardast A, Shafieetabar M. Positive and Negative Affect, Cognitive Emotion Regulation Strategies, and Alexithymia in Girls with Migraine Headache. *Tandfonline*. 2019; 6(2): 180-193. [In Persian]

18. Landvatter, J.D. Uchino, B.N. Smith, T.W & Bosch, J.A. Partner's Perceived Social Support Influences Their Spouse's Inflammation: An Actor-Partner Analysis. *International journal of environmental research and public health*, 2022.Vol.19 (2), p.1-9.

19. Xie, C-S & Kim, Y. Post-Traumatic Growth during COVID-19: The Role of Perceived Social Support, Personality, and Coping Strategies. *Healthcare (Basel)*, 2022 Vol.10 (2), p.1-17.

20. Abdi Zarin, Sohrab. Shahmoradi, Ruqiya and Jafari, Zahra. Predicting work-family conflict based on irrational beliefs and perceived social support. *Roish psychology*, 10th year, 2022.number 1 (58 consecutive); Page 24-15.

21. Cuff, T. Markoligher, J.E. *Fundamentals of Structural Equation Modeling*. Isanlou, B. Deghani, M. Habibi Asgarabadi, M. Rushd Publications. First edition (2013). Tehran

22. Lovibond P. F, & Lovibond S. H. The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 1995: 33, 335-342 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7726811/>.

23. Samani Siamak, Jokar Bahram. Investigating the validity and reliability of the short form of depression, anxiety and psychological stress scale. *Social and human sciences of Shiraz University [Internet]*. 2016; 26(3 (52 consecutive)

*Approach To Preventing Relaps*. New York: Guilfordprss, 2018 86(2); 200-204.

10. Panagariya A, Sharma B, Dubey P, Satija V, Rathore M. Prevalence, demographic profile, and psychological aspects of epilepsy in North-Western India: a community-based observational study. *Annals of neurosciences*. 2018;25(4):177-86.

11. Anand, D., Paquette, C., Bartuska, A., & Daughters, S. B. Substance type moderates the longitudinal association between depression and substance use from pre-treatment through a 1-year follow-up. *Drug and alcohol dependence*, 2019.164(1), 87-94.

12. Ergelen, M., Yalçın, M., & Bilici, R.. The comparison of violence, and the relationship with childhood trauma in Turkish men with alcohol, opiate, and synthetic cannabinoid use disorder. *Neuropsychiatric disease and treatment* , 2018 . 14, 3169-3187.

13. Shakibai Priya, Qayyomi Parinaz 2022. The effectiveness of cognitive therapy based on mindfulness on the level of anxiety and the quality of life of women with opioid use disorder. *Scientific Quarterly Journal of Addiction Research* 16 (63) .379-359

14. Hosoi M, Molton I R, Jensen M P, Ehde D M, Amtmann S, Brien'O S, & et al. Relationships among Alexithymia and pain intensity Pain interference and validity in persons with neuro muscular disease: Considering the effect of negative affectivity. *Pain*. 2010; 149(2): 273-7.

15. Lyvers M, Mayer K, Needham K, & Thorberg FA. Parental bonding, adult attachment, and theory of mind: A developmental model of alexithymia and alcoholrelated risk. *Journal of Clinical Psychology*, 2019; 75(7): 1288-1304

16. De Rick ,A. Vanheule,S. Alexithymia and DSM-IV personality disorder traits in alcoholic inpatients: A study of the relation between both constructs. *Personality and*

- Reports, 2007:102, 259-270. <https://doi.org/10.2466/pr0.102.1.259-270>
31. Hooman HA. Structural equation modeling with LISREL application. Tehran: Samat Publications; 2006. [Persian]
32. Meyers L.S , Gamest G., & Goarin A.J. Applied multivariate research, design and interpretation, Thousand oaks. London. New Deihi, Sage publication.2006.
33. Farris S G, Burr E K, Abrantes A M, Thomas J G, Godley F A, Roth J L, Lipton R B, Pavlovic J M & Bond D S. Anxiety Sensitivity as a Risk Indicator for Anxiety, Depression, and Headache Severity in Women with Migraine. *Headache*. 2019; 59(8): 1212-1220
34. Murugan, P. V. (2017). Mental health and adjustment of higher secondary school students. *Journal on Educational Psychology*, 11(2), 29-35. <https://eric.ed.gov/?id=EJ1169547>
35. Humphreys, K. L., LeMoult, J., Wear, J. G., Piersiak, H. A., Lee, A., & Gotlib, I. H. Child maltreatment and depression: A meta -analysis of studies using the Childhood Trauma Questionnaire. *Child abuse & neglect*, 2020. 102, 104361, 1 -19
36. Abdi Zarin Sohrab, Nikkhah Siroi Zahra. Psychological well-being: The role of differentiation, emotional dyslexia, and self-efficacy. *Journal of Cognitive Psychology and Psychiatry* 2021; 8 (3): 13-24
37. Safaei Rad I, Gholamali Lavasani M, Afrooz G. Investigating the structural pattern of relationship between personality characteristics and creativity by mediating role of marital satisfaction, social adjustment, and mental health. *Quarterly Journal of Child Mental Health*. 2019; 6(1): 223-238.
- (special letter of educational sciences)): 65-76. <http://ensani.ir/file/download/article/20110226133758>
24. Bernstein D. P, Stein J. A, Newcomb M. D, Walker E, Pogge D, Ahluvalia T, & Zule W. Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse and Neglect*,2003: 27 (2), 169-190. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12615092>.
25. Garrusi B, & Nakhaee N. Validity and reliability of a persian version of the childhood trauma questionnaire. *Psychological Reports*,2009: 104, 509 - 516.[http://doi.org/10.2466/PR0.104.2.509 - 516](http://doi.org/10.2466/PR0.104.2.509-516)
26. Gregory D. Zimet,Nancy W. Dahlem,Sara G. Zimet &Gordon K. Farley. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment* Volume 52, 1988 - Issue 1 [https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1207/s15327752jpa5201\\_2](https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1207/s15327752jpa5201_2)
27. Basharat, M. A. Psychometric characteristics and factor structure of the multidimensional scale of perceived social support. Research report, University of Tehran.2007. <https://www.sid.ir/paper/516322/fa>
28. Bagby R. M, Taylor G. J, & Parker J. D. A. The Twenty-Item Toronto Alexithymia Scale -- II. Convergent, discriminant, and concurrent validity. *Journal of Psychosomatic Research*, 1994:38, 33-40
29. Besharat M. A. Reliability and factorial validity of a Farsi version of the Toronto Alexithymia Scale with a sample of Iranian students. *Psychological Reports*,2007 101, 209-220.
30. Besharat M. A. Assessing reliability and validity of the Farsi version of the Toronto Alexithymia Scale in a sample of substance-using patients. *Psychological*