

Structural Model of Predicting Physical Symptoms Based on Alexithymia, Childhood Trauma, and Perceived Social Support with the Mediation of Depression, Anxiety, and Stress in Patients with Epilepsy

Mohammad Bigi M¹, *Taheri A², Abol-Maali Kh³, Gargozli K⁴

Author Address

1. PhD Student in Clinical Psychology, Roudhen Branch, Islamic Azad University, Roudhen, Iran;
2. Assistant Professor of Psychology, Rudehen Unit, Islamic Azad University, Rudehen, Iran;
3. Associate Professor Faculty of Psychology, North Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran University, Tehran, Iran;
4. Professor of Brain and Nervous Diseases, Shahid Beheshti University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran.

Corresponding Author Email: a2_taheri@yahoo.com

Received: 2023 March 10; Accepted: 2023 April 17

Abstract

Background & Objectives: Epilepsy is a common neurological disorder characterized by frequent and spontaneous seizures that are poorly controlled with current medications. This disease can occur in any age, race, and social class. One of the psychosomatic diseases that can occur in patients with epilepsy is somatization symptom disorder. The factors affecting somatization symptoms in these patients may include alexithymia, childhood trauma, and perceived social support. In psychology, the occurrence of any phenomenon is associated with several factors; perhaps anxiety, depression, and stress are among the factors that can directly or indirectly affect the relationship between physical symptoms and alexithymia, childhood trauma, and perceived social support. So, this study aimed to provide a structural model of physical symptoms based on alexithymia, childhood trauma, and perceived social support with the mediation of depression, anxiety, and stress in patients with epilepsy.

Methods: This study was descriptive in terms of its application and correlational in terms of method. A total of 260 required subjects were estimated for this study. In this research, there were 7 paths, 3 covariance errors, 11 indicator errors, 2 endogenous errors of mediating variables, and 3 subscales of mediating variables. Thus, there are 26 parameters, and 10 subjects were needed for each parameter. We used simple random sampling; the samples were selected by lottery from the list of patients who are members of the Iranian Epilepsy Association. The inclusion criteria were as follows: informed consent, the right to withdraw from the continuation of the research, and the ability to read and write. The exclusion criterion was not completing the questions of the research questionnaires. The research tools included the Patient Health Questionnaire (Kroenke et al., 2002), the Toronto Alexithymia Scale-20 (Bagby et al., 1994), the Childhood Trauma Questionnaire (Bernstein et al., 2003), the Multidimensional Scale of Perceived Social Support (Zimet et al., 1988), and the Depression Anxiety Stress Scale- Short Form (Lovibond & Lovibond, 1995). Data analysis was done by descriptive and inferential statistics. In the descriptive statistics section, the lowest and highest scores, mean, and standard deviation were calculated. In the inferential statistics section, the Pearson correlation coefficient, tolerance coefficient, variance inflation, and structural equation modeling were performed. SPSS version 23 and AMOS version 26 software were used in this research. The significance level for all tests was set at 0.05.

Results: Results showed that the sum of squared multiple correlations (R^2) for the variable of physical symptoms was equal to 0.69. This value indicates that emotional dyslexia, childhood trauma, perceived social support, depression, anxiety, and stress explain 69% of the variance of physical symptoms in people with epilepsy. The total path coefficient between alexithymia and physical symptoms was positive and significant ($p=0.001$, $\beta=0.381$), and the total path coefficient between childhood trauma and physical symptoms was also positive and significant ($p=0.001$, $\beta=0.269$). The path coefficient between perceived social support and physical symptoms was negative and significant ($p=0.001$, $\beta=-0.276$). The direct path coefficient between depression, anxiety, and stress with physical symptoms was positive and significant ($p=0.002$, $\beta=0.356$). The indirect path coefficient between alexithymia and physical symptoms was positive and significant ($p=0.001$, $\beta=0.174$), and the indirect path coefficient between childhood trauma and physical symptoms was positive and significant ($p=0.004$, $\beta=0.103$). The indirect path coefficient between perceived social support and physical symptoms was negative and significant ($p=0.043$, $\beta=-0.078$). The fit indices were all acceptable ($\chi^2/df=2.31$, CFI=0.956, GFI=0.919, AGFI=0.877, RMSEA=0.071).

Conclusion: According to the results, alexithymia, childhood trauma, and perceived social support have a significant relationship with physical symptoms. On the other hand, the mediating role of depression, anxiety, and stress in the relationship between alexithymia, childhood trauma, and perceived social support with physical symptoms is confirmed.

Keywords: Depression, Anxiety and stress, Childhood trauma, Perceived social support, Physical symptoms, Alexithymia.

الگوی ساختاری علائم جسمانی براساس ناگویی هیجانی، ترومای کودکی و حمایت اجتماعی ادراک شده با میانجیگری افسردگی، اضطراب و استرس در بیماران مبتلا به صرع

معصومه محمد بیگی^۱، *افسانه طاهری^۲، خدیجه ابوالعمالی^۳، کوروش قرگوزلی^۴

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی بالینی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران؛
 ۲. استادیار روان‌شناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران؛
 ۳. دانشیار دانشکده روان‌شناسی، واحد تهران شمال، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران؛
 ۴. استاد بیماری‌های مغز و اعصاب، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران.
- *ارایانامه نویسنده مسئول: a2_taheri@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۹ اسفند ۱۴۰۱؛ تاریخ پذیرش: ۲۸ فروردین ۱۴۰۲

چکیده

زمینه و هدف: صرع، اختلال عصبی شایع است که با حملات صرعی مکرر و خودبه‌خود مشخص می‌شود و با داروهای فعلی نمی‌توان آن را به‌خوبی کنترل کرد. هدف پژوهش حاضر، ارائه الگوی ساختاری علائم جسمانی براساس ناگویی هیجانی و ترومای کودکی و حمایت اجتماعی ادراک‌شده با میانجیگری افسردگی و اضطراب و استرس در بیماران مبتلا به صرع بود.

روش بررسی: پژوهش حاضر از لحاظ روش از نوع مطالعات همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش را تمامی بیماران مبتلا به صرع ایران در سال ۱۴۰۱-۱۴۰۰ تشکیل دادند. روش نمونه‌گیری، تصادفی ساده و تعداد نمونه ۲۶۰ نفر بود. برای جمع‌آوری داده‌ها، پرسش‌نامه سلامت بیمار (کرونکه و همکاران، ۲۰۰۲)، مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو-۲۰ (بگی و همکاران، ۱۹۹۴)، پرسش‌نامه ترومای کودکی (برنشتاین و همکاران، ۲۰۰۳)، مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک‌شده (زیمت و همکاران، ۱۹۸۸) و فرم کوتاه مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (لاویباند و لاویباند، ۱۹۹۵) به‌کار رفت. برای تحلیل داده‌ها، ضریب همبستگی پیرسون، ضریب تحمل، تورم واریانس و مدل‌سازی معادلات ساختاری به‌کار رفت. داده‌ها در نرم‌افزارهای آماری SPSS نسخه ۲۴ و AMOS نسخه ۲۶ تجزیه و تحلیل شد. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ بود.

یافته‌ها: براساس نتایج، ضرایب مسیر غیرمستقیم بین ناگویی هیجانی و علائم جسمانی ($\beta=۰/۱۷۴$ ، $p=۰/۰۰۱$) و بین ترومای کودکی و علائم جسمانی ($p=۰/۰۰۴$)، $\beta=۰/۱۰۳$) با میانجیگری افسردگی و اضطراب و استرس، مثبت و معنادار بود. ضریب مسیر غیرمستقیم بین حمایت اجتماعی ادراک‌شده و علائم جسمانی با میانجیگری افسردگی و اضطراب و استرس، منفی و معنادار بود ($\beta=-۰/۰۷۸$ ، $p=۰/۰۴۳$). شاخص‌های برازش همگی در سطح مناسبی قرار داشتند ($\chi^2/df=۲/۳۱$ ، $CFI=۰/۹۵۶$ ، $RMSEA=۰/۰۷۱$ ، $AGFI=۰/۸۷۷$ ، $GFI=۰/۹۱۹$).

نتیجه‌گیری: باتوجه به یافته‌های پژوهش، ناگویی هیجانی و ترومای کودکی و حمایت اجتماعی ادراک‌شده با علائم جسمانی رابطه معناداری دارند؛ ازطرفی نقش میانجی افسردگی و اضطراب و استرس در ارتباط بین ناگویی هیجانی و ترومای کودکی و حمایت اجتماعی ادراک‌شده با علائم جسمانی تأیید می‌شود. **کلیدواژه‌ها:** افسردگی، اضطراب و استرس، ترومای کودکی، حمایت اجتماعی ادراک‌شده، علائم جسمانی، ناگویی هیجانی.

اختلال صرع^۱، اختلال مغزی است که نه تنها منجر به تشنج می‌شود، بلکه پیامدهای عصبی و شناختی و روانی-اجتماعی نیز به همراه دارد (۱). همچنین صرع، اختلالی در شبکه‌های مغزی است (۲). این بیماری در نزدیک به ۷۰ میلیون نفر در سراسر جهان دیده می‌شود. نود درصد افراد مبتلا به صرع مربوط به کشورهای در حال توسعه است (۳). اختلالات روان‌پزشکی در بیماران مبتلا به صرع بیشتر از جمعیت عادی مشاهده می‌شود. همچنین در مطالعات جمعیتی مختلف شیوع اختلالات روان‌پزشکی افسردگی، اضطراب، جسمانی‌سازی، پرخاشگری، اضطراب اجتماعی، اختلال وسواس فکری-اجباری، روان‌پریشی، حساسیت بین‌فردی و افکار پارانوئید، گزارش شده است (۱).

یکی از بیماری‌های روان‌تنی که می‌تواند در بیماران مبتلا به صرع رخ دهد، اختلال علائم جسمانی‌سازی^۲ است و از دلایل شایع‌تر مراجعه به پزشک به‌شمار می‌رود. این اختلال شامل علائم جسمانی است که با سایر اختلالات روانی مرتبط نیست یا نمی‌تواند از نظر پزشکی در رابطه با وضعیت پزشکی عمومی بیمار توضیح داده شود (۴). جسمانی‌سازی به‌منزله گرایش به نشان دادن درد یا علائم جسمی تعریف شده است که هیچ توضیح طبی مناسب و مطابق با یافته‌های آسیب‌شناسی برای آن وجود ندارد (۵). جسمانی‌سازی اغلب با آسیب‌های روانی فرد مانند قرارگرفتن در معرض خشونت در جامعه و خانواده و بدرفتاری با وی همراه است؛ همچنین هنگامی که طولانی‌مدت شود، به توجه ویژه نیاز دارد و منجر به مراجعه‌های پزشکی غیرضروری، روش‌های ارزیابی و درمان‌هایی می‌شود که خطر ابتلا به بیماری را افزایش می‌دهد (۶).

شاید بتوان یکی از عوامل مؤثر بر علائم جسمانی‌سازی را وجود ناگویی هیجانی^۳ در این بیماران دانست؛ زیرا ناگویی هیجانی، ویژگی شخصیتی چندبُعدی است که شامل مشکل در شناسایی احساسات و مشکل در توصیف احساسات و تفکر بیرونی می‌شود (۷). به‌علاوه ناگویی هیجانی نوعی اختلال در عملکرد شناختی هیجانی افراد است که ناتوانی در پردازش شناختی اطلاعات هیجانی^۴ و تنظیم هیجان‌ات را در پی دارد (۸). افراد مبتلا به این حالت در شناسایی و توصیف احساسات دیگران و تمایز آن‌ها از احساسات بدنی و درک حالات چهره دیگران مشکل دارند. مشکل در توصیف احساسات زمانی به‌وجود می‌آید که فرد آنچه را به‌عنوان هیجان احساس می‌کند، نمی‌تواند بیان کند. درنهایت هنگامی که فرد تمایل دارد به‌صورت بیرونی و در تضاد با جهت‌گیری تفکر درونی دربارهٔ امور فکر کند، جهت‌گیری تفکر بیرونی رخ می‌دهد؛ بنابراین ناگویی خلقی افراد، مستعد انواع اختلال‌های روان‌شناختی است (۹).

ازطرفی ترومای کودکی^۵ را شاید بتوان یکی دیگر از عوامل مؤثر بر بروز علائم جسمانی‌سازی در بیماران مبتلا به صرع دانست؛ چراکه ترومای دوران کودکی، عامل خطر مهمی برای روان‌پریشی به‌شمار می‌رود.

مطالعات نشان داد، نرخ بیشتر علائم روان‌پریشی در کودکان با سابقه تروما مشهود است (۱۰). افرادی که تجربه تروما در دوران کودکی خود دارند، در کودکی و بزرگسالی از اختلال استرس پس از سانحه^۶ رنج می‌برند. همچنین تجربه تروما در دوران کودکی به ایجاد مشکلات روانی مانند افسردگی و اضطراب منجر می‌شود. ترومای دوران کودکی ابعاد مختلفی دارد و سوءاستفاده جنسی، جسمی، هیجانی، غفلت هیجانی و غفلت جسمانی را در بر می‌گیرد (۱۱).

از دیگر عوامل مؤثر بر بروز علائم جسمانی‌سازی در بیماران مبتلا به صرع، شاید بتوان به حمایت اجتماعی ادراک‌شده^۷ در آنان اشاره کرد؛ زیرا با اطمینان، کیفیت روابط اجتماعی فرد با پیامدهای سلامت جسمانی مرتبط است و سطح حمایت اجتماعی ادراک‌شده یک فرد می‌تواند پیامدهای سلامتی را پیش‌بینی کند (۱۲). حمایت اجتماعی ادراک‌شده 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 (۱۳). در واقع حمایت اجتماعی ادراک‌شده یعنی منابع فراهم‌آمده توسط دیگران که احساس ارزشمندبودن به فرد می‌دهد (۱۴). حمایت اجتماعی ادراک‌شده نقش مهمی در تسکین اثرات منفی بُعد روانی بیماران دارد و با تجربه پریشانی کمتر، احساس کنترل بیشتر، بهبود اعتمادبه‌نفس، کاهش تأثیرات حوادث منفی بر زندگی و بهبود کیفیت زندگی همراه است (۱۵).

ازآنجا که در علم روان‌شناسی بروز هر پدیده را وابسته به شکل‌گیری و تأثیرگذاری چندین عامل می‌دانند، شاید ازجمله عواملی که به‌صورت‌های مستقیم یا غیرمستقیم می‌تواند بر رابطه علائم جسمانی با ناگویی هیجانی و ترومای کودکی و حمایت اجتماعی ادراک‌شده تأثیر بگذارد، اضطراب^۸ و افسردگی^۹ و استرس^{۱۰} باشد؛ چراکه تظاهرات روان‌پزشکی صرع مانند اضطراب و افسردگی و استرس، بر کیفیت زندگی^{۱۱} افراد مبتلا به صرع تأثیر منفی دارد و زمینه بروز بیماری‌های روان‌تنی را در آنان ایجاد می‌کند (۱۶). بیماری‌های روان‌پزشکی، به‌ویژه اضطراب و افسردگی و استرس در بیماران مبتلا به صرع شایع است. در پژوهش‌ها نیز مشخص شد، حدود ۲۰ درصد از بیماران مبتلا به صرع دارای درجه‌های متوسط تا شدید از اضطراب و افسردگی و استرس هستند. همچنین در مطالعات مبتنی بر جمعیت، ۲۰ تا ۳۰ درصد از بیماران مبتلا به صرع از اضطراب و افسردگی و استرس رنج می‌برند که نشان می‌دهد، رابطه نزدیکی با تحمل ضعیف داروهای ضدصرع، کیفیت نامطلوب زندگی، افزایش خطر خودکشی، مرگ زودرس ناشی از علل خارجی و جراحی ضعیف دارند (۱۷).

ازاین‌رو شناسایی عوامل تعیین‌کننده در نوع این واکنش‌ها و میزان آن‌ها می‌تواند در برنامه‌ریزی برای کاهش آن‌ها کمک‌کننده باشد. همچنین با توجه به مطالب مذکور و اینکه در ایران هیچ پژوهشی به‌متغیرهای مستقل اشاره‌شده در این تحقیق نپرداخته است، پژوهش حاضر گام مهمی در جهت شناسایی تأثیرات این عوامل بر علائم جسمانی در

7. Perceived social support

8. Anxiety

9. Depression

10. Stress

11. Quality of life

1. Epilepsy

2. Somatization

3. Alexithymia

4. Cognitive processing of emotional information

5. Childhood trauma

6. Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD)

بیماران مبتلا به صرع به شمار می‌رود. هدف از انجام پژوهش حاضر تبیین برآزش الگوی ساختاری علائم جسمانی براساس ناگویی هیجانی و ترومای کودکی و حمایت اجتماعی ادراک شده با میانجیگری اضطراب و افسردگی و استرس در بیماران مبتلا به صرع بود.

۲ روش بررسی

پژوهش حاضر از لحاظ روش از نوع مطالعات همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش را تمامی بیماران مبتلا به صرع ایران در سال ۱۴۰۱-۱۴۰۰ تشکیل دادند. با توجه به تعداد متغیرها و مسیرها برای انجام مدل‌سازی معادلات ساختاری^۱ (SEM)، در مجموع ۲۶۰ آزمودنی برآورد شد. در این پژوهش، هفت مسیر، سه خطای کوواریانس، یازده خطای نشانگرها، دو خطای درون‌زاد متغیرهای میانجی، سه زیرمقیاس متغیر میانجی و در مجموع ۲۶ پارامتر وجود داشت. براساس مدل مفهومی پژوهش (شکل ۱)، برای هر پارامتر ده آزمودنی نیاز است. در پژوهش حاضر با توجه به ماهیت موضوع پژوهش و جامعه آماری مطالعه شده، روش نمونه‌گیری تصادفی ساده بود و نمونه‌ها با قرعه‌کشی از میان فهرست بیماران عضو انجمن صرع ایران انتخاب شدند. ملاک‌های ورود آزمودنی‌ها به پژوهش حاضر عبارت بود از: رضایت آگاهانه؛ حق انصراف از ادامه پژوهش؛ توانایی خواندن و نوشتن. ملاک خروج، تکمیل نکردن سؤالات پرسش‌نامه‌های پژوهش لحاظ شد.

برای جمع‌آوری داده‌ها ابزارهای زیر در پژوهش به‌کار رفت.

- پرسش‌نامه سلامت بیمار^۲ (کرونکه و همکاران، ۲۰۰۲): این پرسش‌نامه میزان بروز پانزده علامت جسمانی آزاردهنده را از پاسخ‌دهنده‌ها می‌پرسد (۱۸). چهارده سؤال از مجموع پانزده سؤال این مقیاس علائم شایع‌تر جسمانی کردن بوده که در پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی مطرح شده است. پرسش‌نامه به‌صورت لیکرت نمره‌گذاری می‌شود و سؤالات آن درباره تجربه درد با اختلال جسمی در طول چهار هفته گذشته است. به تجربه زیاد درد نمره ۲ و تجربه متوسط درد نمره ۱ و نبود تجربه درد نمره صفر تعلق می‌گیرد. مجموع نمرات، میزان اختلال جسمانی‌سازی را در فرد مدنظر مشخص می‌کند؛ به این ترتیب که کسب نمره کمتر از ۴ در پرسش‌نامه نشان‌دهنده ابتلای خیلی کم، نمره ۵ تا ۹ ابتلای کم، نمره ۱۰ تا ۱۴ ابتلای متوسط و نمره ۱۵ تا ۳۰، ابتلای شدید به اختلال جسمانی‌سازی است (۱۸). در مطالعه کرونکه و همکاران، پایایی درونی پرسش‌نامه با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۰ به‌دست آمد که در سطح عالی بود (۱۸). هنجاریابی این پرسش‌نامه در ایران توسط عبدالحمیدی و همکاران بررسی شد. روایی هم‌زمان این پرسش‌نامه با مقیاس جسمانی‌کردن پرسش‌نامه نشانه‌های اختلالات روانی^۳ ۰/۷۴ بود و همسانی درونی پرسش‌نامه به‌روش آلفای کرونباخ ۰/۷۶ گزارش شد (۱۹).

- مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو-۲۰^۴ (بگی و همکاران، ۱۹۹۴): برای اندازه‌گیری ناگویی هیجانی از مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو-

۲۰ استفاده شد (۲۰). این ابزار، پرسش‌نامه‌ای خودسنجی و بیست‌سؤالی است که برای ارزیابی ناگویی هیجانی به‌کار می‌رود. نحوه نمره‌گذاری آن براساس طیف پنج‌درجه‌ای لیکرت از کاملاً مخالفم=۱ تا کاملاً موافقم=۵ است. در این مقیاس با جمع نمرات بیست سؤال، یک نمره کلی برای مقیاس ناگویی عاطفی به‌دست می‌آید. در ضمن سؤالات ۴، ۱۰، ۱۸ و ۱۹ به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. حداقل و حداکثر نمره برای این مقیاس به‌ترتیب ۲۰ و ۱۰۰ است (۲۱). نمره بین ۲۰ تا ۴۰ مشکل فرد در زمینه بیان و تشخیص احساسات کم، نمره بین ۴۰ تا ۶۰ مشکل فرد در زمینه بیان و تشخیص احساسات متوسط و نمره بیشتر از ۶۰ مشکل فرد در زمینه بیان و تشخیص احساسات زیاد را نشان می‌دهد؛ اما برای هر خرده‌مقیاس به‌صورت تک‌تک نقطه برش تعیین نشده است. این ابزار دارای سه بُعد دشواری در تشخیص و شناسایی هیجان‌ها (هفت سؤال) و دشواری در توصیف هیجان‌ها (پنج سؤال) و تمرکز بر تجارب بیرونی یا تفکر عینی (هشت سؤال) است (۲۲). در پژوهش بگی و همکاران، پایایی بازآزمایی مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو بیست‌سؤالی، دشواری در تشخیص و شناسایی هیجان‌ها ۰/۷۱، دشواری در توصیف هیجان‌ها ۰/۶۸، تمرکز بر تجارب بیرونی یا تفکر عینی ۰/۶۶، نمره کل ۰/۷۴ و پایایی این مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ، ۰/۸۷ گزارش شد (۲۰). بشارت، اعتبار ملاکی نوع هم‌زمان این مقیاس را برحسب همبستگی بین خرده‌مقیاس‌های این مقیاس و مقیاس‌های هوش هیجانی، بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی بررسی کرد و نتایج تأیید شد. نتایج نشان داد، بین نمره آزمودنی‌ها در مقیاس ناگویی عاطفی کل با هوش هیجانی ($r = -0.080, p < 0.001$) و بهزیستی روان‌شناختی ($r = -0.078, p < 0.001$) و درماندگی روان‌شناختی ($r = 0.044, p < 0.001$) رابطه معناداری وجود داشت. ضرایب همبستگی بین خرده‌مقیاس‌های ناگویی عاطفی و متغیرهای مذکور نیز معنادار بود (۲۱). نتایج تحلیل عاملی تأییدی، وجود سه عامل دشواری در توصیف احساسات و دشواری در شناسایی احساسات و تفکر عینی را در نسخه فارسی مقیاس ناگویی عاطفی تورنتو-۲۰ تأیید کرد (۲۲).

- پرسش‌نامه ترومای کودکی^۵ (برنشتاین و همکاران، ۲۰۰۳): برای اندازه‌گیری ترومای کودکی، پرسش‌نامه ترومای کودکی به‌کار رفت (۲۳). این پرسش‌نامه ۲۸ سؤال دارد که هرکدام از سؤالات در پنج سطح به‌صورت هرگز=۱، به‌ندرت=۲، گاهی اوقات=۳، اغلب اوقات=۴ و همیشه=۵ طبقه‌بندی شده است. بیست‌وپنج سؤال آن برای سنجش مؤلفه‌های اصلی سوءاستفاده جسمانی (پنج سؤال)، سوءاستفاده هیجانی (پنج سؤال)، غفلت یا نادیده‌گرفتن جسمانی (پنج سؤال)، غفلت یا نادیده‌گرفتن هیجانی (پنج سؤال) و سوءاستفاده جنسی (پنج سؤال)، در پرسش‌نامه به‌کار می‌رود. سه سؤال آن (۱۰، ۱۶، ۲۲) برای تشخیص افرادی استفاده می‌شود که مشکلات دوران کودکی خود را انکار می‌کنند و اگر مجموع پاسخ‌های داده‌شده به این سؤالات بیشتر از ۱۲ باشد، با احتمال زیادی پاسخ‌های فرد نامعتبر

4. Toronto Alexithymia Scale-20

5. Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)

1. Structural equation modeling

2. Patient Health Questionnaire

3. Symptom Check List-90

است. آزمودنی پس از خواندن هر سؤال دور عددی را که بهترین نحو او را توصیف می‌کند، خط می‌کشد. برنشتاین و همکاران پایایی عوامل مختلف پرسش‌نامه ترومای دوران کودکی را با دو روش بازآزمایی و آلفای کرونباخ بین ۰/۷۹ تا ۰/۹۴ گزارش کردند. همچنین روایی هم‌زمان آن با درجه‌بندی درمانگران از میزان تروماهای کودکی در دامنه ۰/۵۹ تا ۰/۷۸ به دست آمد (۲۳). گروسی و نخعی پایایی پرسش‌نامه را به روش بازآزمایی در فاصله دو هفته و به روش همسانی درونی به ترتیب ۰/۹۰ و ۰/۹۴ و روایی همگرای این ابزار را با پرسش‌نامه سلامت عمومی^۱ ۰/۴۰ گزارش کردند (۲۴).

مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک شده^۲ (زیمت و همکاران، ۱۹۸۸): برای اندازه‌گیری حمایت اجتماعی ادراک شده از مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک شده استفاده شد (۲۵). این مقیاس حاوی دوازده ماده بوده و نمره‌گذاری آن به صورت طیف لیکرتی هفت‌درجه‌ای از کاملاً مخالفم=۱ تا کاملاً موافقم=۷ است؛ بنابراین، آزمودنی در هر سؤال از این مقیاس، نمره‌ای از ۱ تا ۷ کسب می‌کند. به عبارت دیگر، نمره کل برای هر خرده‌مقیاس از ۲۸ تا ۴ و برای کل مقیاس از ۱۲ تا ۸۴ در نوسان است. میانگین نمره مقیاس یا خرده‌مقیاس‌ها، از ۲/۹ تا ۵/۱ بیانگر دریافت حمایت کم و ۳ تا ۵ بیانگر دریافت حمایت متوسط و ۵/۱ تا ۷ بیانگر دریافت حمایت اجتماعی ادراک شده زیاد است. این رویکرد به نظر می‌رسد اعتبار بیشتری داشته باشد؛ اما اگر تعداد کمی از پاسخ‌دهندگان در هریک از گروه‌ها وجود داشته باشد، می‌تواند مشکل‌ساز باشد؛ به‌طور کلی، در مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک شده، هرچه فرد نمره بیشتری کسب کند، برخورداری بیشتر از حمایت اجتماعی ادراک شده را نشان می‌دهد. سوالات ۳، ۴، ۸ و ۱۱ مربوط به حمایت اجتماعی ادراک شده از سوی خانواده و 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 (۲۵). روایی و پایایی این مقیاس توسط زیمت و همکاران در حد مطلوب و آلفای کرونباخ مقیاس کلی، ۰/۸۹ گزارش شد (۲۵). در پژوهش بشارت، ضرایب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس و ماده‌های سه زیرمقیاس حمایت اجتماعی خانوادگی و اجتماعی و دوستان به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۸۳ و ۰/۸۹ به دست آمد و ضرایب همسانی درونی مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی به تأیید رسید. روایی همگرا و تشخیصی (افتراقی) حمایت اجتماعی از طریق اجرای هم‌زمان مقیاس سلامت روانی، مقیاس همدلی عاطفی و فهرست عواطف مثبت و منفی برای 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- به دست آمد. نتایج تحلیل و تأییدی عاملی اکتشافی نیز با تعیین سه عامل حمایت

اجتماعی خانوادگی و اجتماعی و دوستان، روایی سازه مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک شده را تأیید کرد (۲۶).
 - فرم کوتاه مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس^۳ (لاویباند و لاویباند، ۱۹۹۵): در این پژوهش برای اندازه‌گیری افسردگی، اضطراب و استرس از مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس - ۲۱ سؤالی استفاده شد (۲۷). این مقیاس، دارای درجه‌بندی پنج‌گانه لیکرت به صورت هیچ‌وقت=صفر، کمی=۱، گاهی=۲ و همیشه=۳ است. برای محاسبه امتیاز هر زیرمقیاس، نمره تک‌تک گویه‌های مربوط به آن زیرمقیاس باهم جمع می‌شود. برای محاسبه امتیاز کلی مقیاس، نمره همه گویه‌های مقیاس باهم جمع می‌شود. دامنه امتیاز این مقیاس بین صفر تا ۶۳ خواهد بود. هرچه امتیاز حاصل از مقیاس بیشتر باشد، میزان بیشتر افسردگی، اضطراب و استرس را نشان می‌دهد و برعکس. حد کمتر صفر و حد متوسط ۳۱/۵ و حد بیشتر ۶۳ است. توضیح نمرات به این شکل است: نمره بین صفر تا ۲۱: میزان افسردگی و اضطراب و استرس در حد کمتری است؛ نمره بین ۲۱ تا ۴۲: میزان افسردگی و اضطراب و استرس در حد متوسطی است؛ نمره بیشتر از ۴۲: میزان افسردگی و اضطراب و استرس در حد زیادی است. لاویباند و لاویباند ضریب پایایی مقیاس را به ترتیب برابر با ۰/۸۸، ۰/۸۲، ۰/۹۰ و ۰/۹۳ به دست آوردند (۲۷). سامانی و جوکار برای بررسی اعتبار مقیاس چهل نفر از دانشجویان را انتخاب کردند و به فاصله سه هفته مورد آزمون و بازآزمون قرار دادند. ضریب اعتبار بازآزمایی برای عامل فشار روانی ۰/۸۰، افسردگی ۰/۸۱، اضطراب ۰/۷۸ و برای کل مقیاس ۰/۸۲ به دست آمد. علاوه بر روش بازآزمایی به منظور بررسی همسانی درونی مقیاس از ضریب اعتبار آلفا استفاده شد که این ضریب برای عوامل فشار روانی و افسردگی و اضطراب به ترتیب برابر ۰/۸۷ و ۰/۸۵ و ۰/۷۵ بود (۲۸).

در ادامه مدل مفهومی پژوهش (الگوی ساختاری علائم جسمانی براساس ناگویی هیجانی و ترومای کودکی و حمایت اجتماعی ادراک شده با میانجیگری افسردگی و اضطراب و استرس در بیماران مبتلا به صرع) در شکل ۱ آورده شده است.

برای تحلیل داده‌های پژوهش، روش‌های آمار توصیفی و آمار 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، ضریب تحمل، تورم واریانس و مدل‌سازی معادلات ساختاری استفاده شد. برای آزمون برازش، مدل شاخص نکویی برازش مجذورکای^۴ با مقدار احتمال بزرگ‌تر از ۰/۰۱، جذر برآورد واریانس خطای تقریب^۵ (RMSEA) با نقطه برش کوچک‌تر از ۰/۸۰، شاخص نکویی برازش^۶ (GFI) با نقطه برش بزرگ‌تر از ۰/۹۰، شاخص تعدیل شده نکویی برازش^۷ (AGFI) با نقطه برش بزرگ‌تر از ۰/۹۰، شاخص برازندگی تطبیقی^۸ (CFI) با نقطه برش بزرگ‌تر از ۰/۹۰ و شاخص برازندگی نرم‌شده^۹ (NFI) با نقطه برش بزرگ‌تر از

1. General Health Questionnaire

2. Multidimensional Scale of Perceived Social Support

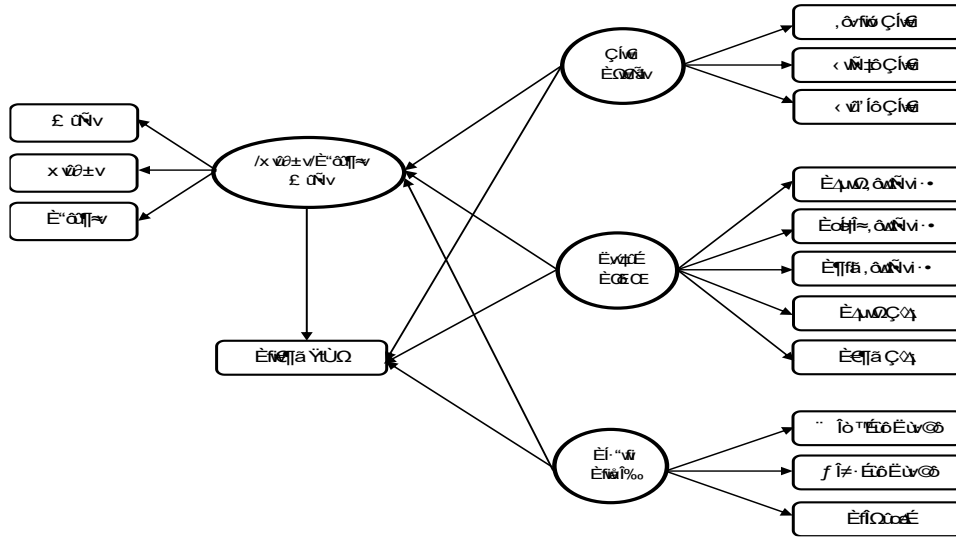
3. Depression Anxiety Stress Scale (DASS-21)

4. Chi-square

5. Root mean square error of approximation

نرم افزارهای SPSS نسخه ۲۳ و AMOS نسخه ۲۶ به کار رفت. سطح معناداری برای همه آزمون‌ها ۰/۰۵ بود

۰/۹۰ استفاده شد (۲۹). منطق بر دیدگاه میرز و همکاران، ضریب تحمل کمتر از ۰/۱ و ارزش عامل تورم واریانس بیشتر از ۱۰ نشان‌دهنده برقراری نبودن مفروضه هم‌خطی است (۳۰). در این پژوهش



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

دانش‌آموز بودند و میزان تحصیلات ۸۲ نفر (۳۱/۷ درصد) کمتر از دیپلم، ۷۸ نفر (۳۰/۱ درصد) دیپلم، ۶۲ نفر (۲۳/۹ درصد) لیسانس و ۲۲ نفر (۸/۵ درصد) بیشتر از لیسانس بود. گفتنی است که میانگین و انحراف معیار سن ابتلا به بیماری در بین شرکت‌کنندگان به ترتیب ۱۶/۲۲ و ۵/۲۱ سال به دست آمد. در جدول ۱ میانگین، انحراف معیار و به منظور ارزیابی نرمال بودن توزیع داده‌های تک‌متغیری، کشیدگی و چولگی تک‌تک متغیرها بررسی شده است.

۳ یافته‌ها

در پژوهش حاضر، ۱۴۴ زن (۵۵/۶ درصد) و ۱۱۵ مرد (۴۴/۴ درصد) مبتلا به صرع با میانگین و انحراف معیار سنی ۳۷/۱۴ و ۱۱/۸۵ سال حضور داشتند. در بین شرکت‌کنندگان، 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 شرکت‌کنندگان

جدول ۱. میانگین، انحراف معیار، چولگی و کشیدگی متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	چولگی	کشیدگی
حمایت اجتماعی- حمایت خانواده	۱۲/۶۷	۳/۴۷	-۰/۳۱	-۱/۰۹
حمایت اجتماعی- حمایت دوستان	۱۱/۴۹	۳/۳۹	۰/۰۶	-۱/۱۹
حمایت اجتماعی- حمایت دیگران	۱۲/۱۰	۳/۵۶	۰/۰۵	-۱/۲۶
ترومای کودکی- سوءاستفاده عاطفی	۵/۳۳	۲/۸۴	۰/۶۹	-۰/۴۵
ترومای کودکی- سوءاستفاده فیزیکی	۴/۱۳	۲/۷۹	۱/۱۹	۰/۷۶
ترومای کودکی- سوءاستفاده جنسی	۳/۵۸	۲/۵۷	۱/۰۳	-۰/۲۴
ترومای کودکی- غفلت عاطفی	۶/۴۰	۲/۶۰	۰/۲۹	-۰/۳۹
ترومای کودکی- غفلت جسمی	۶/۷۴	۲/۷۱	۱/۰۳	۰/۳۸
ناگویی هیجانی- دشواری در تشخیص	۱۸/۵۴	۵/۶۸	-۰/۰۳	-۱/۰۸
ناگویی هیجانی- دشواری در توصیف	۱۴/۱۹	۴/۶۷	۰/۰۱	-۰/۹۱
ناگویی هیجانی- تفکر عینی	۲۳/۲۱	۵/۶۴	۰/۲۰	-۰/۳۵
افسردگی	۸/۱۰	۲/۸۹	۰/۴۷	-۰/۷۶
اضطراب	۵/۲۳	۲/۱۱	۰/۷۱	-۰/۰۳
استرس	۸/۹۰	۲/۱۶	۰/۳۱	-۰/۶۶
علائم جسمانی	۱۳/۹۲	۴/۱۷	۰/۲۵	-۰/۸۹

جدول ۱ نشان می‌دهد، مقادیر کشیدگی و چولگی همه مؤلفه‌ها در نرمال بودن توزیع داده‌های تک‌متغیری برقرار بود. محدوده ± 2 قرار دارد. این یافته مشخص می‌کند که مفروضه

جدول ۲. ماتریس همبستگی پیرسون 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- سوءاستفاده عاطفی	۰/۵۵**	۰/۴۶**	۰/۵۲**	-										
۵. ترومای کودکی- سوءاستفاده فیزیکی	۰/۵۰**	۰/۳۲**	۰/۴۱**	۰/۷۱**	-									
۶. ترومای کودکی- سوءاستفاده جنسی	۰/۴۱**	۰/۲۸**	۰/۴۲**	۰/۵۹**	۰/۶۴**	-								
۷. ترومای کودکی- غفلت عاطفی	۰/۴۹**	۰/۴۰**	۰/۵۱**	۰/۴۷**	۰/۳۶**	۰/۴۲**	-							
۸. ترومای کودکی- غفلت جسمی	۰/۴۰**	۰/۲۴**	۰/۳۶**	۰/۵۲**	۰/۵۲**	۰/۴۷**	۰/۳۴**	-						
۹. ناگویی هیجانی- دشواری در تشخیص	۰/۴۷**	۰/۴۲**	۰/۴۲**	۰/۴۷**	۰/۴۲**	۰/۴۱**	۰/۵۲**	۰/۳۶**	-					
۱۰. ناگویی هیجانی- دشواری در توصیف	۰/۴۲**	۰/۴۷**	۰/۴۰**	۰/۳۳**	۰/۲۷**	۰/۲۴**	۰/۳۲**	۰/۷۳**	۰/۴۴**	-				
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 روان‌شناختی- 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 روان‌شناختی- 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 روان‌شناختی- استرس	۰/۳۲**	۰/۵۰**	۰/۵۵**	۰/۵۷**	۰/۴۷**	۰/۵۱**	۰/۵۳**	۰/۳۶**	۰/۶۴**	۰/۴۹**	۰/۵۳**	۰/۷۸**	۰/۴۸**	-
۱۵. علائم جسمانی	۰/۶۳**	۰/۴۸**	۰/۵۸**	۰/۵۵**	۰/۵۳**	۰/۵۲**	۰/۵۷**	۰/۴۵**	۰/۶۷**	۰/۵۳**	۰/۴۹**	۰/۶۸**	۰/۵۱**	۰/۷۰**

** $p < 0.01$

جدول ۲ ضرایب همبستگی پیرسون بین متغیرها را نشان می‌دهد که براساس آن جهت همبستگی بین متغیرها منطبق بر انتظار و همسو با تئوری‌های حوزه پژوهش بود. در این پژوهش به‌منظور ارزیابی نرمال بودن توزیع داده‌های تک‌متغیری، کشیدگی و چولگی تک‌تک متغیرها و به‌منظور ارزیابی مفروضه هم‌خطی بودن، عامل تورم واریانس و ضریب تحمل بررسی شد که نتایج در جدول ۳ ملاحظه شده است.

جدول ۳. عامل تورم واریانس و ضریب تحمل متغیرهای پیش‌بین

متغیر	ضریب تحمل	تورم واریانس
حمایت اجتماعی- حمایت خانواده	۰/۳۸	۲/۶۵
حمایت اجتماعی- حمایت دوستان	۰/۵۰	۲/۰۰
حمایت اجتماعی- حمایت دیگران	۰/۴۰	۲/۴۹
ترومای کودکی- سوءاستفاده عاطفی	۰/۳۶	۲/۷۹
ترومای کودکی- سوءاستفاده فیزیکی	۰/۳۷	۲/۶۸
ترومای کودکی- سوءاستفاده جنسی	۰/۴۸	۲/۰۸
ترومای کودکی- غفلت عاطفی	۰/۵۸	۱/۷۳
ترومای کودکی- غفلت جسمی	۰/۶۳	۱/۵۹
ناگویی هیجانی- دشواری در تشخیص	۰/۳۱	۳/۲۷
ناگویی هیجانی- دشواری در توصیف	۰/۳۹	۲/۵۴
ناگویی هیجانی- تفکر عینی	۰/۵۸	۱/۷۴
افسردگی	۰/۳۰	۳/۲۹
اضطراب	۰/۶۵	۱/۵۳
استرس	۰/۳۱	۳/۲۷

ادراک شده و ترومای کودکی به صورت مستقیم و نیز با میانجیگری ناگویی هیجانی بر پریشانی روان‌شناختی بیماران مبتلا به صرع اثر دارند. هر چهار متغیر مکنون بود و فرض شد که به وسیله نشانگرهای خود اندازه‌گیری می‌شوند. جدول ۴ شاخص‌های برازندگی مدل پژوهش را نشان می‌دهد.

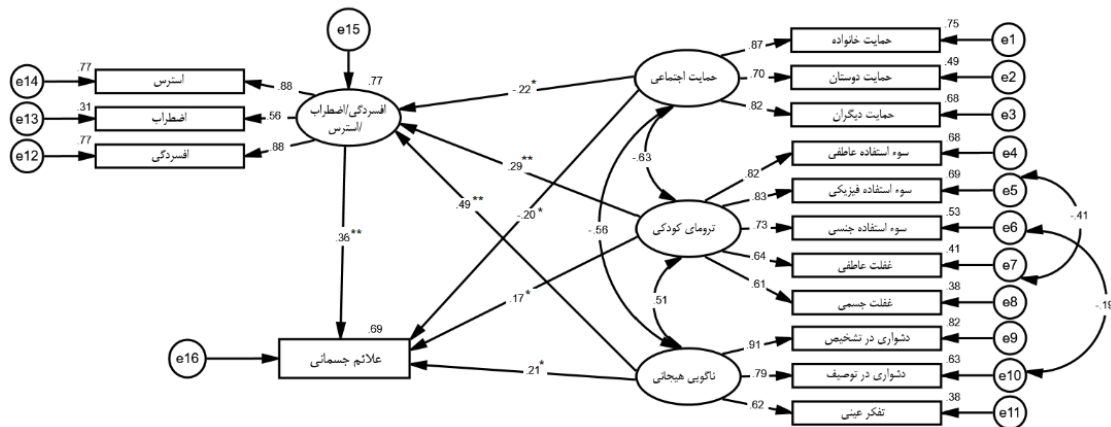
جدول ۳ نشان می‌دهد، مفروضه هم‌خطی بودن در بین داده‌های پژوهش حاضر برقرار بود؛ زیرا مقادیر ضریب تحمل متغیرهای پیش‌بین بزرگ‌تر از ۰/۱ و مقادیر عامل تورم واریانس هریک از آنها کوچک‌تر از ۱۰ بود. باتوجه به شکل ۲، در مدل پژوهش فرض شد که حمایت اجتماعی

جدول ۴. شاخص‌های برازندگی مدل پژوهش

شاخص‌های برازندگی	مدل اولیه	مدل اصلاح‌شده
مجذوری	۱۹۷/۶۳	۱۵۹/۶۷
درجه آزادی مدل	۷۱	۶۹
χ^2/df	۲/۷۸	۲/۳۱
GFI	۰/۸۹۹	۰/۹۱۹
AGFI	۰/۸۵۰	۰/۸۷۷
CFI	۰/۹۳۸	۰/۹۵۶
RMSEA	۰/۰۸۳	۰/۰۷۱

بین خطاهای نشانگرهای سوءاستفاده فیزیکی و غفلت عاطفی، مدل اصلاح شد ($\chi^2/df=۲/۳۱$ ، $CFI=۰/۹۵۶$ ، $GFI=۰/۹۱۹$ ، $AGFI=۰/۸۷۷$ ، $RMSEA=۰/۰۷۱$). شکل ۲ پارامترهای استاندارد در مدل ساختاری پژوهش را نشان می‌دهد.

منطبق بر نتایج جدول ۴، همه شاخص‌های برازندگی حاصل از تحلیل، از برازش پذیرفتنی مدل با داده‌های گردآوری شده حمایت کردند ($\chi^2/df=۲/۷۸$ ، $CFI=۰/۹۳۸$ ، $GFI=۰/۸۹۹$ ، $AGFI=۰/۸۵۰$ ، $RMSEA=۰/۰۸۳$)؛ باین وجود به دنبال ارزیابی شاخص‌های اصلاح و با هدف حصول شاخص‌های برازندگی قوی‌تر با ایجاد کوواریانس



شکل ۲. برآورد ضرایب استاندارد شده مدل الگوی ساختاری علائم جسمانی بر اساس ناگویی هیجانی و ترومای کودکی و حمایت اجتماعی ادراک شده با میانجیگری افسردگی و اضطراب و استرس در بیماران مبتلا به صرع

شکل ۲ نشان می‌دهد، مجموع مجذور همبستگی‌های چندگانه (R^2) برای متغیر علائم جسمانی برابر با ۰/۶۹ بود. این موضوع مشخص می‌کند، ناگویی هیجانی، ترومای کودکی، حمایت اجتماعی ادراک شده، افسردگی و اضطراب و استرس، در مجموع ۶۹ درصد از واریانس علائم جسمانی را در مبتلایان به صرع تبیین می‌کنند. در ادامه جدول ۵ ضرایب مسیر در مدل ساختاری را نشان می‌دهد. براساس جدول ۵، ضریب مسیر کل بین ناگویی هیجانی و علائم جسمانی، مثبت و معنادار ($\beta=۰/۳۸۱$ ، $p=۰/۰۰۱$) و ضریب مسیر کل بین ترومای کودکی و علائم جسمانی، مثبت و معنادار ($p=۰/۰۰۱$ ، $\beta=۰/۲۶۹$) بود. ضریب مسیر کل بین حمایت اجتماعی ادراک شده و

علائم جسمانی، منفی و معنادار به دست آمد ($p=۰/۰۰۱$ ، $\beta=-۰/۲۷۶$). ضریب مسیر مستقیم بین افسردگی و اضطراب و استرس با علائم جسمانی، مثبت و معنادار بود ($p=۰/۰۰۲$ ، $\beta=۰/۳۵۶$). ضریب مسیر غیرمستقیم بین ناگویی هیجانی و علائم جسمانی، مثبت و معنادار ($p=۰/۰۰۱$ ، $\beta=۰/۱۷۴$) و ضریب مسیر غیرمستقیم بین ترومای کودکی و علائم جسمانی، مثبت و معنادار ($p=۰/۰۰۴$ ، $\beta=۰/۱۰۳$) به دست آمد. ضریب مسیر غیرمستقیم بین حمایت اجتماعی ادراک شده و علائم جسمانی، منفی و معنادار بود ($p=۰/۰۴۳$ ، $\beta=-۰/۰۷۸$).

1. Normed chi-square

جدول ۵. ضرایب مسیرهای مستقیم، غیرمستقیم و کل بین متغیرهای پژوهش در مدل ساختاری

مسیر	متغیرهای مکنون	b	خطای استاندارد میانگین	بتا (β)	مقدار احتمال
مستقیم	ناگویی هیجانی ← افسردگی و اضطراب و استرس	۰/۳۶۳	۰/۰۵۷	۰/۴۸۹	۰/۰۰۱
	ترومای کودکی ← افسردگی و اضطراب و استرس	۰/۳۷۳	۰/۱۲۶	۰/۲۸۸	۰/۰۰۳
	حمایت اجتماعی ← افسردگی و اضطراب و استرس	-۰/۲۹۲	۰/۱۳۸	-۰/۲۱۹	۰/۰۴۰
	افسردگی و اضطراب و استرس ← علائم جسمانی	۰/۵۶۳	۰/۲۰۲	۰/۳۵۶	۰/۰۰۲
	ناگویی هیجانی ← علائم جسمانی	۰/۲۴۲	۰/۱۰۸	۰/۲۰۷	۰/۰۳۲
	ترومای کودکی ← علائم جسمانی	۰/۳۴۰	۰/۱۷۱	۰/۱۶۶	۰/۰۴۶
غیرمستقیم	حمایت اجتماعی ← علائم جسمانی	-۰/۴۱۸	۰/۱۸۰	-۰/۱۹۸	۰/۰۲۳
	ناگویی هیجانی ← علائم جسمانی	۰/۲۰۴	۰/۰۷۹	۰/۱۷۴	۰/۰۰۱
	ترومای کودکی ← علائم جسمانی	۰/۲۱۰	۰/۰۹۳	۰/۱۰۳	۰/۰۰۴
کل	حمایت اجتماعی ← علائم جسمانی	-۰/۱۶۴	۰/۰۸۲	-۰/۰۷۸	۰/۰۴۳
	ناگویی هیجانی ← علائم جسمانی	۰/۴۴۶	۰/۰۷۵	۰/۳۸۱	۰/۰۰۱
	ترومای کودکی ← علائم جسمانی	۰/۵۵۰	۰/۱۶۸	۰/۲۶۹	۰/۰۰۱
	حمایت اجتماعی ← علائم جسمانی	-۰/۵۸۲	۰/۱۸۲	-۰/۲۷۶	۰/۰۰۱

۴ بحث

می‌کنند (۳۲). اکسوز و همکاران نشان دادند، سطح بالایی ناگویی هیجانی منجر به اختلال در سازگاری می‌شود (۳۳).

یکی از روش‌های کنترل تنش به‌خصوص درباره هیجان‌های منفی، تخلیه و بیان هیجان ناشی از تنش است. در صورتی که این هیجان‌ها تخلیه نشود و فرد نتواند احساسات منفی خود را به‌شکل کلامی بیان کند، جزء روان‌شناختی سیستم‌های ابراز هیجان و پریشانی روانی از جمله اضطراب و افسردگی افزایش می‌یابد. افرادی که توانایی شناخت احساسات خود را دارند و حالت‌های هیجان خود را به‌گونه مؤثری ابراز می‌کنند، بهتر می‌توانند با مشکلات زندگی روبه‌رو شوند و در سازگاری با محیط و دیگران موفق‌تر هستند؛ در نتیجه، این افراد از سلامت روانی بیشتری برخوردار خواهند بود (۵).

نقش ترومای کودکی به‌عنوان عاملی پنهان در اختلالات روانی تأیید شده است. ترومای کودکی شامل سوءاستفاده و بی‌توجهی و قرار گرفتن در معرض خشونت است (۳۴). دشواری‌های دوران کودکی منجر به آسیب سیستم‌های مختلف عصبی، جسمی، روان‌شناختی و عاطفی می‌شود (۳۵). الگوی مشهودی از تجارب نامطلوب کودکی و اختلالات شخصیت وجود دارد (۳۶). نتایج مطالعه سار و تورک-کورتکا نشان داد، سوءاستفاده جسمی، سوءاستفاده جنسی و نیز غفلت فیزیکی در دوران کودکی اختلال‌های شدید روحی و بیماری جسمانی را پیش‌بینی می‌کند (۳۷). همچنین یافته‌های برتل و همکاران مبین این مطلب بود که بدرفتاری دوران کودکی، خودشیفتگی آسیب‌پذیر و اختلال‌های رفتارهای اجتماعی را پیش‌بینی می‌کند (۳۸).

حمایت اجتماعی ادراک‌شده بر وضعیت جسمی، روانی، رضایت ادراک‌شده از زندگی و جنبه‌های مختلف کیفیت زندگی افراد اثرات زیادی دارد (۳۹) و به‌عنوان عامل تعدیل‌کننده مؤثر در مقابله و سازگاری با شرایط استرس‌زای زندگی شناخته می‌شود (۴۰). افرادی که می‌پندارند حمایت بسیاری را از سوی شبکه‌های اجتماعی (والدین و دوستان و معلمان) دریافت می‌کنند، بیشتر از رفتارهای مشکل‌آفرین

پژوهش حاضر با هدف ارائه الگوی ساختاری علائم جسمانی براساس ناگویی هیجانی و ترومای کودکی و حمایت اجتماعی ادراک‌شده با میانجیگری افسردگی و اضطراب و استرس در بیماران مبتلا به صرع انجام گرفت. باتوجه به نتایج مشخص شد، بین ناگویی هیجانی، ترومای کودکی، و افسردگی و اضطراب و استرس با علائم جسمانی رابطه مثبت و معنادار وجود داشت و بین حمایت اجتماعی ادراک‌شده با علائم جسمانی رابطه منفی و معنادار مشاهده شد؛ از طرفی نقش میانجی افسردگی و اضطراب و استرس در ارتباط بین ناگویی هیجانی و ترومای کودکی و حمایت اجتماعی ادراک‌شده با علائم جسمانی تأیید شد.

بیماران مبتلا به صرع علاوه بر مشکلات جسمی بیماری خود، دچار مشکلات روانی و اجتماعی دیگر نیز هستند. ترس از عقب‌ماندگی ذهنی، ترس از مردن حین تشنج، محرومیت از یک‌سری حقوق اجتماعی اولیه مانند رانندگی یا یافتن شغل مناسب و حفظ آن، گوشه‌ای از این مشکلات است. بیماری صرع تمام جنبه‌های زندگی روزمره فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد و تشنج‌های کنترل‌نشده آن می‌تواند منجر به تغییرات بازگشت‌ناپذیر مغزی شود (۳۱). از این رو برخی افراد به دلیل ناآگاهی هیجانی و ناتوانی در پردازش شناختی احساسات خود و توصیف هیجان‌ها، معمولاً قادر به شناسایی و درک خویش نیستند و توانایی محدودی در سازگاری با شرایط تنش‌زا دارند (۱۱). افراد مبتلا به ناگویی هیجانی قادر به تشخیص و تمیز دادن هیجان‌های خود نیستند و نمی‌توانند افکار و احساسات خود را درک و توصیف کنند. این افراد به‌طور معمول چیزی برای گفتن ندارند و لغت مناسبی برای بیان احساسات و مشکلات خود پیدا نمی‌کنند. اسپنسیری و همکاران در مطالعه‌ای دریافته‌اند، افراد مبتلا به ناگویی هیجانی تهییج‌های بدنی به‌نحوی که بزرگ کرده و نشانه‌های بدنی انگیزتگی هیجانی را بد تفسیر

برگزاری دوره‌های آموزشی و همایش‌های گروهی برای بیماران به‌لحاظ آشنایی با بیماری و ارتباط بین بیماران و گسترش شبکه حمایت اجتماعی با هدف تغییر باورهای منفی بیماران درباره بیماری و اضطراب ناشی از آن، پیشنهاد می‌شود.

۵ نتیجه‌گیری

باتوجه به یافته‌های پژوهش نتیجه گرفته می‌شود، ناگویی هیجانی و ترومای کودکی و حمایت اجتماعی ادراک شده با علائم جسمانی رابطه معناداری دارند؛ ازطرفی نقش میانجی افسردگی و اضطراب و استرس در ارتباط بین ناگویی هیجانی و ترومای کودکی و حمایت اجتماعی ادراک شده با علائم جسمانی تأیید می‌شود.

۶ تشکر و قدردانی

از ریاست محترم انجمن صرع ایران و بیماران مبتلا به صرع که در اجرای پژوهش صمیمانه یاریگر بودند و از تمامی دوستانی که با نهایت صبر و حوصله در فرایند پژوهش همکاری داشتند، قدردانی می‌شود.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیه اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

این مقاله برگرفته از رساله دکتری رشته روان‌شناسی بالینی در دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن است. اخلاق پژوهش در این مطالعه کاملاً رعایت شد؛ به‌گونه‌ای که به مشارکت‌کنندگان در زمینه محرمانه‌مانند اطلاعات، اطمینان خاطر داده شد و آن‌ها با رضایت کامل، پرسش‌نامه‌ها را در محیطی آرام و بدون ذکر نام تکمیل کردند.

رضایت برای انتشار

این امر غیرقابل اجرا است.

در دسترس بودن داده‌ها و مواد

همه نویسندگان مقاله به داده‌های پژوهش دسترسی دارند و پژوهشگران می‌توانند در صورت لزوم از طریق مکاتبه با نویسنده مسئول مقاله حاضر به این اطلاعات دسترسی پیدا کنند.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند که هیچ‌گونه تعارض منافی ندارند.

منابع مالی

پژوهش حاضر بدون حمایت مالی نهاد یا سازمانی انجام شده است.

مشارکت نویسندگان

نویسنده اول داده‌های به‌دست‌آمده را آنالیز و تفسیر کرد. نویسندگان دوم و سوم و چهارم در نگارش نسخه دست‌نوشته همکار اصلی بودند. همه نویسندگان نسخه دست‌نوشته نهایی را خواندند و تأیید کردند.

اجتناب می‌ورزند، از محیط احساس رضایت بیشتری دارند، دارای احساس خودکارآمدی قوی‌تری هستند، ساعات زیادی را برای مطالعه صرف می‌کنند و نمرات بهتری را به‌دست می‌آورند؛ همچنین افرادی که از حمایت اجتماعی برخوردار هستند، نمرات بیشتری در آزمون‌های هنجار شده کسب می‌کنند (۴۱). در همین راستا، پژوهش رودریگوئز و همکاران بیانگر رابطه حمایت اجتماعی با سازگاری اجتماعی در افراد مبتلا به صرع بود (۴۲). مورگان اعتقاد داشت، تلاش در جهت دستیابی افراد به سازگاری از اهداف اصلی است تا افراد عملکرد بهتری در زندگی شخصی و تحصیلی در آینده داشته باشند (۴۳). حال باتوجه به پیامدهای نامطلوب صرع و تأثیرات گسترده آن بر روند زندگی فردی و اجتماعی کودک و اینکه قادر است زندگی آینده فرد را به‌تأیی بکشد و آسیب‌های اجتماعی و تحصیلی و هیجانی جبران‌ناپذیری به‌دنبال داشته باشد، طی پژوهش‌های گذشته مشخص شد، تعدادی از مشکلات هیجانی ویژه در افراد دچار صرع با فراوانی بیشتری مشاهده می‌شود و ابتلا به یک نوع از صرع می‌تواند عاملی خطرآفرین، برای تحول مشکلات هیجانی باشد (۴۴).

اولین واکنش مبتلایان صرع به اولین حمله تشنجی، ترس، وحشت، نگرانی، درماندگی، نومیدی، شرمندگی، پنهان‌کاری، افسردگی و واکنش‌های دیگر روانی است. در تکرار حمله‌ها و طول‌کشیدن بیماری گرچه شدت واکنش فرد کاهش می‌یابد، اثری درازمدت همچون افسردگی و کاهش اعتمادبه‌نفس، پایدارتر شده و واکنش فرد تندتر و عصبی‌تر می‌شود (۴۵). اضطراب و استرس و باورهای نامعقول ناشی از انگ بیماری است. انگ اجتماعی درک شده و مشکلات روان‌شناختی همراه با بیماری صرع، مبتلایان به این بیماری را با تحمل بار روانی سنگینی مواجه می‌کند که این خود باعث کاهش کیفیت زندگی در این افراد می‌شود. متغیرهای زیادی مثل نگرانی و اضطراب ناشی از حملات، کیفیت زندگی، حمایت اجتماعی، خودکارآمدی، سن شروع حملات، وضعیت شغلی و مشکلات روانی-اجتماعی بر درک انگ اجتماعی در افراد مصروع تأثیرگذار است. این امر نشان می‌دهد، مداخله شناختی می‌تواند در کاهش احساس انگ بیماری مؤثر باشد (۴۶).

یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر، مصرف داروهای ضدصرع در شرکت‌کنندگان پژوهش بود و احتمال دارد که بر نتیجه پژوهش اثر گذاشته باشد. یکی دیگر از محدودیت‌های پژوهش، مشخص‌نشدن نوع صرع شرکت‌کنندگان و نیز شدت بیماری آن‌ها بود؛ ازاین‌رو، پیشنهاد می‌شود این پژوهش روی نمونه‌هایی از سایر نقاط کشور و با دیگر داروهای ضد تشنج و رژیم دارویی متفاوت انجام شود. همچنین

References

1. Kedare JS, Baliga SP. Management of psychiatric disorders in patients of epilepsy. *Indian J Psychiatry*. 2022;64(Suppl 2):S319–29. https://doi.org/10.4103/indianjpsychiatry.indianjpsychiatry_17_22
2. Royer J, Bernhard BC, Larivière S, Gleichgerrcht E, Vorderwülbecke BJ, Vulliémot S, et al. Epilepsy and brain network hubs. *Epilepsia*. 2022;63(3):537–50. <https://doi.org/10.1111/epi.17171>
3. Yang L, Wang Y, Chen Z. Central histaminergic signalling, neural excitability and epilepsy. *Br J Pharmacol*. 2022;179(1):3–22. <https://doi.org/10.1111/bph.15692>
4. Jiang Y, Wei J, Fritzsche K, Toussaint AC, Li T, Cao J, et al. Assessment of the structured clinical interview (SCID) for DSM–5 for somatic symptom disorder in general hospital outpatient clinics in China. *BMC Psychiatry*. 2021;21(1):144. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03126-0>

5. Pezeshki P, Aslzaker M, Nasiry S. The role of hostility and ambivalence in expressing emotion in predicting somatization symptoms among students of University of Tehran. *Zanko Journal of Medical Sciences*. 2021;22(72):5–14. [Persian] <http://zanko.muk.ac.ir/article-1-555-en.pdf>
6. Glaus J, Moser DA, Rusconi Serpa S, Jouabli S, Turri F, Plessen KJ, et al. Families with violence exposure and the intergenerational transmission of somatization. *Front Psychiatry*. 2022;13:820652. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.820652>
7. Fynn DM, Preece DA, Gignac GE, Pestell CF, Allan A, Kraats C vander, et al. Assessing alexithymia in adults with acquired brain injury: psychometric properties of the Perth Alexithymia Questionnaire. *Journal of Affective Disorders*. 2022;302:224–33. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.01.091>
8. Xu P, Opmeer EM, van Tol MJ, Goerlich KS, Aleman A. Structure of the alexithymic brain: A parametric coordinate-based meta-analysis. *Neurosci Biobehav Rev*. 2018;87:50–5. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2018.01.004>
9. Basharpour S, Taghizadeh Hir S, Fattah Zadeh Ardalani G. Comparison of anxiety sensitivity, alexithymia and sleep quality in patients with migraine and normal people. *Anesthesiology and Pain*. 2022;12(4):87–97. [Persian] <https://jap.iuums.ac.ir/article-1-5597-en.pdf>
10. Dvir Y. Childhood trauma and psychosis: a brief updated review and case study. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2022;31(1):91–8. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2021.08.002>
11. Soleimani A, Lashkari A, Torabi Y. The relationship between trauma and psychological well-being: the mediating role of fear of happiness and alexithymia. *Journal of Research in Behavioural Sciences*. 2021;19(1):116–27. [Persian] <http://dx.doi.org/10.52547/rbs.19.1.116>
12. Landvatter JD, Uchino BN, Smith TW, Bosch JA. Partner's perceived social support influences their spouse's inflammation: an actor-partner analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(2):799. <https://doi.org/10.3390/ijerph19020799>
13. Xie CS, Kim Y. Post-traumatic growth during COVID-19: the role of perceived social support, personality, and coping strategies. *Healthcare (Basel)*. 2022;10(2):224. <https://doi.org/10.3390/healthcare10020224>
14. Abdi Zarrin S, Nikkha S, Siruei Z. Psychological well-being: the role of self-differentiation, alexithymia and ego-strength. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*. 2021;8(3):13–24. [Persian] <http://dx.doi.org/10.32598/shenakht.8.3.13>
15. Saffari Nia M, Eisazadeh F, Hamzehei Z. Life expectancy predictions based on perceived social support and mental health among those recovering from Covid-19 disease. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*. 2021;28(1):2–9. [Persian] https://jsuums.medsab.ac.ir/article_1365_fed43db6bbd90904e59ede42d20f0f0c.pdf
16. Weiss A, Canetti L, David SB, Reuveni I, Ekstein D. Seizure phobia: a distinct psychiatric disorder among people with epilepsy. *Seizure*. 2022;95:26–32. <https://doi.org/10.1016/j.seizure.2021.12.009>
17. Xu ZYR, Shen CH, Cai MT, Zhang GF, Ding MP, Guo Y. Managing depression and anxiety in patients with epilepsy in eastern china: a survey of epilepsy health professionals in Zhejiang Province. *Epilepsy & Behavior*. 2022;127:108516. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2021.108516>
18. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW. The PHQ-15: validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms. *Psychosom Med*. 2002;64(2):258–66. [10.1097/00006842-200203000-00008](https://doi.org/10.1097/00006842-200203000-00008)
19. Abdolmohammadi K, Ghadiri Sourman Abadi F, Sadat Seyed Pourmand N, Falsafinejad MR. The validation of somatization inventory in the students of Tabriz universities (Iran). *Qom University of Medical Sciences Journal*. 2018;11(12):61–7. [Persian] <https://journal.muq.ac.ir/article-1-1237-en.pdf>
20. Bagby RM, Taylor GJ, Parker JD. The Twenty-Item Toronto Alexithymia Scale-II. convergent, discriminant, and concurrent validity. *J Psychosom Res*. 1994;38(1):33–40. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(94\)90006-x](https://doi.org/10.1016/0022-3999(94)90006-x)
21. Besharat MA. Reliability and factorial validity of a Farsi version of the 20-item Toronto Alexithymia Scale with a sample of Iranian students. *Psychol Rep*. 2007;101(1):209–20. <https://doi.org/10.2466/pr0.101.1.209-220>
22. Besharat MA. Assessing reliability and validity of the Farsi version of the Toronto Alexithymia Scale in a sample of substance-using patients. *Psychol Rep*. 2008;102(1):259–70. <https://doi.org/10.2466/pr0.102.1.259-270>
23. Bernstein DP, Stein JA, Newcomb MD, Walker E, Pogge D, Ahluvalia T, et al. Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse Negl*. 2003;27(2):169–90. [https://doi.org/10.1016/s0145-2134\(02\)00541-0](https://doi.org/10.1016/s0145-2134(02)00541-0)
24. Garrusi B, Nakhaee N. Validity and reliability of a Persian version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Psychol Rep*. 2009;104(2):509–16. <https://doi.org/10.2466/pr0.104.2.509-516>
25. Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*. 1988;52(1):30–41. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2
26. Besharat MA. Multidimensional Scale of Perceived Social Support: questionnaire, instruction and scoring. *Journal of Developmental Psychology*. 2018;15(60):447-9. https://jip.stb.iau.ir/article_668831.html [Persian]

27. Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behav Res Ther.* 1995;33(3):335–43. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00075-u](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-u)
28. Samani S, Jokar B. Investigating the validity and reliability of the Short Form of Depression, Anxiety and Psychological Stress Scale. *Journal of Social Sciences and Humanities, Shiraz University.* 2007;26(3):65–77. [Persian]
29. Hooman HA. Structural equation modeling with LISREL application. Tehran: SAMT Pub; 2006. [Persian]
30. Meyers LS, Gamst GC, Guarino AJ. Applied multivariate research: design and interpretation. 3rd ed. Los Angeles: SAGE Publications, Inc; 2006.
31. Einy S, Nazar S, Ebadi M, Zeynalzadeh M. Development of structural equations of social adjustment of students with specific learning disorder based on alexithymia and metacognition beliefs and mediated by perceived social support. *Journal of Learning Disabilities.* 2022;11(4):62–77. [Persian] https://jld.uma.ac.ir/article_1602_e138e01f51687abf662be9d249c877cf.pdf
32. Spensieri V, Valastro C, Cerutti R. Technology addition and alexithymia features in a sample of Italian adolescents. In: 3rd International Conference on Behavioral Addictions [Internet]. Switzerland, Geneva: Akadémiai Kiadó. 2016. p:58.
33. Öksüz E, Mersin S, Tangül Özcan C. Childhood traumatic experiences, alexithymia, and resilience in patients with adjustment disorder. *Gülhane Tıp Dergisi.* 2018;60(3):97–102. <http://dx.doi.org/10.26657/gulhane.00030>
34. Lang J, Jeschke S, Herziger B, Müller RM, Bertsche T, Neining MP, et al. Prejudices against people with epilepsy as perceived by affected people and their families. *Epilepsy Behav.* 2022;127:108535. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2021.108535>
35. Li L, Lu J, Xu Y, Zhao Y. Changes in pre–and postsurgery for drug resistant epilepsy: cognition and sleep. *BioMed Research International.* 2022;2022:e9971780. <https://doi.org/10.1155/2022/9971780>
36. Zamanloo K, Asgari Mobarakeh K, Kazemi R. An investigation and comparison of the effect of sodium valproate on electrophysiological specificities of the epileptic and bipolar patients. *Alborz University Medical Journal.* 2022;11(2):161–9. [Persian] <https://aums.abzums.ac.ir/article-1-1518-en.pdf>
37. Şar V, Türk-Kurtça T. The vicious cycle of traumatic narcissism and dissociative depression among young adults: a trans–diagnostic approach. *J Trauma Dissociation.* 2021;22(5):502–21. <https://doi.org/10.1080/15299732.2020.1869644>
38. Bertele N, Talmon A, Gross JJ. Childhood maltreatment and narcissism: the mediating role of dissociation. *J Interpers Violence.* 2022;37(11–12):NP9525–47. <https://doi.org/10.1177/0886260520984404>
39. Şahin DS, Özer Ö, Yanardağ MZ. Perceived social support, quality of life and satisfaction with life in elderly people. *Educational Gerontology.* 2019;45(1):69–77. <https://doi.org/10.1080/03601277.2019.1585065>
40. Brunsting NC, Zachry C, Liu J, Bryant R, Fang X, Wu S, et al. Sources of perceived social support, social–emotional experiences, and psychological well–being of international students. *The Journal of Experimental Education.* 2021;89(1):95–111. <https://doi.org/10.1080/00220973.2019.1639598>
41. Narimani M, Rashidi J, Zardi B. The role of children’s self–concept, family’s social support, and parenting styles in predicting academic vitality among students with specific learning disability. *Journal of Learning Disabilities.* 2019;8(3):112–33. [Persian] https://jld.uma.ac.ir/article_791_e6c873af7fe5fe23453eb219e383bab3.pdf
42. Rodríguez MS, Tinajero C, Páramo MF. Pre–entry characteristics, perceived social support, adjustment and academic achievement in first–year Spanish university students: A path model. *J Psychol.* 2017;151(8):722–38. <https://doi.org/10.1080/00223980.2017.1372351>
43. Murugan PV. Mental health and adjustment of higher secondary school students. *Journal on Educational Psychology.* 2017;11(2):29–35. <https://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ1169547.pdf>
44. Moazaz R, Narimani M, Hajloo N, Abolghasemi A, Savadi Osjoei D. The effect of cognitive–behavioral stress management in the frequency of epileptic seizures in adolescents with epilepsy. *Nursing and Midwifery Journal.* 2016;14(9):767–74. [Persian] <http://unmf.umsu.ac.ir/article-1-2947-en.html>
45. Mehrparvar M, Karimi SB. The effectiveness of cognitive–behavioral group therapy on stigma and death anxiety in epileptic patients in Bukan. *Health Psychology.* 2022;11(42):67–84. [Persian] <https://doi.org/10.30473/hpj.2022.59163.5232>
46. Humphreys KL, LeMoult J, Wear JG, Piersiak HA, Lee A, Gotlib IH. Child maltreatment and depression: a meta–analysis of studies using the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse & Neglect.* 2020;102:104361. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104361>