



مدل‌یابی ساختاری رابطه استیگمای بیماری با اضطراب اجتماعی با توجه به نقش واسطه‌ای عملکرد خانوادگی در بیماران مبتلا به صرع

الهه رضایی: دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران
ID سید عباس حقایق: استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران (* نویسنده مسئول) abbas_haghayegh@yahoo.com

چکیده

کلیدواژه‌ها

عملکرد خانوادگی،
استیگما،
اضطراب اجتماعی،
صرع

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۳/۲۱

تاریخ چاپ: ۱۴۰۱/۰۵/۲۲

زمینه و هدف: صرع به‌شدت بر زندگی افراد مبتلا به آن تأثیر می‌گذارد و با کاهش سلامت جسمی و روانی آنان موجب بروز اختلالات روان‌پزشکی می‌شود. صرع یکی از بیماری‌های شایع و مزمن نورولوژیکی است که در عین‌حال می‌تواند مشکلات روان‌شناختی زیادی برای افراد مبتلا به این بیماری ایجاد کند. هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه استیگمای بیماری با اضطراب اجتماعی در بیماران مبتلا به صرع با توجه به نقش واسطه‌ای مولفه‌های عملکرد خانوادگی بوده است.

روش کار: طرح پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های توصیفی به شیوه معادلات ساختاری بوده است. ۱۱۷ بیمار مبتلا به صرع-بر اساس تشخیص پزشک متخصص- به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده و به وسیله پرسشنامه‌های مقیاس استیگمای صرع، پرسشنامه هراس اجتماعی و پرسشنامه ابزار سنجش خانواده مورد ارزیابی قرار گرفتند. نمونه‌گیری ذکر شده از اوایل اردیبهشت ماه ۱۳۹۷ آغاز و تا آخر تیرماه به مدت ۳ ماه ادامه داشت. داده‌ها با استفاده از روش مدل‌یابی ساختاری تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: شاخص‌های برازندگی اکثر مدل‌های مفروض بالاتر از مقدار مطلوب و در سطح خوبی قرار دارند که این مقدار حاکی از برازش خوب مدل است. نتایج حاکی از تأیید نقش واسطه‌ای تعدادی از مولفه‌های عملکرد خانوادگی شامل حل مسئله، نقش‌ها، پاسخگویی عاطفی و کنترل رفتاری در رابطه استیگمای بیماری با اضطراب اجتماعی در بین بیماران مصروع بود ($p < 0/05$). اما نقش میانجی مولفه‌های ارتباط، آمیزش عاطفی و عملکرد کلی خانواده در رابطه استیگمای بیماری با اضطراب اجتماعی در بین بیماران مصروع معنادار به دست نیامد.

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج به دست آمده، استیگمای بیماری می‌تواند اضطراب اجتماعی بیماران مبتلا به صرع را افزایش دهد ولی برخی از مولفه‌های عملکرد خانوادگی می‌توانند این تأثیر را تعدیل کنند.

تعارض منافع: گزارش نشده است.

منبع حمایت‌کننده: حامی مالی ندارد.

شیوه استناد به این مقاله:

Rezaii E, Haghayegh SA. Structural Modeling of Relationship Between Disease Stigma and Social Anxiety by Considering the Mediating Role of Family Function in Patients with Epilepsy. Razi J Med Sci. 2022;29(5):1-15.

*انتشار این مقاله به‌صورت دسترسی آزاد مطابق با 3.0 CC BY-NC-SA صورت گرفته است.



Original Article

Structural Modeling of Relationship Between Disease Stigma and Social Anxiety by Considering the Mediating Role of Family Function in Patients with Epilepsy

Elahe Rezaei: MSc Student of Clinical Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran

Sayed Abbas Haghayegh: Assistant Professor of Department of Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran (* Corresponding author) abbas_haghayegh@yahoo.com

Abstract

Background & Aims: Epilepsy is one of the most common and chronic neurological diseases that can cause many psychological problems for people with this disease. Epilepsy is transient changes in brain function due to excessive and hyper-synchronous nervous activity that may lead to uncontrolled body movements or changes in the level of consciousness. Social anxiety disorder is defined as an extreme or unreasonable fear of being in social situations. The presence of comorbid mental disorders, especially social anxiety disorder in people with epilepsy, along with the patient's dysfunctional beliefs and attitudes about epilepsy, affect adaptation skills and the ability to cope with the problems of this chronic disease. General characteristics of epilepsy cause maladaptive coping strategies, high levels of anxiety, fear of being in public, and increased vulnerability of the epileptic person to social anxiety disorder. Family function denotes family ability to adapt to the changes made during life, solving contradictions and conflicts, solidarity between members and success in disciplinary patterns, observing the limits of individuals and the enforcement of the laws and regulations governing this institution with the aim of protecting the whole system. Family functioning refers to the family's ability to adapt to changes in life, Resolving contradictions and conflicts, Solidarity between members, and respect for boundaries. People with epilepsy receive the most treatment in the community from the family as the primary caregiver, which is the most important component of social support that is an important protective effect in the relationship between illness and health. Although there have been researches aimed at investigating the anxiety of patients with epilepsy or research aimed at investigating the stigma of epilepsy, the relationship between epilepsy and the stigma of the disease and social anxiety has not been investigated, considering the important role of the family, especially in the form of structural equations. The purpose of this study was to investigate the relationship between disease stigma and social anxiety considering the mediating role of family function in patients with epilepsy.

Methods: The study design was descriptive-correlation and the study population include all epileptic patients were referred to clinics and hospitals of Isfahan in 2018. After obtaining a code of ethics and coordinating with the education and protection departments of hospitals, 117 patients with epilepsy- based on specialist physician's diagnosis- selected by convenient sampling which evaluated by the questionnaires of Stigma Scale for, Social Phobia Inventory and Family Function Assessment. In selecting the research sample, the inclusion criteria were conscious satisfaction and the right to cancel the continuation of the research and the ability to read and write, and also the exclusion criteria was Failure to complete the questionnaire questions. The mentioned sampling started from the beginning of April 2018 and continued for 3 months. In selecting the research sample, the inclusion criteria were 1- informed consent and the right to withdraw from the research, 2- the ability to read and write, and the exit criteria of not completing the questionnaire questions were considered. The mentioned sampling started from the

Keywords

Family functioning,
Stigma,
Social anxiety,
Epilepsy

Received: 11/06/2022

Published: 13/08/2022

beginning of May 2017 and continued for 3 months until the end of July. The data were analyzed by using Structural Modeling in Smart PLS. 3.2.8.

Results: Path analysis has been used to investigate the mediating role of family functioning components in the relationship between disease stigma and social anxiety. Considering the non-significance of Shapiro-Wilk test values, it can be said that the distribution of the studied scales was normal. Path analysis has been used to investigate the mediating role of family

functioning components in the relationship between disease stigma and social anxiety. All fitness indicators of the most assumed models are above the desired value and are at a good level, which indicates a good fit of the model. The results confirmed the mediation role of the components of problem solving, roles, affective responsiveness and behavioral control among the epileptic patients ($p < 0.05$), however the mediating role of the components of communication, affective involvement and general family functioning not significant in the relationship between disease stigma and social anxiety in patients with epilepsy ($p > 0.05$). But in general, the mediating role of family functioning variable was not approved ($p > 0.05$).

Conclusion: Based on the results of this study, it can be said that the stigma of epilepsy as a chronic disease can cause anxiety and social isolation in these patients, which can lead to a wide range of disorders and problems such as depression, inability to make friends and academic and professional failure. However, family functioning can reduce the negative emotional burden of the disease and the social problems that result from it, especially in areas such as emotional support and problem solving. Research in this area can also have therapeutic implications and clarify the need for specific treatment plans for this group of patients and their families for mental health policy makers and it can be effective in reducing the problems caused by the disease and their other negative consequences, which allocates a large part of human and financial resources. According to results, the disease stigma increase social anxiety in patients with epilepsy, but family function could be mediate this effect. Due to the fact that the research method was descriptive correlational, as a result, it is not possible to infer causal relationships from the findings of this study; Also, due to the limited sample population and from the place where sampling was available, therefore, he acted more cautiously in generalizing the findings. It is suggested that future researches investigate this model using random sampling to increase the internal validity of the research. It can be effective to prepare a psychological profile and identify and screen people who are exposed to family problems and psychological injuries and prioritize training and psychological interventions for them. It can be said that the stigma of epilepsy as a chronic disease can cause anxiety and social isolation of these patients, which itself can create a wide range of disorders and problems such as depression, problems in making friends. Finding and failing academically and professionally; however, family functioning, especially in areas such as emotional support and problem solving, can reduce the negative emotional burden of this disease and the resulting social problems.

Conflicts of interest: None

Funding: None

Cite this article as:

Rezaii E, Haghayegh SA. Structural Modeling of Relationship Between Disease Stigma and Social Anxiety by Considering the Mediating Role of Family Function in Patients with Epilepsy. Razi J Med Sci. 2022;29(5):1-15.

*This work is published under CC BY-NC-SA 3.0 licence.

مقدمه

صرع (Epilepsy) یکی از شایع‌ترین و مزمن‌ترین بیماری‌های نورولوژیکی در جهان می‌باشد که پس از سکتة مغزی دومین عامل بروز بیماری‌های سیستم عصبی مرکزی در دنیا می‌باشد (۱). صرع به تخلیه انفجاری هم‌زمان در یک مجموعه نورونی در مغز تعریف شده است که با تحریک‌پذیری شدید سلول‌های عصبی، ناهشیاری، حرکات غیرارادی و تشنج همراه است (۳-۲). این بیماری، در جنس مذکر شایع‌تر است و شایع‌ترین سن بروز آن، قبل از ده سالگی است و در بروز آن، هم عوامل ژنتیکی و هم عوامل محیطی دخالت دارند. مطالعات نشان داده که ۱/۵ تا ۵ درصد جمعیت هر جامعه ممکن است دچار حملات صرعی شوند (۴). میزان شیوع متوسط این بیماری در جهان بین ۷ تا ۵.۵ درصد گزارش شده است (۵).

صرع به‌شدت بر زندگی افراد مبتلا به آن تأثیر می‌گذارد و با کاهش سلامت جسمی و روانی آنان موجب بروز اختلالات روان‌پزشکی و گاه خودکشی می‌شود (۶-۷) Zainab, Norsa'adah و Knight (۸) نشان می‌دهد که نگرانی در مورد تشنج سهم‌بزرایی در کیفیت زندگی دارد درحالی‌که تأثیرات دارویی از نظر تأثیر بر کیفیت زندگی اهمیت کمتری نسبت به آن دارد. همچنین نشان داده شده است که صرع نه تنها باعث اشکال در عملکرد سیستم عصبی مرکزی می‌شود بلکه بر روی عوامل اجتماعی، روانی، شناختی و عملکرد هیجانی و جنبه‌های مهم کیفیت زندگی افراد تأثیرگذار است (۹). صرع نحوه ادراک بیماران از خود و تصور آن‌ها از میزان کارایی‌شان را به شدت تحت تأثیر قرار می‌دهد، داشتن ادراک منفی نسبت به خود باعث آسیب‌پذیری بیشتر این افراد نسبت به اختلال‌های روان‌شناختی می‌شود. بیماران مبتلا به صرع به شدت از اختلال‌هایی همچون افسردگی (۱۰-۱۳) وسواس و ترس مرضی (۱۴) و اختلال‌های اضطرابی (۱۷-۱۵) رنج می‌برند. ویژگی‌های کلی بیماری صرع، باعث راهبردهای مقابله‌ای ناسازگارانه، سطوح بالای اضطراب، هراس از حضور در جمع و مستعد شدن فرد مصروع نسبت به اختلال اضطراب اجتماعی (Social anxiety disorder) می‌گردد (۱۸).

اضطراب اجتماعی، به ترس افراطی یا غیر معقول از

حضور در موقعیت‌های اجتماعی تعریف شده است (۱۸). وجود اختلالات روانی همراهِ خصوصاً اضطراب اجتماعی در افراد مبتلا به صرع (۱۹) در کنار باورها و نگرش‌های ناکارآمد فرد بیمار درباره صرع، مهارت‌های سازگاری و توانایی مقابله با مشکلات این بیماری مزمن را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۲۰). باورهای این بیماران با عقاید یک فرد عادی تفاوت دارد و به وسیله تجارب منفی مربوط به صرع تقویت می‌شود و به سطوح بالای اضطراب منجر می‌گردد که فرد را به سمت الگوهای رفتاری و راهبردهای مقابله‌ای ناسازگارانه سوق می‌دهد که منجر به شدیدتر شدن علائم و کاهش کیفیت زندگی می‌شود (۲۱) و از سویی دیگر، وخیم‌تر شدن علائم باعث می‌شود تا فرد بیمار به دلیل حملات تشنجی و ترس از برداشت منفی و برخوردهای تحقیرآمیز و مورد قضاوت قرار گرفتن از جانب دیگران اجتناب کند که همین باعث می‌شود تا نسبت به اختلال اضطراب اجتماعی آسیب‌پذیر گردد (۲۲). آن‌ها به علت تغییرات دائمی در زندگی، ترس از تشنج‌های ناگهانی و درک تفاوت خود با دیگر افراد اطراف خود دارای اضطراب هستند و اضطراب اجتماعی آن‌ها منجر به کناره‌گیری از دیگران و موقعیت‌های اجتماعی می‌شود. مشکل اصلی آن‌ها ترس از این است که دیگران درباره آن‌ها «چه فکری می‌کنند». در نتیجه ممکن است از بسیاری از موقعیت‌های اجتماعی اجتناب کنند چرا که در این موقعیت‌ها، برچسب یا استیگما (Stigma) خواهند خورد (۲۳).

علائم صرع، می‌تواند جلوه بالینی بسیار ناخوشایندی را در بیمار پدید آورد که اغلب زمینه‌ساز برداشت‌های عامیانه و تفکرات بسیار غلط در زمینه علل زمینه‌ساز این بیماری بوده و بیمار را در معرض ناراحت‌کننده‌ترین استیگما یا برچسب‌های اجتماعی قرار می‌دهد (۲۴). در اکثر مواقع، انگ اجتماعی حاصل از این بیماری با اختلالات خلقی و عزت‌نفس پایین همراه است و از آن جایی که صرع به دلیل طولانی و مادام‌العمر بودن، منجر به مشکلات روانی اجتماعی چون فقدان احترام به خود، احساس انگشت‌نما شدن، تبعیض و به عبارتی ننگ می‌شود، در نتیجه باعث می‌شود بیمار صرعی حملات یا تشنجات خود را عاملی برای ناتوانی بیشتر و مخل کیفیت زندگی خود در نظر بگیرد (۲۵). انگ

از مشکلات عمده بهداشتی در اکثر کشورهای جهان است. بیماری صرع علاوه بر ثبات قابل توجه در طول زمان، همه جنبه‌های زندگی فردی و اجتماعی و کارکردهای مختلف فرد و همچنین عملکرد خانواده بیمار را تحت تأثیر قرار می‌دهد و در طولانی‌مدت بر زندگی فرد مبتلا و اعضای خانواده، تأثیر می‌گذارد، همچنین با توجه به قرار داشتن فرد مصروع در مرحله فشارزا و چالش برانگیزی که باعث آسیب‌پذیری فرد در این مرحله در برابر مشکلات مختلف جسمانی و همچنین روانی بیشتر شود، شناسایی عواملی که می‌توانند میزان آسیب‌پذیری بیماران را تعدیل کرده و کاهش دهند، ضروری است و برنامه‌های شناسایی عوامل خطر ساز و پیشگیری از آن‌ها می‌تواند ما را در طراحی برنامه‌های توانمندی و به‌کارگیری آن یاری دهد.

اگرچه پژوهش‌هایی مانند پژوهش *Alsaadi, El Hammasi, Shahrour, Shakra, Turkawi, Nasreddine, Raoof.* با هدف بررسی اضطراب بیماران مبتلا به صرع یا پژوهش *Fernandes, Snape, Beran, Jacoby* با هدف بررسی استیگمای صرع (۲۴) انجام گرفته است ولی رابطه صرع با استیگمای بیماری و اضطراب اجتماعی با توجه به نقش مهم خانواده-خصوصاً در شکل معادلات ساختاری- بررسی نشده است. با توجه به مطالب فوق، هدف پژوهش حاضر، بررسی مدل رابطه‌ای استیگمای بیماری با اضطراب اجتماعی با توجه به نقش واسطه‌ای عملکرد خانوادگی در بیماران مبتلا به صرع بوده است.

روش کار

طرح پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های توصیفی به شیوه معادلات ساختاری بوده و جامعه آماری آن را کلیه بیماران مصروع مراجعه‌کننده به کلینیک‌ها و بیمارستان‌های شهر اصفهان در سال ۱۳۹۷ تشکیل می‌دادند. پس از اخذ کد اخلاق به شماره IR.IAU.NAJAFABAD.REV.1397.065 از معاونت پژوهشی دانشگاه مربوطه و با مراجعه به انجمن صرع شهر اصفهان، به شیوه نمونه‌گیری در دسترس، ۱۴۵

اجتماعی درک شده و مشکلات روان‌شناختی همراه با این بیماری می‌توانند مبتلایان به این بیماری را با تحمل بار روانی سنگینی مواجه سازد که این خود باعث کاهش کیفیت زندگی در این افراد می‌شود. تأثیرگذاری عوامل متعددی همچون نگرانی و اضطراب ناشی از حملات، کیفیت زندگی، حمایت اجتماعی، خودکارآمدی، سن شروع حملات، وضعیت شغلی و مشکلات روانی- اجتماعی بر درک انگ اجتماعی نشانگر این است که اثرات متقابل پیچیده‌ای بین متغیرهای جمعیت شناختی، بالینی و فاکتورهای روانی-اجتماعی وجود دارد که در ادراک استیگما نقش بازی می‌کنند (۲۶). استیگمایی که بر اساس نظام‌های ارزشی، فرهنگی و اجتماعی به بیمار مصروع نسبت داده می‌شود، در دیدگاه کلی‌تر بر خانواده بیمار تأثیر می‌گذارد و باعث تنزل اعتبار خانواده می‌گردد. شرم و خجالت مداوم خانواده به دلیل داشتن بیمار مصروع بر الگوهای ارتباطی بین اعضای خانواده تأثیرگذار است. زمانی که یکی از اعضای خانواده مبتلا به بیماری صرع می‌گردد، حضور وی منجر به تغییر در پویایی سیستماتیک خانواده می‌شود (۲۷) چرا که خانواده یک نظام اجتماعی است که اختلال در هر یک از اعضای آن، کل نظام را مختل می‌کند و این نظام مختل شده به نوبه خود اختلالات مربوط به اعضا را تشدید و مشکلات جدیدی مانند برخوردها و طرد افراطی و مراقبت‌های خاص را ایجاد می‌کند. در نتیجه نقش خانواده و عملکرد اعضای آن در بهبود وضعیت روان‌شناختی و حتی جسمانی بیمار از طریق توجه به مشکلات بیماران و فراهم کردن حمایت و امکانات لازم مهم تلقی می‌گردد (۲۸).

عملکرد خانوادگی، به تولدایی خانواده در هماهنگی با تطابق تغییرات ایجاد شده در طول زندگی، حل تضادها و تعارض‌ها، همبستگی بین اعضا و رعایت حدود و مرزها تعریف شده است (۲۹). بر خلاف دیگر بیماری‌های مزمن، افراد مصروع بیشترین درمانشان را در جامعه از خانواده به عنوان مراقبت‌کننده اصلی دریافت می‌دارند که مهم‌ترین جزء حمایت اجتماعی است که یک تأثیر محافظتی مهم در ارتباط بین بیماری و سلامت است (۳۰) چرا که کنترل و پیشگیری بیماری‌های مزمن یکی

مقیاس خود سنجی است که دارای سه خرده مقیاس فرعی، ترس، اجتناب و ناراحتی فیزیولوژیک می‌باشد. هر ماده بر اساس مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از صفر برای لیداً تا ۴ برای بی‌نهایت درجه‌بندی می‌گردد (۳۴). اعتبار آن با روش باز آزمایی در گروه‌هایی با تشخیص اختلال هراس اجتماعی برابر با ۰/۷۸ تا ۰/۸۹ بوده و ضریب همسانی درونی آن (آلفای کرونباخ) در یک گروه بهنجار ۰/۹۴ گزارش شده است (۳۵). همچنین برای مقیاس‌های فرعی ترس ۰/۸۹، اجتناب ۰/۹۱ و ناراحتی فیزیولوژیکی ۰/۸۰ گزارش شده است. روایی سازه در مقایسه نتایج این آزمون در دو گروه از آزمودنی‌های با تشخیص اختلال هراس اجتماعی و آزمودنی‌های گروه افراد بهنجار بدون تشخیص روان‌پزشکی بررسی شد که تفاوت معناداری با هم نشان دادند (۳۶).

۳. پرسشنامه ابزار سنجش خانواده (Family- Assessment Device-FAD)

«ابزار سنجش خانواده» یک پرسشنامه ۶۰ سؤالی است که توسط Epstein و همکاران (۳۷) برای سنجیدن عملکرد خانواده بنا بر الگوی مک مستر (Mac Master Model) تدوین شده است. این پرسشنامه شامل شش خرده مقیاس حل مسئله، ارتباط یا تعامل، نقش‌ها، پاسخ‌گویی عاطفی، آمیزش عاطفی، کنترل رفتاری و یک نمره به عنوان عملکرد کلی خانواده می‌باشد. هر سؤال در طیف لیکرت ۱ تا ۴ نمره‌گذاری می‌شود (کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم). نمرات بالاتر نشانگر اختلال و عملکرد ناسالم بیشتر در آن خرده مقیاس می‌باشد. این ابزار در یک مطالعه مستقل روی ۱۷۸ زوج حدوداً ۶۰ ساله، با «مقیاس رضایت زناشویی لاک-والاس» همبستگی متوسط داشته است. به علاوه، این ابزار با قدرت متمایز سازی اعضای خانواده‌های بالینی و غیر بالینی، در هر هفت خرده مقیاس خود دارای روایی خوبی برای گروه‌های شناخته شده است. پرسشنامه حاضر با ضرایب آلفای خرده مقیاس‌های خود از ۰/۷۲ تا ۰/۹۲ از همسانی درونی نسبتاً خوبی برخوردار است. ضرایب آلفای کل مقیاس و خرده مقیاس‌های حل مسئله، ارتباط، نقش‌ها، پاسخ‌گویی عاطفی، آمیزش عاطفی، کنترل رفتاری و عملکرد کلی در پژوهش امینی (۳۸) به

بیمار مبتلا به صرع توسط پزشک متخصص مغز و اعصاب تشخیص صرع دریافت کرده بودند، انتخاب شده و دفترچه حاوی پرسشنامه‌های انگ صرع، هراس اجتماعی کانور و مقیاس عملکرد خانواده در اختیار آنها قرار داده شد. پس از بررسی پرسشنامه‌های تکمیل شده، ۲۸ مورد به دلیل عدم پاسخگویی کامل به برخی از سؤالات از پژوهش حذف شدند و در آخر نمونه‌هایی شامل ۱۱۷ نفر بوده است. در انتخاب نمونه پژوهش ملاک‌های ورود ۱- رضایت آگاهانه و حق انصراف از ادامه پژوهش ۲- توانایی خواندن و نوشتن و ملاک خروج عدم تکمیل نکردن سؤالات پرسشنامه لحاظ شد. نمونه‌گیری ذکر شده از اوایل اردیبهشت ماه ۱۳۹۷ آغاز و تا آخر تیرماه به مدت ۳ ماه ادامه داشت. پس از جمع‌آوری اطلاعات، داده‌ها توسط نرم‌افزار AMOS و روش آماری معادلات ساختاری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

۱. مقیاس انگ صرع (Stigma scale for epilepsy-SSOE)

این پرسشنامه توسط Mbuba و همکاران (۳۱)، ساخته و اعتباریابی شده است. نسخه اصلی پرسشنامه بر روی ۶۷۳ بیمار مصروع در کیلیفی کنیا، اجرا شد و نشان داد که از پایایی و روایی خوبی برخوردار است. پرسشنامه ننگ صرع، ۱۸ عبارت داد که در یک دامنه ۳ نقطه‌ای شامل اصلاً (۱)، گاهی اوقات (۲) و همیشه (۳) نمره‌گذاری می‌شود. دامنه نمرات بین ۱۸ تا ۵۴ است. ضریب آلفای کرونباخ، برای نسخه اصلی آزمون ۰/۹۱ و اعتبار باز آزمایی به وسیله محاسبه ضریب همبستگی درونی، ۰/۹۲ گزارش شده است (۳۱). این مقیاس توسط حاجی و برهمند (۳۲) ترجمه شده و بر روی ۶۰ بیمار مصروع اجرا شده است و پایایی آن با استفاده از روش محاسبه ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۹۴ به دست آمده است که نشان می‌دهد نسخه ترجمه شده آزمون انگ صرع، از پایایی و روایی خوبی برای سنجش میزان فشار ننگ در بیماران صرعی برخوردار است.

۲. پرسشنامه هراس اجتماعی (Social Phobia Inventory- SPIN)

این پرسشنامه توسط Conner و همکاران Sherwood (۳۳) به منظور ارزیابی هراس یا اضطراب اجتماعی تهیه گردید. این پرسشنامه یک

متغیرهای استیگمای بیماری، اضطراب اجتماعی و عملکرد خانواده و مولفه‌هایشان در جدول ۲ ارائه شده است. همچنین در این جدول نتایج آزمون شاپیرو-ویلک جهت بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها گزارش شده است.

با توجه به عدم معناداری مقادیر آزمون شاپیرو-ویلک می‌توان بیان داشت که توزیع مقیاس‌های مورد مطالعه نرمال بوده است. برای بررسی نقش میانجی مولفه‌های عملکرد خانوادگی در رابطه بین استیگمای بیماری با اضطراب اجتماعی از تحلیل مسیر استفاده شده است. مدل‌های پیشنهادی برآزش شده نقش میانجی این

ترتیب ۰/۹۲، ۰/۶۱، ۰/۳۸، ۰/۷۲، ۰/۶۴، ۰/۶۵، ۰/۶۱ و ۰/۸۱ گزارش شده است. همین ضرایب آلفا برای کل مقیاس و خرده مقیاس‌های آن به ترتیب فوق در پژوهش رضایی (۳۹) ۰/۹۱، ۰/۶۶، ۰/۶۷، ۰/۶۳، ۰/۴۲، ۰/۶۱، ۰/۳۸ و ۰/۷۳ گزارش شده است.

یافته‌ها

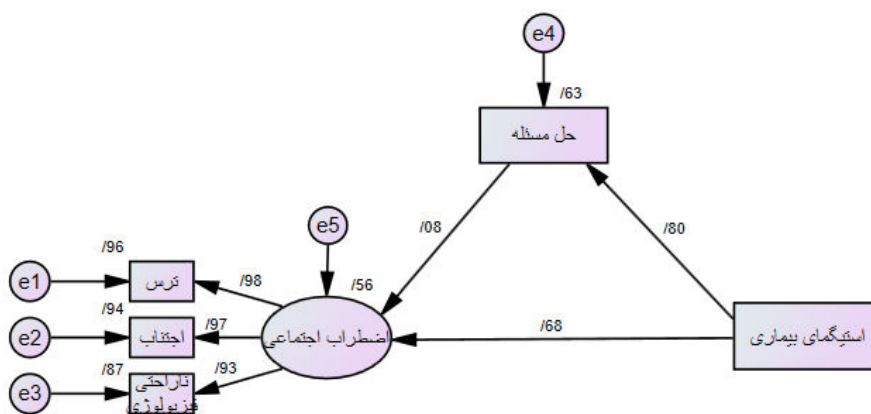
در این قسمت یافته‌های پژوهش ارائه شده‌اند. اطلاعات مربوط به برخی از متغیرهای جمعیت شناختی در جدول ۱ ارائه شده است. میانگین و انحراف استلندارد شرکت کنندگان در

جدول ۱- توزیع فراوانی آزمودنی‌ها بر اساس متغیرهای جمعیت شناختی

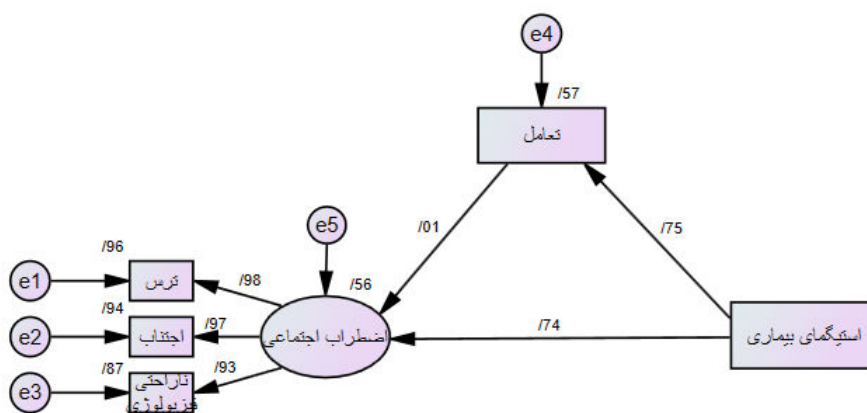
| متغیر | فراوانی (درصد) | متغیر | فراوانی (درصد) |
|------------|------------------------|----------------|----------------|
| جنسیت | زن (۳۷/۶٪) ۴۴ | بیکار | ۳۶ (۳۰/۸٪) |
| | مرد (۶۲/۴٪) ۷۳ | دانشجو | ۳۸ (۳۲/۵٪) |
| وضعیت تاهل | مجرد (۶۳/۲٪) ۷۴ | وضعیت آزاد | ۲۴ (۲۰/۵٪) |
| | متاهل (۳۶/۸٪) ۴۳ | اشتغال دولتی | ۶ (۵/۱٪) |
| | زیر دیپلم (۶/۸٪) ۸ | خصوصی | ۱۳ (۱۱/۱٪) |
| | دیپلم (۱۷/۹٪) ۲۱ | سن (سال) ۱۰-۲۰ | ۲۶ (۲۲/۲٪) |
| تحصیلات | کاردانی (۳۵/۲٪) ۴۱ | ۲۱-۳۰ | ۵۵ (۴۷٪) |
| | کارشناسی (۳۳/۳٪) ۳۹ | ۳۱-۴۰ | ۳۰ (۲۵/۶٪) |
| | ارشد و بالاتر (۶/۸٪) ۸ | ۴۱-۵۰ | ۶ (۵/۲٪) |

جدول ۲- آماره‌های توصیفی و آزمون شاپیرو-ویلک متغیرهای پژوهش

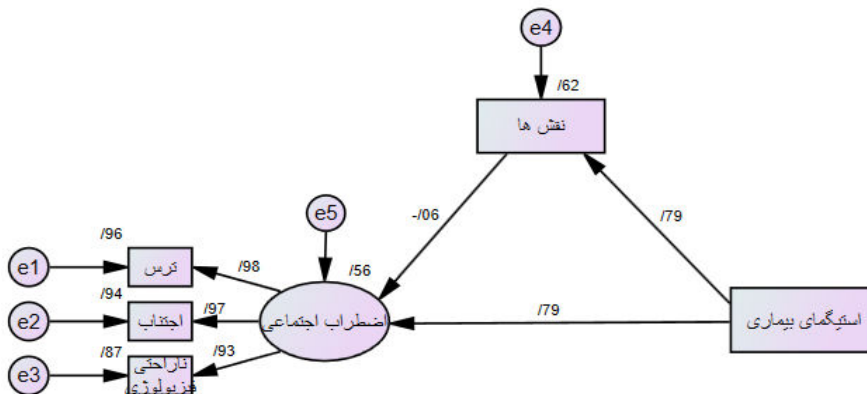
| متغیر | یافته‌های توصیفی | آزمون شاپیرو-ویلک |
|---------------------------|--------------------|-------------------|
| مقیاس‌های اضطراب اجتماعی | میانگین | سطح معناداری |
| | انحراف استاندارد ± | مقدار |
| مولفه‌های عملکرد خانوادگی | استیگمای بیماری | ۰/۲۳ |
| | اضطراب اجتماعی | ۰/۵۸ |
| | ترس | ۰/۲۸ |
| | اجتناب | ۰/۵۸ |
| | ناراحتی فیزیولوژی | ۰/۲۵ |
| | حل مسئله | ۰/۹۹ |
| | ارتباط یا تعامل | ۰/۵۸ |
| | نقش‌ها | ۰/۲۳ |
| | پاسخ‌گویی عاطفی | ۰/۶۹ |
| | آمیزش عاطفی | ۰/۲۳ |
| کنترل رفتاری | ۰/۶۹ | |
| عملکرد عمومی خانواده | ۳۰/۱۲±۶/۱۵ | ۰/۱۸ |



شکل ۱- مدل برازش شده نقش میانجی حل مساله در رابطه بین استیگمای بیماری با اضطراب اجتماعی



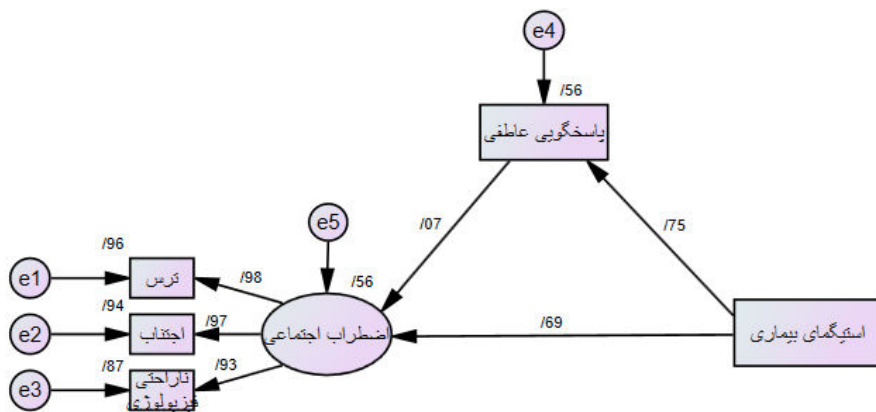
شکل ۲- مدل برازش شده نقش میانجی تعاملات در رابطه بین استیگمای بیماری با اضطراب اجتماعی



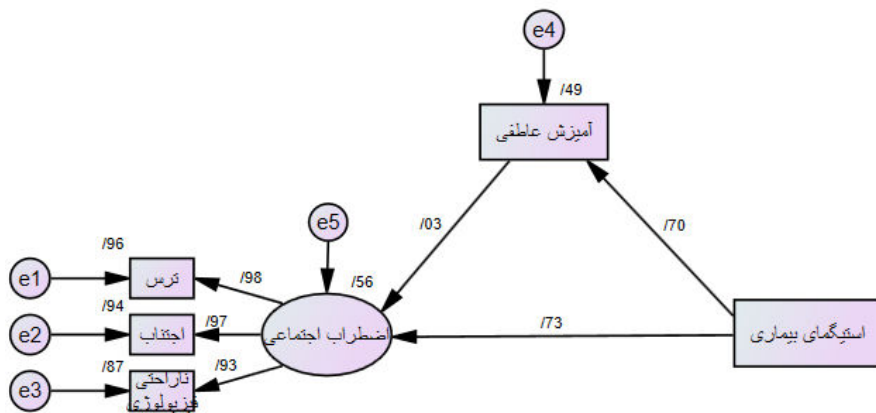
شکل ۳- مدل برازش شده نقش میانجی نقش‌ها در رابطه بین استیگمای بیماری با اضطراب اجتماعی

مورد تایید قرار گرفت ($P < 0.05$). اگر چه نقش میانجی مولفه‌های آمیزش عاطفی و عملکرد عمومی خانواده در رابطه استیگمای بیماری با اضطراب اجتماعی در بین بیماران مصروع معنادار به دست نیامد (جدول ۳). با توجه به جدول ۴ تمامی شاخص‌های برازندگی اکثر

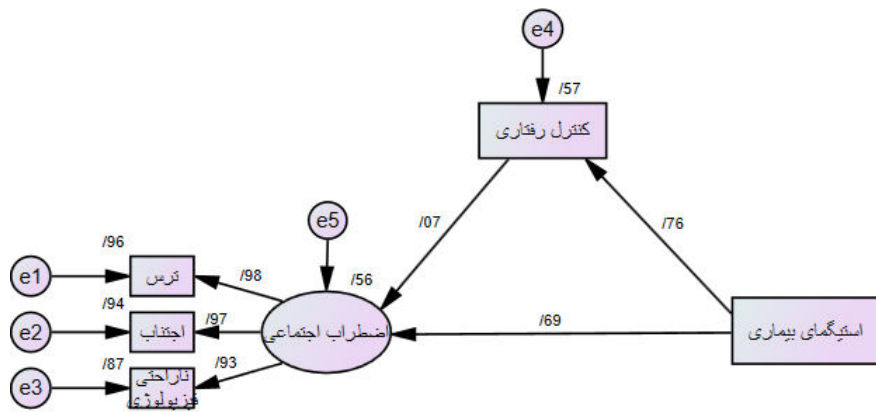
مؤلفه‌ها در شکل‌های ۱ تا ۷ نشان داده شده است. با توجه به نتایج به‌دست‌آمده، نقش واسطه‌ای مولفه‌های حل مسئله، نقش‌ها، پاسخگویی عاطفی، ارتباط یا تعامل و کنترل رفتاری در رابطه استیگمای بیماری با اضطراب اجتماعی در بین بیماران مصروع



شکل ۴- مدل برازش شده نقش میانجی پاسخگویی عاطفی در رابطه بین استیگمای بیماری با اضطراب اجتماعی



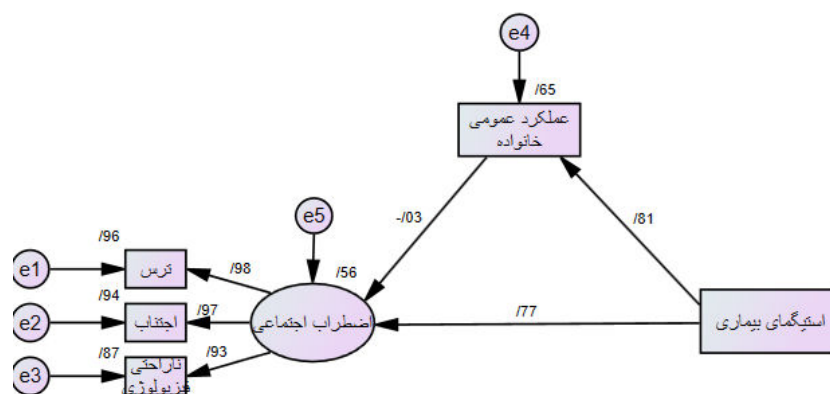
شکل ۵- مدل برازش شده نقش میانجی آمیزش عاطفی در رابطه بین استیگمای بیماری با اضطراب اجتماعی



شکل ۶- مدل برازش شده نقش میانجی کنترل رفتاری در رابطه بین استیگمای بیماری با اضطراب اجتماعی

ترتیب مدل پیشنهادی با مدل مطلوب برازش دارد و نشان‌دهنده عدم نقش میانجی‌گری عملکرد خانوادگی بر رابطه استیگمای بیماری با اضطراب اجتماعی است.

مدل‌ها مفروض بالاتر از مقدار مطلوب و در سطح خوبی قرار دارند که این مقدار حاکی از برازش خوب مدل است. این مدل با مقدار کای اسکوئر برابر ۶/۴۶ و درجه آزادی ۶ در سطح $P < 0/05$ معنادار نمی‌باشد. بدین



شکل ۷- مدل برازش شده نقش میانجی عملکرد عمومی خانواده در رابطه بین استیگمای بیماری با اضطراب اجتماعی

جدول ۳- ضرایب استاندارد شده نقش میانجی عملکرد خانوادگی و مولفه‌های آن بر رابطه استیگمای بیماری با اضطراب اجتماعی

| متغیر | مسیرهای رگرسیونی | اثر کل | اثر مستقیم | اثر غیر مستقیم |
|----------------|---|--------|------------|----------------|
| حل مسئله | استیگمای بیماری - « حل مسئله | ۰/۷۹ | ۰/۷۹ | ۰ |
| | استیگمای بیماری - « اضطراب اجتماعی | ۰/۷۴ | ۰/۶۸ | ۰/۰۶ |
| | استیگمای بیماری - « ترس | ۰/۷۳ | ۰/۰ | ۰/۷۳ |
| تعاملات | استیگمای بیماری - « اجتناب | ۰/۷۲ | ۰/۰ | ۰/۷۲ |
| | استیگمای بیماری - « ناراحتی فیزیولوژیکی | ۰/۷۰ | ۰/۰ | ۰/۷۰ |
| | استیگمای بیماری - « تعامل | ۰/۷۵ | ۰/۷۵ | ۰ |
| | استیگمای بیماری - « اضطراب اجتماعی | ۰/۷۴ | ۰/۷۴ | ۰/۰۰۵ |
| | استیگمای بیماری - « ترس | ۰/۷۳ | ۰/۰ | ۰/۷۳ |
| نقش‌ها | استیگمای بیماری - « اجتناب | ۰/۷۲ | ۰/۰ | ۰/۷۲ |
| | استیگمای بیماری - « ناراحتی فیزیولوژیکی | ۰/۷۰ | ۰/۰ | ۰/۷۰ |
| | استیگمای بیماری - « نقش‌ها | ۰/۷۸ | ۰/۷۸ | ۰ |
| | استیگمای بیماری - « اضطراب اجتماعی | ۰/۷۴ | ۰/۸۰ | -۰/۰۶ |
| | استیگمای بیماری - « ترس | ۰/۷۳ | ۰/۰ | ۰/۷۳ |
| پاسخگویی عاطفی | استیگمای بیماری - « اجتناب | ۰/۷۲ | ۰/۰ | ۰/۷۲ |
| | استیگمای بیماری - « ناراحتی فیزیولوژیکی | ۰/۷۰ | ۰/۰ | ۰/۷۰ |
| | استیگمای بیماری - « پاسخگویی عاطفی | ۰/۷۴ | ۰/۷۴ | ۰ |
| | استیگمای بیماری - « اضطراب اجتماعی | ۰/۷۴ | ۰/۶۸ | ۰/۰۶ |
| | استیگمای بیماری - « ترس | ۰/۷۳ | ۰/۰ | ۰/۷۳ |
| | استیگمای بیماری - « اجتناب | ۰/۷۲ | ۰/۰ | ۰/۷۲ |
| | استیگمای بیماری - « ناراحتی فیزیولوژیکی | ۰/۷۰ | ۰/۰ | ۰/۷۰ |

بحث

بوده است که دریافتند عملکرد ضعیف خانواده و تعارضات شدید والدین، بیماران مبتلا را در روند کنار آمدن با بیماری و سازگاری با آن با مشکل مواجه کرده و خود به عنوان عامل تشدید آسیب‌پذیری فرد در مقابل اختلالات روان‌شناختی عمل می‌کند. ماهیت و علائم صرع می‌تواند بازخوردها و واکنش‌های منفی احتمالی برخی از افراد در روابط بین فردی را به دنبال

نتایج پژوهش مبنی بر تایید نقش میانجی برخی از مؤلفه‌های عملکرد خانوادگی مانند حل مسئله، نقش‌ها، پاسخگویی عاطفی و کنترل رفتاری در رابطه بین استیگمای بیماری و اضطراب اجتماعی همسو با نتایج پژوهش‌های Xu و همکاران (۴۰)، Wu و همکاران (۴۱)، Popp و همکاران (۴۲) و Knafel و همکاران (۴۳)

جدول ۳- ادامه

| متغیر | مسیرهای رگرسیونی | اثر کل | اثر مستقیم | اثر غیر مستقیم |
|----------------------|--|--------|------------|----------------|
| آمیزش عاطفی | استیگمای بیماری - « آمیزش عاطفی | ۰/۷۰ | ۰/۷۰ | ۰ |
| | استیگمای بیماری - « اضطراب اجتماعی | ۰/۷۴ | ۰/۷۲ | ۰/۰۲ |
| | استیگمای بیماری - « ترس | ۰/۷۳ | ۰/۰ | ۰/۷۳ |
| | استیگمای بیماری - « اجتناب | ۰/۷۲ | ۰/۰ | ۰/۷۲ |
| کنترل رفتاری | استیگمای بیماری - « ناراحتی فیزیولوژیکی | ۰/۷۰ | ۰/۰ | ۰/۷۰ |
| | استیگمای بیماری - « کنترل رفتاری | ۰/۷۵ | ۰/۷۵ | ۰ |
| | استیگمای بیماری - « اضطراب اجتماعی | ۰/۷۴ | ۰/۶۸ | ۰/۰۶ |
| | استیگمای بیماری - « ترس | ۰/۷۳ | ۰/۰ | ۰/۷۳ |
| عملکرد عمومی خانواده | استیگمای بیماری - « اجتناب | ۰/۷۲ | ۰/۰ | ۰/۷۲ |
| | استیگمای بیماری - « ناراحتی فیزیولوژیکی | ۰/۷۰ | ۰/۰ | ۰/۷۰ |
| | استیگمای بیماری - « عملکرد عمومی خانواده | ۰/۸۱ | ۰/۸۱ | ۰ |
| | استیگمای بیماری - « اضطراب اجتماعی | ۰/۷۴ | ۰/۷۷ | -۰/۰۳ |
| | استیگمای بیماری - « ترس | ۰/۷۳ | ۰/۰ | ۰/۷۳ |
| | استیگمای بیماری - « اجتناب | ۰/۷۲ | ۰/۰ | ۰/۷۲ |
| | استیگمای بیماری - « ناراحتی فیزیولوژیکی | ۰/۷۰ | ۰/۰ | ۰/۷۰ |

جدول ۴- شاخص های برازندگی مدل های پیشنهاد شده نقش میانجی عملکرد خانوادگی بر رابطه استیگمای بیماری با اضطراب اجتماعی

| متغیر | شاخص های برازندگی مدل اندازه گیری | GFI | AGFI | TLI | IFI | NFI | CFI | RMSEA |
|----------------------|-----------------------------------|------|------|------|------|------|------|-------|
| حل مساله | مدل پیشنهادی | ۰/۹۷ | ۰/۸۹ | ۰/۹۸ | ۰/۹۹ | ۰/۹۸ | ۰/۹۹ | ۰/۰۹ |
| تعاملات | مدل پیشنهادی | ۰/۹۹ | ۰/۹۳ | ۰/۹۹ | ۱/۰۰ | ۰/۹۹ | ۰/۹۹ | ۰/۰۵ |
| نقش ها | مدل پیشنهادی | ۰/۹۸ | ۰/۹۳ | ۰/۹۹ | ۰/۹۹ | ۰/۹۹ | ۱/۰۰ | ۰/۰۵ |
| پاسخگویی عاطفی | مدل پیشنهادی | ۰/۹۸ | ۰/۹۳ | ۰/۹۹ | ۰/۹۹ | ۰/۹۹ | ۰/۹۹ | ۰/۰۶ |
| آمیزش عاطفی | مدل پیشنهادی | ۰/۹۸ | ۰/۹۳ | ۰/۹۹ | ۰/۹۹ | ۰/۹۹ | ۰/۹۹ | ۰/۰۶ |
| کنترل رفتاری | مدل پیشنهادی | ۰/۹۸ | ۰/۹۳ | ۰/۹۹ | ۱/۰۰ | ۰/۹۹ | ۱/۰۰ | ۰/۰۶ |
| عملکرد عمومی خانواده | مدل پیشنهادی | ۰/۹۸ | ۰/۹۲ | ۰/۹۹ | ۰/۹۹ | ۰/۹۸ | ۱/۰۰ | ۰/۰۶ |

ناشی از بیماری عضو خود همچون برچسب یا استیگمای بیماری مواجه می‌شوند که در یک چرخه باطل، عملکرد فردی و خانوادگی را تحت تأثیر قرار می‌دهد و به این ترتیب خانواده نمی‌تواند نقش میانجی و تعدیل‌کننده خود را ایفا نماید (۴۴). از سوی دیگر، وجود فضای بسته در خانواده که فاقد چارچوب مشخص است به گونه‌ای که هر یک از اعضا به حال خود رها شده و جدا از هم هستند، همچنین مرزهای بین اعضا نامشخص و مبهم است و عشق و علاقه مشروط حاکم است، باعث می‌شود اعضای خانواده به ویژه فرد مصروع ضمن این که برای گسترش هویت فردی تشویق نمی‌شوند، بلکه از قبول مسئولیت یا حتی درخواست کمک برای غلبه بر مشکلات خودداری نمایند، در نتیجه مشکلات تداوم می‌یابند و یا به اشکال متفاوتی بروز می‌نمایند؛ بنابراین،

داشته باشد و خودپنداره فرد بیمار را نسبت به خود منفی کند. در تبیین نتیجه فوق می‌توان بیان کرد که خانواده منظومه‌ای باز است که اعضاء به طور عاطفی به هم پیوسته‌اند. عملکرد نامناسب ساخت و فضای روانی خانواده مصروعین (که ترکیب کلی و مجموعه روابط بین اعضای آن می‌باشد) باعث می‌شود تا رفتار فرد مصروع در جهت رویارویی با مسائل، موانع، فشارهای روانی، اضطراب‌ها، ترس‌ها و سایر محرک‌های ناخوشایند تحت تأثیر قرار قرار گیرد. فقدان یا کمبود پذیرش بدون قید و شرط در خانواده، منجر به کاهش ظرفیت مقابله‌ای و تحمل تعارض در اعضا می‌گردد و باعث می‌شود آنان نتوانند با میل و رغبت، درخواست کمک یکدیگر را اجابت کنند. در نتیجه، آن‌ها با ضعف در خزانه رفتاری و شناختی در مقابله با موانع و مشکلات

احساس را به اعضای دیگر و به ویژه فرد مصروع انتقال دهند، در نتیجه احساس رضایت‌مندی پایینی دارند. همه این عوامل باعث می‌شود تا اعضای خانواده نتوانند به صورت فعال درگیر مشکلات عضو مصروع شوند و ناآگاهی نسبت به نقش خود در رابطه با مشکلات ناشی از صرع و نحوه مقابله با آن‌ها، موجب تجربه استرس بیشتر و کاهش خودکارآمدی و دریافت بازخورد منفی می‌گردد؛ بنابراین، عملکرد خانواده نمی‌تواند نقش میانجی در رابطه استیگما و اضطراب اجتماعی ایفا نماید.

سازگاری افراد مصروع به دلیل بی‌ثباتی شرایط گوناگون مانند شرایط عاطفی، اقتصادی، اجتماعی و ... کاهش پیدا می‌کند و با توجه به این‌که ادراک ننگ، قابلیت پیش‌بینی خودکارآمدی را دارد و بیماران مبتلا به صرع بستری شده در بیمارستان، از استیگمای حاصل از برخورد اطرافیان به خاطر بیماری‌شان رنج می‌برند و به تبع همین ننگ ادراک شده، حس خودکارآمدی نیز در آنان پایین می‌باشد و در توانایی آنان برای انجام وظایف شان تداخل ایجاد می‌کند، در نتیجه به حمایت از سوی اجتماع و خانواده نیاز دارند؛ بنابراین، دریافت حمایت از سوی خانواده می‌تواند نقش استیگما را در آسیب‌پذیری فرد نسبت به اضطراب اجتماعی کاهش دهد. خانواده‌های دارای عضو مصروع از طریق وضع استانداردها و آزادی‌های رفتاری، از یک سو می‌توانند باعث افزایش حس خودکارآمدی و تقویت عزت نفس در عضو مصروع شوند و از سویی دیگر با بهبود شیوه‌های تعاملی سبب کاهش مشکلات رفتاری به ویژه پرخاشگری، افسردگی و ... گردند چرا که الگوهای ارتباطی ناکارآمد می‌توانند موجب آسیب مزمن در زندگی خانوادگی و تداوم منابع تعارض بین اعضای خانواده و فرد مصروع شوند. خانواده از طریق افزایش مهارت‌های همدلی، ارائه راهکارهایی برای دادن پاسخ هیجانی متناسب، چه احساسات مثبت (لذت، عشق، توجه، مهربانی، محبت) و چه منفی (غمگینی، افسردگی، خشم و ترس) و فراهم کردن بستر تخلیه و ابراز هیجانی برای فرد مصروع، می‌توانند در بیان پاسخ‌های همدلانه به طور مطلوب عمل کنند و در ابراز

کارکرد خانواده کاهش پیدا می‌کند به گونه‌ای که خانواده به عنوان یک سیستم به بن‌بست می‌رسد و دیگر پویایی خود را از دست می‌دهد چرا که توانایی خانواده در هماهنگی با تغییرات، حل تضادها و تعارضات کاهش پیدا می‌کند؛ بنابراین، نمی‌توان انتظار داشت که نظام خانوادگی در جهت رشد و تعالی حرکت کرده و بتواند مسائل بین فردی را حل و فصل نماید (۴۵). ناتوانی خانواده در توسعه روابط بین اعضا، باعث می‌شود تا اعضا نتوانند به ارتباط کلامی و غیرکلامی مؤثر بپردازند که موجب آسیب‌پذیری خانواده در حوزه‌های روانی و اجتماعی می‌گردد و به این ترتیب فرد مصروع و به‌طور کلی خانواده در برابر استیگما آسیب‌پذیرتر می‌گردند که خود باعث کاهش حضور در موقعیت‌های جمعی می‌گردد که زمینه را برای اضطراب اجتماعی در فرد فراهم می‌کند (۴۶)؛ بنابراین ناتوانی خانواده در ایفای نقش خود در توسعه فرآیندهای ارتباطی و اختلال در عملکرد خانوادگی، باعث می‌شود خانواده نتواند نقش میانجی را میان استیگما و اضطراب اجتماعی بازی کند. حضور عضو بیمار و سازگاری با چنین وضعیتی، تنش بسیار زیادی را در خانواده ایجاد می‌کند و آن‌ها واکنش‌های نامناسب در موقعیت‌های مختلف از خود بروز می‌دهند که تأثیر نامطلوبی بر روی کل خانواده و اطرافیان می‌گذارد. وجود فرد مصروع در هر خانواده، ساختار و سلامت روان اعضا خانواده به‌ویژه والدین و همسر را تحت‌الشعاع قرار می‌دهد. فقدان یا ضعف در مهارت استفاده از پاسخ‌های مثبت شناختی، عاطفی و رفتاری برای حل تعارض‌های بین فردی که مانع از بهبود روابط صمیمانه، حل تعارض‌ها و دستیابی به رضایت و بهبود عملکرد خانوادگی می‌شود، موجب افزایش قضاوت‌های منفی و هیجان‌های منفی و نقص در مهارت‌های مقابله‌ای در موقعیت‌های استیگما و آسیب‌پذیری نسبت به حضور در موقعیت‌های اجتماعی (۴۷) و افت انسجام و پیوستگی می‌گردد که خود عاملی برای ناتوانی در حمایت و دریافت آن است که باعث می‌شود تا اعضای خانواده به دلیل استرس و ناتوانی در استفاده از راهبردهای مقابله‌ای مناسب، نتوانند احساس خودکارآمدی کنند (۴۸) و متعاقباً نمی‌توانند این

پزشک متخصص این پژوهش و کلیه شرکت‌کنندگان پژوهش که ما را در اجرای این پژوهش یاری رساندند، تشکر و سپاسگزاری می‌گردد.

References

1. Meyer AC, Dua T, Ma J, Saxena S, Birbeck G. Global disparities in the epilepsy treatment gap: a systematic review. *Bullet World Health Organiz.* 2010; 88: 260-6.
2. Michaelis R, Tang V, Goldstein LH, Reuber M, LaFrance Jr WC, Lundgren T, et al. Psychological treatments for adults and children with epilepsy: Evidence-based recommendations by the International League Against Epilepsy Psychology Task Force. *Epilepsia.* 2018; 59(7):1282-302.
3. Van Blitterswijk M, Rademakers R. Repeat expansions in myoclonic epilepsy. *Nat Genet.* 2018; 50(4):477-8.
4. Sanders DB, Howard JF, Bradely WG, Daroff RB, Fenichel GM, Jankovic J *Neurol Clin Prac.* 2004
5. Fiest KM, Sauro KM, Wiebe S, Patten SB, Kwong C, Dykeman J, et al. Prevalence and incidence of epilepsy. *Neurol.* 2017; 17: 296-303.
6. Kerr MP. The impact of epilepsy on patients' lives. *Acta Neurol Scand.* 2012; 126:1-9.
7. Hesdorffer DC, Ishihara L, Mynepalli L, Webb DJ, Weil J, Hauser WA. Epilepsy, suicidality, and psychiatric disorders: a bidirectional association. *Ann Neurol.* 2012; 72(2):184-91.
8. Norsa'adah B, Zainab J, Knight A. The quality of life of people with epilepsy at a tertiary referral centre in Malaysia. *Health Qual Life Outcomes.* 2013; 11(1):143.
9. Kutlo A, Gökçe G, Büyükbürgaz Ü, Selekler M, Komous U S. Self-esteem, social phobia and depression status in patients with epilepsy. *Noro Psikiyatrs Ars.* 2013; 50(4):320.
10. Biffu BB, Dachew BA, Tiruneh BT, Tebeje NB. Depression among people with epilepsy in Northwest Ethiopia: a cross-sectional institution based study. *BMC Res Notes.* 2015; 8(1):585.
11. Alsaadi T, El Hammasi K, Shahrour TM, Shakra M, Turkawi L, Almaskari B, Diab L, Raof M. Prevalence of depression and anxiety among patients with epilepsy attending the epilepsy clinic at Sheikh Khalifa Medical City, UAE: a cross-sectional study. *Epilepsy Behav.* 2015; 52:194-9.
12. Fiest KM, Dykeman J, Patten SB, Wiebe S, Kaplan GG, Maxwell CJ, Bulloch AG, Jette N. Depression in epilepsy: a systematic review and meta-analysis. *Neurology.* 2013; 80(6):590-9.

احساسات و درگیر شدن در مشکلات اعضاء خانواده به نحو مؤثری مداخله کنند.

با توجه به اینکه روش پژوهش از نوع توصیفی همبستگی بود، در نتیجه امکان استنباط روابط علی از یافته‌های این مطالعه وجود ندارد؛ همچنین با توجه به محدود بودن جمعیت نمونه و از آن جایی که نمونه‌گیری به شکل در دسترس بوده است، لذا در تعمیم یافته‌ها با احتیاط بیشتر عمل کرد. پیشنهاد می‌گردد پژوهش‌های بعدی این مدل را با استفاده از نمونه‌گیری تصادفی مورد بررسی قرار دهند تا اعتبار درونی پژوهش افزایش یابد. تهیه نیمرخ روانی و شناسایی و غربال سازی مصروعینی که در معرض مشکلات خانوادگی و آسیب‌های روانشناختی قرار دارند و در اولویت قرار گرفتن آموزش‌ها و مداخلات روان‌شناختی برای آنان می‌تواند اثرگذار باشد. همچنین پژوهش در این زمینه می‌تواند تلویحات درمانی به همراه داشته باشد و ضرورت طراحی برنامه‌های درمانی اختصاصی برای این دسته از بیماران و خانواده‌هایشان را برای سیاست‌گذاران خدمات بهداشت روانی روشن ساخته و می‌تواند در کاهش مشکلات ناشی از بیماری و سایر پیامدهای منفی آن‌ها که بخش فراوانی از منابع انسانی و مالی را به خود اختصاص می‌دهد، مؤثر باشد.

نتیجه‌گیری

بر اساس نتایج به دست آمده از این پژوهش می‌توان گفت استیگمای صرع به عنوان یک بیماری مزمن می‌تواند باعث اضطراب و انزوای اجتماعی این بیماران شود که خود می‌تولند زمینه‌ساز طیف وسیعی از اختلالات و مشکلات مانند افسردگی، مشکل در دوست‌یابی و عدم موفقیت تحصیلی و شغلی شود؛ اما عملکرد خانوادگی خصوصاً در حوزه‌هایی مانند حمایت عاطفی و حل مسئله می‌تولند باعث کاهش بار عاطفی منفی این بیماری و مشکلات اجتماعی حاصل از آن شود.

تقدیر و تشکر

از کادر اجرایی و درمانی انجمن صرع اصفهان، همکار

13. Mula M. Treatment of anxiety disorders in epilepsy: An evidence-based approach. *Epilepsia*. 2013; 54:13-8.
14. Kwon OY, Park SP. Depression and anxiety in people with epilepsy. *J Clin Neurol*. 2014; 10(3):175-88.
15. Alsaadi T, El Hammasi K, Shahrour TM, Shakra M, Turkawi L, Nasreddine W, Raouf M. Depression and anxiety among patients with epilepsy and multiple sclerosis: UAE comparative study. *Behav Neurol*. 2015; 2015.
16. Kanner AM, Barry JJ, Gilliam F, Hermann B, Meador KJ. Anxiety disorders, subsyndromic depressive episodes, and major depressive episodes: do they differ on their impact on the quality of life of patients with epilepsy?. *Epilepsia*. 2010; 51(7):1152-8.
17. Kanner AM. Psychiatric issues in epilepsy: the complex relation of mood, anxiety disorders, and epilepsy. *Epilepsy Behav*. 2009; 15(1):83-7.
18. Cianchetti C, Bianchi E, Guerrini R, Baglietto MG, Briguglio M, Cappelletti S, Casellato S, Cricchiutti G, Lualdi R, Margari L, Romeo A. Symptoms of anxiety and depression and family's quality of life in children and adolescents with epilepsy. *Epilepsy Behav*. 2018; 79:146-53.
19. Ortinski P, Meador KJ. Cognitive side effects of antiepileptic drugs. *Epilepsy Behav*. 2004; 5:60-5.
20. de Barros AC, Furlan AE, Marques LH, de Araújo Filho GM. Gender differences in prevalence of psychiatric disorders, levels of alexithymia, and coping strategies in patients with refractory mesial temporal epilepsy and comorbid psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsy Behav*. 2018; 82:1-5.
21. Carlson JM, Miller PA. Family burden, child disability, and the adjustment of mothers caring for children with epilepsy: Role of social support and coping. *Epilepsy Behav*. 2017; 68:168-73.
22. Micoulaud-Franchi JA, Bartolomei F, McGonigal A. Ultra-short screening instruments for major depressive episode and generalized anxiety disorder in epilepsy: The NDDIE-2 and the GAD-SI. *J Affective Disord*. 2017; 210:237-40.
23. Rapee R, Wignall A, Spence S, Lyneham H, Cobham V. *Helping your anxious child: A step-by-step guide for parents*. New Harbinger Publications; 2008 Dec 3.
24. Fernandes PT, Snape DA, Beran RG, Jacoby A. Epilepsy stigma: what do we know and where next?. *Epilepsy Behav*. 2011; 22(1):55-62.
25. Dewhurst E, Novakova B, Reuber M. A prospective service evaluation of acceptance and commitment therapy for patients with refractory epilepsy. *Epilepsy Behav*. 2015; 46:234-41.
26. Fanta T, Azale T, Assefa D, Getachew M. Prevalence and factors associated with perceived stigma among patients with epilepsy in Ethiopia. *Psychiatr J*. 2015; 2015.
27. Bressi C, Cornaggia CM, Beghi M, Porcellana M, Iandoli II, Invernizzi G. Epilepsy and family expressed emotion: Results of a prospective study. *Seizure*. 2007; 16(5):417-23.
28. Chowdhury FA, Elwes RD, Koutroumanidis M, Morris RG, Nashef L, Richardson MP. Impaired cognitive function in idiopathic generalized epilepsy and unaffected family members: an epilepsy endophenotype. *Epilepsia*. 2014; 55(6):835-40.
29. Chan SW. Global perspective of burden of family caregivers for persons with schizophrenia. *Arch Psychiatr Nurs*. 2011; 25(5):339-49.
30. Haji A, Mahmoud Fakhe H. Relationship of Social Support and Self-Management with Quality of Life in Patients with Epilepsy. *J Health Care*. 2015; 17(3): 240-247.
31. Mbuba CK, Abubakar A, Odermatt P, Newton CR, Carter JA. Development and validation of the Kilifi Stigma Scale for Epilepsy in Kenya. *Epilepsy Behav Epilepsy & Behavior*. 2012 May; 24(1):81-5.
32. Haji A, Karimi Q. The Role of Worry, Uncertainty and Social Stigma in Predicting Self-Efficacy and Quality of Life in Patients with Epilepsy. *J Health Care*. 2015; 17(3): 187-197.
33. Conner KM, Davidson JR, Churchill LE, Sherwood A. „Social Phobia Inventory “(SPIN). Fragebögen und Ratingskalen zur sozialen Phobie und zu sozialen Ängsten. 2003; 176:296.
34. Fathi Aashtiani A. *Psychological tests: Personality assessment and mental health*. Tehran: Besaat publication. 2009
35. Antony MM, Coons MJ, McCabe RE, Ashbaugh A, Swinson RP. Psychometric properties of the social phobia inventory: Further evaluation. *Behav Res Ther*. 2006; 44(8):1177-85.
36. Salajegheh S., & bakhshani N. Effectiveness of Combined Group Exposure Therapy and Coping with Stress Skills Training on Social Anxiety Rate of University Students. *J Sci Res Appl Psychol*. 2014; 15(56): 96-104.
37. Epstein NB, Baldwin LM, Bishop DS. The McMaster family assessment device. *J Marital Fam Ther*. 1983; 9(2):171-80.
38. Amini F. *Comparison of Family Performance in Independent and Affiliated Students*. Master's Thesis of counseling. Kharazmi University. 1999
39. *Independent and Affiliated Students*. Master's Thesis of counseling. Kharazmi University. 1999
40. Rezaei N. *Effect of First Generation Family Performance on Performance of Next-Generation Family*. Master's Thesis of counseling, Islamic Azad University, Roudehen branch. 1998
41. Xu Y, Hackett ML, Glozier N, Nikpour A, Bleasel A, Somerville E, Lawson J, Jan S, Hyde L, Todd L, Martiniuk A. Frequency and predictors of psychological distress after a diagnosis of epilepsy: a community-based study. *Epilepsy Behav*. 2017; 75: 190-5.

42. Wu YP, Follansbee-Junger K, Rausch J, Modi A. Parent and family stress factors predict health-related quality in pediatric patients with new-onset epilepsy. *Epilepsia*. 2014; 55(6):866-77.
43. Popp JM, Robinson JL, Britner PA, Blank TO. Parent adaptation and family functioning in relation to narratives of children with chronic illness. *J Pediatr Nurs*. 2014; 29(1):58-64.
44. Knafl KA, Deatrick JA, Knafl GJ, Gallo AM, Grey M, Dixon J. Patterns of family management of childhood chronic conditions and their relationship to child and family functioning. *J Pediatr Nurs*. 2013; 28(6):523-35.
45. Dabrowska A, Pisula E. Parenting stress and coping styles in mothers and fathers of pre-school children with autism and Down syndrome. *J Intellect Disabil Res* 2010; 54(3):266-80.
46. Rezvanizade A, & Namvar H. The relationship of forgiveness and appreciation with considering the mediating role of interpersonal factors in family functioning of diabetic husbands. *J Adv Behav Sci*. 2016, 1(5): 52-68.
47. Chew J, Carpenter J, Haase AM. Young people's experiences of living with epilepsy: The significance of family resilience. *Soc Work Health Care*. 2018; 57(5):332-54.
48. Lightsey Jr OR, Sweeney J. Meaning in life, emotion-oriented coping, generalized self-efficacy, and family cohesion as predictors of family satisfaction among mothers of children with disabilities. *Fam J*. 2008; 16(3):212-21.
49. Mohtashami T, Ali Akbari Dehkordi M, Chime N, Alipur A, & Vaghefi H. The Effect of Responsive Therapy Methodology on Family Function in Mothers of Children with Autism. *J Fam Res*. 2011, 8(31): 173-289.