A Survey on the Impact of Metacognitive Beliefs, Anxiety, and Depression on the Stigma of Epilepsy in Khoram-Abad, Iran

Mehdi Sahraei, Fatemeh Rezaei*, Fatemeh Papi

Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Lorestan University, Khorramabad, Iran

Article Info:

Received: **19 Aug 2019** ***Revised:*** **17 Nov 2019** ***Accepted:*** **28 Dec 2019**

ABSTRACT

Introduction: Metacognitive beliefs and processes contribute to anxiety and depression are often associated with Emotional and behavioral disorders in patients with epilepsy. Despite extensive studies revealed that anxiety and depression contribute to the stigma of patients with epilepsy, little is known on the relationship between metacognition and stigma in epileptic patients. The aim of this study was to explore the relationship between metacognition beliefs, anxiety, and depression with the stigma of epilepsy. ***Materials and Methods:*** In this intermittent-descriptive study, 100 patients, both male and female, with epilepsy treated in different health care centers in khoram-Abad city in 2018 were selected. A short survey on meta-cognition beliefs, a questionnaire of anxiety and depression, analogy of stigma epilepsy, and a questionnaire of comprehension diseases were used. ***Results:*** The results showed that anxiety and cognitive confidence predicted the stigma in epileptic patients. Furthermore, there is a positive correlation between anxiety and stigma and a negative correlation between cognitive confidence and stigma were observed in these patients. The regression analysis revealed that in the first step 44% of stigma variance was predicted by anxiety, and in the second step 52% of stigma variance was predicted by anxiety and cognitive predictor variables. ***Conclusion:*** Our data indicate that a high-level of anxiety and a low-level of cognitive confidence could predict the stigma of patients with epilepsy.

Key words:

1. Epilepsy
2. Metacognition
3. Anxiety
4. Depression

***Corresponding Author:** Fatemeh Rezaei

E-mail: *rezaei.f@lu.ac.ir*

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-11]

[DOI: 10.29252/shefa.8.3.20]

بررسی اثر باورهای فراشناخت، اضطراب و افسردگی بر استیگمای صرع در شهر خرم آباد، ایران

مهدی صحرایی، فاطمه رضایی*، فاطمه پاپی

گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، خرم آباد، ایران

اطلاعات مقاله:

دریافت: ۲۸ مرداد ۱۳۹۸ **اصلاحیه:** ۲۶ آبان ۱۳۹۸ **پذیرش:** ۷ دی ۱۳۹۸

چـــــکیده

مقدمه: باورها و فرایندهای فراشناخت، اضطراب و افسردگی اغلب با اختلالات عاطفی و روانی در بیماران مبتلا به صرع همراه است. با وجود مطالعات گسترده نشان داد که اضطراب و افسردگی با استیگمای بیماران مبتلا به صرع ارتباط دارد، در ارتباط بین باورهای فراشناخت و استیگما در بیماران مبتلا به صرع اطلاعات کمی وجود دارد. هدف از این مطالعه بررسی ارتباط بین باورهای فراشناخت، اضطراب و افسردگی بر استیگمای بیماران مبتلا به صرع بود. ***مواد و روش‌ها:*** در این مطالعهٔ مقطعی -توصیفی ۱۰۰ بیمار مرد و زن مبتلا به صرع در مراکز درمانی مختلف در شهر خرم آباد در سال ۱۳۹۷ انتخاب شدند. فرم کوتاه باورهای فراشناخت، پرسشنامهٔ اضطراب و افسردگی، مقیاس استیگما صرع و پرسشنامهٔ ادراک بیماری استفاده شد. ***یافته‌ها:*** نتایج نشان داد که اضطراب و اطمینان شناختی، استیگما را در مبتلایان به صرع پیش‌بینی کرده‌اند. همچنین در این بیماران بین اضطراب و استیگما همبستگی مثبت و بین اطمینان شناختی و استیگما همبستگی منفی مشاهده شد. نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که در گام اول ۴۴ درصد واریانس استیگما توسط اضطراب پیش‌بینی شده و در گام دوم ۵۲ درصد واریانس استیگما توسط متغیرهای پیش‌بین اضطراب و اطمینان شناختی پیش‌بینی شده است. ***نتیجه‌گیری:*** داده‌های ما نشان داد که میزان بالای اضطراب و میزان پایین اعتماد شناختی می‌تواند داغ اجتماعی بیماران مبتلا به صرع را پیش‌بینی کند.

کلید واژه‌ها:

۱. صرع
۲. فراشناخت
۳. اضطراب
۴. افسردگی

* **نویسنده مسئول:** فاطمه رضایی

آدرس الکترونیکی: *rezaei.f@lu.ac.ir*

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-11]

[DOI: 10.29252/shefa.8.3.20]

مقدمه

صرع[1] شایع‌ترین اختلال عصبی بعد از میگرن، سکتهٔ مغزی و بیماری آلزایمر می‌باشد که حدود ۵۰ میلیون نفر چیزی حدود ۰/۱ تا ۰/۵ در سراسر جهان با این بیماری زندگی می‌کنند (۱، ۲). صرع اختلال متناوب و ناگهانی سیستم عصبی ناشی از تخلیهٔ همزمان تعدادی از نورون‌های مغزی است که این تخلیه به احساس خود به خودی اختلال حسی، از بین رفتن هوشیاری، حرکات تشنجی یا مجموعه‌ای از این حالات منجر می‌شود (۳). این یک بیماری عصبی رایج است که حدود یک درصد بزرگسالان را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۴). صرع مرتبط با طیفی از جنبه‌های زیست‌شناختی و آسیب‌شناسی روانی است که در این میان افسردگی[2] شایع‌ترین اختلال روانپزشکی در میان این افراد می‌باشد (۵).

به طور کلی بسیاری از بیماران مبتلا به صرع عملکردهای شناختی ضعیف‌تری نسبت به افراد عادی دارند (۶). باورهای فراشناختی[3] (باورهایی در مورد کنترل و اجرای شناختی) از عوامل تعیین‌کنندهٔ بنیادی ناراحتی‌های عاطفی هستند (۷). باورهای فراشناختی منفی به عدم توانایی کنترل و خطر درجاماندگی تفکر[4] اشاره دارد (۸). ("من نمی‌توانم نگرانی‌ام را کنترل کنم، نشخوار کنترل مرا از ذهنم می‌گیرد") که حفظ و افزایش وسواس و افزایش سطح ناراحتی را به نوبهٔ خود باعث می‌شود. باورهای فراشناختی منفی هم اثر مستقیم و هم غیر مستقیم را به وسیلهٔ سندروم شناختی[5] توجه بر روی ناراحتی‌های عاطفی ایفاء می‌کند (۹، ۱۰).

در مطالعات قبلی، باورهای فراشناختی در افراد مبتلا به صرع به صورت مستقل به ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و متغیرهای مربوط به صرع، با اضطراب[6] و افسردگی پیوند دارند (۱۱). باورهای فراشناختی بعد از کنترل کردن ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، ویژگی‌های صرع و ادراک‌های منفی بیماران مبتلا به صرع، واریانس بیشتری دربارهٔ ناراحتی‌های عاطفی (اضطراب و افسردگی) توضیح می‌دهد (۱۲، ۱۳).

اضطراب و افسردگی مشکلات هم‌آیندی با صرع، مخصوصاً در بیماران مبتلا به صرع مقاوم به دارو و در صرع لوب گیجگاهی گزارش شده است (۱۹، ۲۰). با این حال آشفتگی‌های هیجانی[7] همراه با صرع مورد غفلت قرار می‌گیرد و تلاشی برای درمان آن صورت نمی‌گیرد (۲۱)، برخی آشفتگی هیجانی را پیامد تشنج‌ها و داغ اجتماعی[8] می‌دانند (۲۲، ۲۳).

مدل پردازش اطلاعات روانشناسی، مدل کارکرد اجرایی خودتنظیمی معین کرده که فرایندها و عقاید فراشناختی نابهنجار در توسعه و نگهداری از اضطراب و افسردگی نقش بنیادی بازی می‌کنند (۲۴، ۲۵).

روابط بین عقاید فراشناختی منفی در مورد غیر قابل کنترل بودن و نگرانی از خطر و اضطراب و نشانه‌های افسردگی مشهود بودند (۲۶). تأثیر اضطراب و افسردگی در افراد مبتلا به صرع قابل توجه است و می‌تواند اثر منفی بیشتری از فراوانی و شدت تشنج و اثرات جانبی داروهای ضد صرع بر روی کیفیت زندگی[9] افراد مبتلا به صرع بگذارد. یک برنامهٔ مدیریت جامع برای بیماران مبتلا به صرع امری ضروری است که شامل ارزیابی و مداخله‌های مناسب برای اضطراب و افسردگی باشد (۲۷، ۲۸).

بیماران مبتلا به صرع احتمالاً با استیگما اجتماعی همراه با احساس ننگ و بدنامی و بی‌ارزشی مواجهه می‌شوند که با برچسب زدن آغاز می‌شود و به طرد و انزوای اجتماعی منجر می‌گردد (۲۹، ۳۰). در اکثر مواقع استیگمای اجتماعی ادراک شده از سوی بیماران با اختلالات اجتماعی ادراک شده از سوی بیماران با اختلال‌های خلقی، اضطراب و عزت نفس[10] پایین همراه است و باعث می‌شود که بیماران، حمله‌های صرعی را عاملی برای ناتوانی بیشتر و کیفیت زندگی و بهزیستی روانی[11] کمتر تلقی کنند (۳۱، ۳۲). میزان احساس ننگ اجتماعی در بیماران متفاوت است. شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد نوع صرع، سن شروع بیماری، احساس فرد در خصوص زندگی و آسیب‌های ناشی از صرع نگرانی، بلاتکلیفی، اضطراب ناشی از حمله‌ها، حمایت اجتماعی، خودکارآمدی[12]، وضعیت شغلی و سایر مشکلات روانی -اجتماعی بر ادراک استیگمای اجتماعی در افراد مصروع تأثیرگذار است (۳۳، ۳۴). با توجه به عوامل روانی مرتبط با صرع هدف از نگارش این مقاله بررسی اثر باورهای فراشناخت، اضطراب و افسردگی بر استیگمای بیماران مبتلا به صرع می‌باشد (۷). در ضرورت پژوهش حاضر نکاتی قابل توجه است که در ادامهٔ نوشتار به آن‌ها خواهیم پرداخت از جمله این که افراد مصروع جز اعضای جدایی‌ناپذیر جامعه هستند که حق زندگی توام با بهزیستی روانی و عدم تصادم تحمیلی حاصل از استیگما برای آن‌ها باید محفوظ بماند، همچنین سلامت جسم و روان آن‌ها بر سلامت روانشناختی خانواده و جامعه تأثیر دارد. با توجه به دلایل و شواهدی که ذکر شد، بررسی تأثیر استیگما بر باورهای فراشناختی، اضطراب و افسردگی مبتلایان به صرع، متأسفانه درک فعلی از اضطراب و افسردگی در افراد

[1] Epilepsy
[2] Depression
[3] Metacognitive
[4] In the persist of tinking
[5] Cogniyive syndrome
[6] Anxiety
[7] Emotional excitement
[8] Stigma
[9] Quality of life
[10] Self-esteem
[11] Mental well-being
[12] Efficacy

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-11]
[DOI: 10.29252/shefa.8.3.20]

مصروع محدود است و درک روابط این سازه‌ها می‌تواند نقش مهمی در طرح‌های آموزشی و مداخله‌های مرتبط با صرع داشته باشد. شناسایی عوامل روانشناختی در افراد مصروع می‌تواند از بروز آسیب‌های اجتماعی پیشگیری کند. نتایج حاصل از این پژوهش می‌تواند برای توانمندسازی افراد برای مواجهه با استیگما و نیز کاهش، تعدیل و تغییر نگرش‌های استیگما در جامعه مؤثر باشد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از دسته مطالعات مقطعی توصیفی از نوع همبستگی با استفاده از روش رگرسیون است. جامعهٔ آماری پژوهش شامل کلیهٔ بیماران مبتلا به صرع مراجعه‌کننده به مراکز درمانی شهر خرم‌آباد در سال ۱۳۹۷ بود. حجم نمونه بر اساس فرمول کوکران (با لحاظ سطح اطمینان ۰/۹۵ و حداکثر خطای قابل قبول ۰/۱ و در نظر گرفتن نسبت بیماران مبتلا به صرع برابر با ۰/۵ برابر ۹۳ نفر به دست آمد که به‌منظور پوشش موارد احتمالی خروج از مطالعه، انتخاب ۱۰۰ بیمار مد نظر قرار گرفت. نمونهٔ مورد مطالعه به روش در دسترس و بدین ترتیب انتخاب شد که با مراجعه به مطب‌های نورولوژی موجود در شهر خرم‌آباد طی ۴ روز کاری در هر هفته، بیمارانی که توسط پزشک معالج تشخیص صرع دریافت می‌کردند و بر معیارهای ورود به مطالعه منطبق بودند، دعوت به همکاری شدند و بیمارانی که یک بار مورد بررسی قرار گرفتند در روزهای بعد حذف شدند.

معیارهای ورود به این پژوهش شامل: ۱- تشخیص قطعی صرع مقاوم به دارو و گذشت حداقل یکسال از تشخیص آن بر اساس شرح حال، معاینات و EEG طبق نظر متخصص نورولوژی، ۲- دامنهٔ سنی بین ۶۰-۱۸سال، ۳- سطح سواد بالاتر از سیکل، ۴- تمایل و رضایت آگاهانه به شرکت در طرح پژوهشی. معیارهای خروج از این طرح پژوهشی شامل: ۱- وجود عقب‌ماندگی ذهنی، ۲- داشتن اختلال روانی طبق پروندهٔ پزشکی و یا هر موردی که سبب اختلال در یادگیری شود، ۳- وجود سابقهٔ سوء مصرف یا وابستگی به مواد، ۴- عدم تمایل به ادامهٔ درمان بود.

ابزارها

برای اندازه‌گیری متغیرها از فرم کوتاه باورهای فراشناختی ولز، مقیاس اضطراب و افسردگی هاسپیتال و پرسشنامهٔ استیگمای بیماران مبتلا به صرع استفاده شد.

فرم کوتاه باورهای فراشناختی

فرم کوتاه باورهای فراشناختی (MCQ-30)[13] به‌منظور آزمون نظریهٔ فراشناختی اختلالات روانی به‌ویژه نقش فرضی باورهای فراشناختی در آسیب‌شناسی اختلال‌های هیجانی طراحی شده است. این پرسشنامه دارای ۳۰ عبارت است که فرد میزان موافقت خود را بر روی یک مقیاس از ۱ تا ۴ درجه‌بندی می‌کند. این پرسشنامه ۵ خرده مقیاس دارد که عبارتند از ۱- باورهای مثبت دربارهٔ نگرانی، ۲- باورهای منفی دربارهٔ کنترل‌ناپذیری و خطر، ۳) باورهای منفی دربارهٔ لزوم کنترل افکار، ۴) باورهای مثبت دربارهٔ خودآگاهی شناختی و ۵) باورهای منفی دربارهٔ اطمینان شناختی. در زمینهٔ روایی این پرسشنامه دامنهٔ ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌ها را ۰/۷۲ تا ۰/۹۳ و پایایی آن به روش بازآزمایی برای نمرهٔ کل ۰/۷۵ و برای خرده مقیاس‌ها ۰/۵۹ تا ۰/۸۷ گزارش کرده‌اند (۳۵). در ایران شیرین زاده دستگیری ضریب همسانی درونی آن را به کمک ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۱ و برای زیر مقیاس‌های آن در دامنهٔ ۰/۷۱ تا ۰/۸۷ و پایایی بازآزمایی این آزمون را در فاصلهٔ چهار هفته برای کل مقیاس ۰/۷۳ گزارش کرد.

پرسشنامهٔ مقیاس اضطراب و افسردگی بیمارستان

پرسشنامهٔ مقیاس اضطراب و افسردگی بیمارستان (HADS)[14] ابزاری ۱۴ سؤالی و دارای دو مقیاس اضطراب و افسردگی می‌باشد. در این مقیاس هفت پرسش در ارتباط با نشانه‌های اضطراب (پرسش‌های ۱۳، ۱۲، ۹، ۸، ۵، ۴، ۱) و هفت پرسش پیرامون نشانهٔ افسردگی (پرسش‌های ۱۱، ۱۰، ۷، ۶، ۳، ۲ و۱۴) را شامل می‌شود. در نهایت از مجموعهٔ ۲۱ امتیاز اکتسابی در هر قسمت، نمرهٔ بالاتر از ۸ در هر قسمت به‌عنوان وجود اضطراب و افسردگی لحاظ شد. بر همین اساس وضعیت اضطراب و افسردگی بیماران صرع در سه سطح پایین (۸-۰)، متوسط (۱۴-۸) و بالا (۲۱-۱۴) گزارش شد (۳۶).

این پرسشنامه در مطالعات متعدد ایرانی و خارجی مورد استفاده قرار گرفته است. کاویانی روایی پرسشنامه را با آلفای ۷۰٪ در خرده مقیاس افسردگی، آلفای ۸۵٪ در خرده مقیاس اضطراب و پایایی را با روش آزمون مجدد ($P<۰/۰۰۱$، $r=۰/۰۰۱$) در خرده مقیاس افسردگی ($P<۰/۰۰۱$، $r=۰/۷۷$) در خرده مقیاس اضطراب بررسی و گزارش نموده است (۳۶).

پرسشنامهٔ استیگمای بیماران مبتلا به صرع

مقیاس استیگما شامل پرسشنامهٔ استیگمای بیماران مبتلا به صرع[15] می‌باشد. این مقیاس شامل ۲۴ آیتم است، که تکمیل آن حدود ۱۰ دقیقه طول می‌کشد. زیر مقیاس‌های این ابزار عبارتند از: توانایی بیمار در کنترل صرع، احساس بیماران در مورد تشنج‌هایشان وقتی در جمع دچار حمله می‌شوند، مشکلاتی که

[13] Short form of meta cognitive beliefs
[14] Anxiety and depression hospital scales
[15] Stigma scale for epilepsy

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-11]
[DOI: 10.29252/shefa.8.3.20]

بیماران مصروع به خاطر بیماریشان در طول روز با آن‌ها مواجهه می‌شوند، قضاوت در مورد صرع به چه عواملی بستگی دارد و اینکه مردم در مورد بیماری آن‌ها چگونه فکر می‌کنند. دامنهٔ نمرات بین ۰ تا ۱۰۰ است که صفر نشان‌دهندهٔ نداشتن استیگما و ۱۰۰ حداکثر نمره می‌باشد و نشان‌دهندهٔ استیگمای بالا در فرد می‌باشد. طبق پژوهش فرناندز و همکاران پرسشنامهٔ استیگما دارای اعتبار محتوا و ثبات درونی بالایی می‌باشد. پایایی این مقیاس برای بیماران مبتلا به صرع ۰/۸۸ است که مقدار قابل قبولی می‌باشد (۳۷).

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

به‌منظور تجزیه و تحلیل داده‌های آماری به دست آمده از پژوهش از نرم‌افزار SPSS ویرایش ۱۸ استفاده شد از آزمون همبستگی پیرسون برای بررسی میزان همبستگی متغیرهای پژوهش استفاده شد. همچنین از روش رگرسیون گام به گام استفاده شد.

یافته‌ها

میانگین سن اعضای نمونهٔ مورد پژوهش ۳۱ سال بود که جوان‌ترین آزمودنی ۱۷سال و مسن‌ترین آزمودنی ۶۴ سال داشتند. میانگین طول دورهٔ بیماری ۷/۱ سال و میانگین سن شروع بیماری هم ۱۱/۶ سال بود. ۴۶/۲ درصد آزمودنی‌ها مرد و ۵۳/۸ درصد آزمودنی‌ها زن بودند.

ضریب همبستگی بین استیگما و اضطراب و افسردگی به ترتیب ضرایب همبستگی ۰/۶۶ و ۰/۶۲ برقرار است یعنی هر چقدر استیگما (داغ اجتماعی) در بین بیماران صرع افزایش یابد میزان افسردگی و اضطراب نیز افزایش می‌یابد. ضریب همبستگی بین اطمینان شناختی با استیگما، اضطراب و افسردگی به ترتیب ۰/۴۹-، ۰/۹۱-، ۰/۸۱- است که نشان از همبستگی منفی بین اطمینان شناختی با استیگما، اضطراب و افسردگی است یعنی به هر میزان که اطمینان شناختی کاهش یابد، بر میزان سه متغیر مذکور افزوده خواهد شد.

همچنین ضریب همبستگی بین خودآگاهی شناختی با استیگما، اضطراب و افسردگی به ترتیب ۰/۵۴-، ۰/۹۰، ۰/۸۷- – است که نشان از آن دارد که به هر میزان که خودآگاهی شناختی در بین مصروعین کاهش یابد بر میزان اضطراب و استیگما و افسردگی افزوده خواهد شد.

ضریب همبستگی باورهای مربوط به نیاز به کنترل افکار با استیگما، اضطراب، افسردگی به ترتیب ۰/۵۵ ۰/۸۶، ۰/۸۲ است که نشان می‌دهد به هر میزان بر باورهای مربوط به نیاز به کنترل افکار افزوده شود بر میزان استیگما، اضطراب و افسردگی افزوده خواهد شد. ضریب همبستگی باورهای مثبت در مورد نگرانی با استیگما، اضطراب و افسردگی به ترتیب ۰/۴۵- ۰/۷۴، ۰/۷۱- است که نشان می‌دهد هر چقدر میزان باورهای مثبت در مورد نگرانی افزایش یابد از میزان استیگما، افسردگی و اضطراب کاسته می‌شود.

همانطور که نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که از روش رگرسیون گام به گام استفاده شد که در مدل اول متغیر اضطراب به‌عنوان پیش‌بین مناسب برای استیگما انتخاب شد که ضریب همبستگی آن ۰/۶۶۷

جدول ۱- میانگین، انحراف استاندارد متغیرهای پژهش؛ خلاصه ضرایب همبستگی بین متغیرهای پژوهش.

	میانگین	انحراف معیار	اضطراب	افسردگی	باورهای مثبت	باورهای منفی	اطمینان شناختی	باور به نیاز به کنترل افکار	خودآگاهی شناختی
استیگما	۷۶/۲۳۶۶	۱۱/۵۷۳۳۹	۰/۶۶۷	۰/۶۲۲	۰/۴۵۵-	۰/۳۷۴	۰/۴۹۴-	۰/۵۵۳	۰/۵۴۲-
اضطراب	۱۹/۳۶۵۶	۳/۳۰۲۷۸		۰/۹۴۹	۰/۷۴۷-	۰/۵۷۲	۰/۹۱۳-	۰/۸۶۷	۰/۹۰۵-
افسردگی	۱۹/۰۸۶۰	۳/۳۳۱۸۵			۰/۷۱۴-	۰/۵۴۲	۰/۸۸۵-	۰/۸۲۷	۰/۸۷۰-
باورهای مثبت	۷/۵۸۰۶	۳/۲۴۸۱۵				۰/۷۸۰-	۰/۸۰۷	۰/۶۸۴-	۰/۷۶۰
باورهای منفی	۲۲/۰۹۶۸	۴/۱۲۰۶۴					۰/۶۴۳-	۰/۵۲۳	۰/۵۵۶-
اطمینان شناختی	۷/۴۶۲۴	۲/۸۴۲۰۷						۰/۸۳۹-	۰/۹۳۶
باور به نیاز به کنترل افکار	۲۲/۱۲۹۰	۲/۹۲۳۷۶							۰/۸۳۶-
خودآگاهی شناختی	۷/۴۶۲۴	۲/۸۵۷۳۳							۱

جدول ۲- جدول مدل رگرسیون، تحلیل واریانس و مشخصه‌های آماری برای پیش‌بینی استیگما.

	گام‌های رگرسیون	متغیرهای وارد شده	ضریب B	ضریب بتا	آزمون T	معنی‌داری	R	R^2	آزمون F	معنی‌داری
متغیر وابسته استیگما	گام اول	اضطراب	۲/۳۳۹	۰/۶۶۷	۸/۵۴۹	۰/۰۰۰۱	۰/۶۶۷	۰/۴۴۵	۷۳/۰۸۳	۰/۰۰۰۱
	گام دوم	اضطراب	۴/۵۶۰	۰/۶۶۷	۷/۲۹۷	۰/۰۰۰۱	۰/۷۲۵	۰/۵۲۵	۴۹/۷۹۶	۰/۰۰۰۱
		اطمینان شناختی	۲/۸۲۶	۰/۶۹۴	۳/۸۹۲	۰/۰۰۰۱				

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-11]
[DOI: 10.29252/shefa.8.3.20]

بود یعنی بیانگر آن است که به هر میزان که استیگما افزایش یابد، نمرهٔ اضطراب در مبتلایان به صرع افزایش می‌یابد. میزان P در این مدل ۰/۰۰۰۱ است که فرض خلاف یعنی پیش‌بین بودن اضطراب را برای استیگما تایید می‌نماید. همچنین این مدل ۴۴ درصد واریانس را تبیین می‌کند (P=۰/۰۰۰۱، R^2=۰/۴۴۵، F=۷۳/۰۸۳).

در مدل شمارهٔ دو متغیر اطمینان شناختی و اضطراب همزمان استیگما را پیش‌بینی کردند. لازم به ذکر است که مدل ۲، ۵۲ درصد از استیگما را پیش‌بینی می‌کند (P=۰/۰۰۰۱، R^2=۰/۵۲۵، F=۴۹/۷۹۶).

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش در زمینهٔ پیش‌بینی استیگما بر اساس تغییرات اضطراب، افسردگی و باورهای فراشناخت می‌باشد. نتایج حاصل از تحلیل مدل رگرسیون به روش گام به گام نشان داد متغیرهای اضطراب و اطمینان شناختی پیش‌بین‌های قوی‌تری برای استیگما در مبتلایان به صرع بودند. بدین صورت که بین اضطراب و استیگما در بیماران مبتلا به صرع همبستگی مثبت و معنی‌داری وجود داشت. همچنین نتایج ضرایب همبستگی نشان داد بین عامل دوم (اطمینان شناختی) و استیگما در بیماران مبتلا به صرع همبستگی منفی و معنی‌داری وجود داشت. نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که در مدل یک عامل اول (اضطراب) ۴۴ درصد واریانس را توجیه می‌کند و تحلیل مدل دو نشان داد که هم‌آیندی اضطراب و اطمینان شناختی ۵۲ درصد واریانس را توجیه می‌کند. نتایج به دست آمده تا حدی با Baker و همکاران و Smith و همکاران، فانتا[16] و همکاران، رایو[17] و همکاران، پائولا[18] و همکاران همخوان است (۳۹، ۳۸، ۳۴، ۳۳، ۱۶).

نگرش‌های منفی و ادراک استیگما در صرع از جمله عوامل تعیین‌کننده بر سلامت بیماران صرع بود. اضطراب و افسردگی از جمله شایع‌ترین عوارض در بیماران مبتلا به صرع است که در ۴۶/۹ درصد مصروعین در ترکیه علایم افسردگی را همراه با استیگما داشتند (۴۰). زمانی که بیماران استیگما را ادراک می‌کنند خود مدیریتی، مدیریت بیماری و مقابله با پیامدهای منفی مختل می‌شود و سطح اضطراب اجتماعی بالا می‌رود و در نتیجه افسردگی نیز اجتناب‌ناپذیر می‌شود (۴۱). مشکلات روانپزشکی و مشکلات اجتماعی مانند پیدا کردن کار و ازدواج همراه با استیگما یک وضعیت مورد انتظار است که بیماران مبتلا به صرع آن را تجربه می‌کنند (۴۴-۴۲). این وضعیت بر تطابق درمانی تأثیر می‌گذارد و یک چرخهٔ معیوب را می‌سازد. بیماران در معرض انزوای اجتماعی یا روانی به دلیل تعصبات مفرط به دنبال سلامتی هستند. در این بیماران خود مدیریتی و مقابله با بیماری کاهش می‌یابد. سطح استیگمای اجتماعی در بیمارانی که نمی‌توانند بیماری خود را مدیریت کنند افزایش می‌یابد. بسیاری از مطالعات گزارش کرده‌اند که اضطراب و افسردگی با استیگما همراه است و مشکلات روانپزشکی نباید بیش از این مورد بررسی قرار گیرد (۵۱-۴۵، ۴۳).

در تبیین این نتایج می‌توان بیان کرد که استیگما اجتماعی درک‌شده می‌تواند مبتلایان به صرع را با تحمل بار روانی سنگینی مواجه کند که این خود باعث کاهش کیفیت زندگی در این افراد می‌شود. متغیرهای زیادی همانند اضطراب، کیفیت زندگی، خودکار آمدی، حمایت اجتماعی و سن شروع حمله‌ها بر درک و پیش‌بینی استیگمای اجتماعی در این بیماران دخیل است.

در تبیین نقش کاهش اطمینان شناختی (یکی از مؤلفه‌های فراشناخت) در پیش‌بینی استیگمای اجتماعی می‌توان گفت، کاهش اطمینان شناختی در مبتلایان به صرع سبب می‌شود که ارزیابی‌های ذهنی و کنترل اجرایی فرد دچار آسیب شده و بنابراین بیماران دست به راهکارهای جبرانی همانند نگرانی و نشخوار ذهنی برای غلبه بر کاهش حافظه شوند. این نگرانی و اضطراب که پیامد کاهش اطمینان شناختی می‌باشد خود به‌عنوان ماشه چکانی برای حملات صرع می‌باشند که خود این حملات میزان استیگما اجتماعی را افزایش می‌دهند.

در تبیین نقش اضطراب به‌عنوان یکی از پیش‌بین‌های استیگمای اجتماعی نیز می‌توان گفت، اضطراب این باور را در این بیماران به وجود می‌آورد که فرایند بیماری غیر قابل کنترل است و همین باور عدم کنترل بیماری سبب افزایش استیگمای اجتماعی می‌شود چرا که این بیماران هر لحظه احساس می‌کنند که نکند دچار حملهٔ صرع شوند و برچسب بیمار بودن توسط دیگران در آن‌ها بیشتر شود.

نتایج این تحقیق دنباله‌رو تحقیقات پیشین در حیطهٔ بیماران مبتلا به صرع و عوامل پیش‌بین در ارتباط با استیگمای اجتماعی می‌باشد. همانطور که در نتایج پژوهش حاضر دیده شد اضطراب و اطمینان شناختی بر اساس نتایج مدل‌های رگرسیون عوامل پیش‌بین معنی‌داری در ارتباط با استیگما بودند. همچنین نتایج نشان داد که استیگمای اجتماعی یک چالش سخت برای بیماران صرع است که باعث افزایش اضطراب و کاهش اطمینان شناختی در مبتلایان به صرع می‌شود. با این یافته‌ها این خلاء بیشتر احساس می‌شود که برای کاهش استیگمای اجتماعی تحمیل شده به مبتلایان به صرع،

[16] Fanta
[17] Rave
[18] Paola

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-11]
[DOI: 10.29252/shefa.8.3.20]

باید بر آگاهی و درک مردم جامعه دربارهٔ بیماری و بیماران صرع افزوده شود که آن هم نیازمند سرمایه‌گذاری و استفاده از نیروهای مجرب برای این مهم است. همچنین پیشنهاد می‌شود برای کاهش اضطراب و افزایش اطمینان شناختی در مبتلایان از رویکردهای روان‌درمانی همانند درمان فراشناختی استفاده شود. از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر عدم امکان دسته‌بندی انواع صرع در مبتلایان به صرع بود.

همچنین تعداد نمونه اگر با همکاری انجمن‌های صرع در ایران و همچنین مصروعین مواجه می‌شدیم می‌توانست بیشتر از تعداد حاضر باشد و به تبع آن نمونه‌ای معرف‌تر از جامعه انتخاب می‌شد. همچنین خودگزارشی بودن داده‌های پژوهش احتمال سوگیری و مخدوش شدن را افزایش داده است.

منابع

1. Bell GS, Sander JW. CPD-Education and self-assessment the epidemiology of epilepsy: the size of the problem. Seizure. 2001; 10(4): 306-16.

2. Sander JW, Shorvon SD. Epidemiology of the epilepsies. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 1996; 61(5): 433-43.

3. Banerjee PN, Filippi D, Hauser WA. The descriptive epidemiology of epilepsy-a review. Epilepsy Res. 2009; 85(1): 31-45.

4. Behr C, Goltzene MA, Kosmalski G, Hirsch E, Ryvlin P. Epidemiology of epilepsy. Revue Neurologique. 2016; 172(1): 27-36.

5. Barry JJ, Huynh N, Lembke A. Depression in individuals with epilepsy. Current Treatment Options in Neurology. 2000; 2(6): 571-85.

6. Kwon OY, Park SP. Depression and anxiety in people with epilepsy. Journal of Clinical Neurology. 2014; 10(3): 175-88.

7. Fisher PL, Noble AJ. Anxiety and depression in people with epilepsy: The contribution of metacognitive beliefs. Seizure. 2017; 50: 153-9.

8. Fisher PL, Cook SA, Noble A. Clinical utility of the metacognition's questionnaire 30 in people with epilepsy. Epilepsy & Behavior. 2016; 57: 185-91.

9. Leventhal H, Nerenz DR, Steele DJ. Illness representations and coping with health threats. Baum A, Taylor SE, Singer JE. Handbook of Psychology and Health. Volume IV: Social Psychological Aspects of Health. 1st ed. 2020.

10. Noble AJ, Reilly J, Temple J, Fisher PL. Cognitive-behavioural therapy does not meaningfully reduce depression in most people with epilepsy: a systematic review of clinically reliable improvement. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2018; 89(11): 1129-37.

11. Johnson EK, Jones JE, Seidenberg M, Hermann BP. The relative impact of anxiety, depression, and clinical seizure features on health-related quality of life in epilepsy. Epilepsia. 2004; 45(5): 544-50.

12. Clary HM, Hamberger M. Factors independently associated with anxiety and depression in epilepsy. Neurology. 2014; 82(10).

13. Tegegne MT, Mossie TB, Awoke AA, Assaye AM, Gebrie BT, Eshetu DA. Depression and anxiety disorder among epileptic people at Amanuel Specialized Mental Hospital, Addis Ababa, Ethiopia. BMC Psychiatry. 2015; 15(1): 210. doi: 10.1186/s12888-015-0589-4.

14. Han SH, Kim B, Lee SA, Korean QoL Contribution of the family environment to depression in Korean adults with epilepsy. Seizure. 2015; 25: 26-31.

15. Lambert MV, Robertson MM. Depression in epilepsy: etiology, phenomenology, and treatment. Epilepsia. 1999; 40: s21-47.

16. Baker GA, Brooks J, Buck D, Jacoby A. The stigma of epilepsy: a European perspective. Epilepsia. 2000; 41(1): 98-104.

17. Hughes J, Devinsky O, Feldmann E, Bromfield E. Premonitory symptoms in epilepsy. Seizure. 1993; 2(3): 201-3.

18. Devinsky O. A 48-year-old man with temporal lobe epilepsy and psychiatric illness. Jama. 2003; 290(3): 381-92.

19. Kwan P, Brodie MJ. Neuropsychological effects of epilepsy and antiepileptic drugs. The Lancet. 2001; 357(9251): 216-22.

20. Brandt C, Schoendienst M, Trentowska M, May TW, Pohlmann-Eden B, Tuschen-Caffier B, et al. Prevalence of anxiety disorders in patients with refractory focal epilepsy-a prospective clinic-based survey. Epilepsy & Behavior. 2010; 17(2): 259-63.

21. Kim EH, Ko TS. Cognitive impairment in childhood onset epilepsy: up-to-date information about its causes. Korean J Pediatr. 2016; 59(4): 155.

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-11]

[DOI: 10.29252/shefa.8.3.20]

22. Swinkels WA, van Emde Boas W, Kuyk J, Van Dyck R, Spinhoven P. Interictal depression, anxiety, personality traits, and psychological dissociation in patients with temporal lobe epilepsy (TLE) and extra-TLE. Epilepsia. 2006; 47(12): 2092-103.

23. Gonçalves EB, Cendes F. Depression in patients with refractory temporal lobe epilepsy. Arq Neuropsiquiatr. 2011; 69(5): 775-7.

24. Rai D, Kerr MP, McManus S, Jordanova V, Lewis G, Brugha TS. Epilepsy and psychiatric comorbidity: a nationally representative population-based study. Epilepsia. 2012; 53(6): 1095-103.

25. Gandy M, Sharpe L, Perry KN, Miller L, Thayer Z, Boserio J, et al. Anxiety in epilepsy: a neglected disorder. J Psychosom Res. 2015; 78(2): 149-55.

26. Strine TW, Kobau R, Chapman DP, Thurman DJ, Price P, Balluz LS. Psychological distress, comorbidities, and health behaviors among US adults with seizures: results from the 2002 National Health Interview Survey. Epilepsia. 2005; 46(7): 1133-9.

27. Brodie MJ, McPhail E, Macphee GJ, Larkin JG, Gray JM. Psychomotor impairment and anticonvulsant therapy in adult epileptic patients. Eur J Clin Pharmacol. 1987; 31(6): 655-60.

28. Mazur-Mosiewicz A, Carlson HL, Hartwick C, Dykeman J, Lenders T, Brooks BL, et al. Effectiveness of cognitive rehabilitation following epilepsy surgery: current state of knowledge. Epilepsia. 2015; 56(5): 735-44.

29. Kotsopoulos I, de Krom M, Kessels F, Lodder J, Troost J, Twellaar M, et al. Incidence of epilepsy and predictive factors of epileptic and non-epileptic seizures. Seizure. 2005; 14(3): 175-82.

30. de Boer HM. Epilepsy stigma: moving from a global problem to global solutions. Seizure. 2010; 19(10): 630-6.

31. Dewhurst E, Novakova B, Reuber M. A prospective service evaluation of acceptance and commitment therapy for patients with refractory epilepsy. Epilepsy & Behavior. 2015; 46: 234-41.

32. Rezaei F, Roshannia S, Ali AH. Investigating stigma within epilepsy patients and its effect on psychological factors. Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences. 2016; 23(11): 1063-75.

33. Smith G, Ferguson PL, Saunders LL, Wagner JL, Wannamaker BB, Selassie AW. Psychosocial factors associated with stigma in adults with epilepsy. Epilepsy & Behavior. 2009; 16(3): 484-90.

34. Fanta T, Azale T, Assefa D, Getachew M. Prevalence and factors associated with perceived stigma among patients with epilepsy in Ethiopia. Psychiatry Journal. 2015; 2015.

35. Wells A, Cartwright-Hatton S. A short form of the metacognitions questionnaire: properties of the MCQ-30. Behaviour Research and Therapy. 2004; 42(4): 385-96.

36. Kaviani H, Seyfourian H, Sharifi V, Ebrahimkhani N. Reliability and validity of anxiety and depression hospital scales (HADS): Iranian patients with anxiety and depression disorders. Tehran University Medical Journal. 2009; 67(5): 379-85.

37. Fernandes PT, Salgado PC, Noronha AL, Sander JW, Li LM. Stigma scale of epilepsy: validation process. Arq Neuropsiquiatr. 2007; 65(1): 35-42.

38. Ryu HU, Lee SA, Eom S, Kim HD, Korean QoL. Perceived stigma in Korean adolescents with epilepsy: effects of knowledge about epilepsy and maternal perception of stigma. Seizure. 2015; 24: 38-43.

39. Fernandes PT, Snape DA, Beran RG, Jacoby A. Epilepsy stigma: what do we know and where next? Epilepsy & Behavior. 2011; 22(1): 55-62.

40. Yıldırım Z, Ertem DH, Dirican AC, Baybaş S. Stigma accounts for depression in patients with epilepsy. Epilepsy & Behavior. 2018; 78: 1-6.

41. Morrell MJ. Stigma and epilepsy. Epilepsy & Behavior. 2002; 3(6): 21-5.

42. Yeni K, Tulek Z, Bebek N, Dede O, Gurses C, Baykan B, et al. Attitudes towards epilepsy among a sample of Turkish patients with epilepsy. Epilepsy & Behavior. 2016; 62: 66-71.

43. Yeni K, Tulek Z, Bebek N. Factors associated with perceived stigma among patients with epilepsy in Turkey. Epilepsy & Behavior. 2016; 60: 142-8.

44. England MJ, Liverman CT, Schultz AM, Strawbridge LM. Epilepsy across the spectrum: Promoting health and understanding.: A summary of the Institute of Medicine report. Epilepsy & Behavior. 2012; 25(2): 266-76.

45. Shi Y, Wang S, Ying J, Zhang M, Liu P, Zhang H, et al. Correlates of perceived stigma for people living with epilepsy: a meta-analysis. Epilepsy & Behavior. 2017; 70: 198-203.

46. Ak PD, Atakli D, Yuksel B, Guveli BT, Sari H. Stigmatization and social impacts of epilepsy in Turkey. Epilepsy & Behavior. 2015; 50: 50-4.

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-11]

[DOI: 10.29252/shefa.8.3.20]

47. Bautista RE, Shapovalov D, Shoraka AR. Factors associated with increased felt stigma among individuals with epilepsy. Seizure. 2015; 30: 106-12.

48. Leaffer EB, Hesdorffer DC, Begley C. Psychosocial and sociodemographic associates of felt stigma in epilepsy. Epilepsy & Behavior. 2014; 37: 104-9.

49. Whatley AD, DiIorio CK, Yeager K. Examining the relationships of depressive symptoms, stigma, social support and regimen-specific support on quality of life in adult patients with epilepsy. Health Educ Res. 2010; 25(4): 575-84.

50. Lee SA, Yoo HJ, Lee BI, Korean QoL. Factors contributing to the stigma of epilepsy. Seizure. 2005; 14(3): 157-63.

51. Baker D, Eccles FJ, Caswell HL. Correlates of stigma in adults with epilepsy: a systematic review of quantitative studies. Epilepsy Behav. 2018; 83: 67-80.

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-11]

[DOI: 10.29252/shefa.8.3.20]