

The Role of Worry, Uncertainty and Social Stigma in Predicting Self-Efficacy and Quality of Life in Patients with Epilepsy

Haji A*¹, Karimi Q²

1. young Researchers and Elite Club, Mahabad branch, Islamic Azad University, Mahabad, Iran

2. Department of Psychology, School of Literature and Humanities, Islamic Azad University, Mahabad branch, Mahabad, Iran.

* *Corresponding author.* Tel: +989143445422

E-mail: afsar1368.haji@gmail.com

Received: Apr 30, 2015 Accepted: Aug 15, 2015

ABSTRACT

Background & objectives: Epilepsy is a prevalent neurological disorder that puts trouble for many people worldwide. The impact of epilepsy on the self-efficacy and quality of life of patients is greater than the limitations imposed by the seizures alone. Worry, uncertainty and stigma associated with epilepsy may affect the self-efficacy and quality of life. The present study aimed to identify the relationship of worry, uncertainty and stigma with the self-efficacy and quality of life in the patients with epilepsy.

Methods: A descriptive-correlational design was used to conduct the study. Through the convenience sampling method, 60 patients with epilepsy admitted to the neurology unit of Alavi hospital affiliated to Ardabil University of Medical Sciences were involved in the study during 2014. Data were collected by administering the Penn State Worry Questionnaire, Intolerance of Uncertainty Scale, Epilepsy Stigma Scale, Epilepsy Self-Efficacy and Epilepsy Quality of Life Scale. Data were analyzed using Pearson's correlation coefficient and multivariate regression analysis in SPSS v.20.

Results: Findings indicated that quality of life of patients with epilepsy negatively correlated with reported worry, uncertainty and stigma ($p=0.000$), also self-efficacy negatively correlated with the social stigma ($p=0.008$). Regression analysis also showed that 44 percent of the variance in quality of life and 21% of the variance of self-efficacy in these patients is predicted by uncertainty, fear and social stigma.

Conclusions: According to the findings, patients with epilepsy suffer from stigma, uncertainty and worry; and consequently the sense of self-efficacy is decreased among them so they need support from the community and family.

Keywords: Uncertainty, Self-Efficacy, Epilepsy, Quality of Life, Social Stigma.

نقش نگرانی، بلاتکلیفی و ننگ اجتماعی در پیش‌بینی کیفیت زندگی و خود کارآمدی بیماران مبتلا به صرع

افسر حاجی^{۱*}، کیومرث کریمی^۲

۱. باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان، واحد مهاباد، دانشگاه آزاد اسلامی، مهاباد، ایران

۲. گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد مهاباد، مهاباد، ایران

* نویسنده مسئول. تلفن: ۰۹۱۴۳۴۵۴۲۲ ایمیل: afsar1368.haji@gmail.com

چکیده

زمینه و هدف: صرع یک اختلال شایع نورولوژیکی است که شمار زیادی از افراد در جهان گرفتار آن هستند. تأثیر صرع بر کیفیت زندگی و خود کارآمدی بیماران از محدودیت‌هایی که خود تشنج به‌تنهایی ایجاد می‌کند زیاد است. نگرانی، بلاتکلیفی و ننگ اجتماعی ناشی از صرع می‌تواند روی کیفیت زندگی و خود کارآمدی این بیماران تأثیر داشته باشد. این مطالعه با هدف بررسی نقش نگرانی، بلاتکلیفی و ننگ اجتماعی در پیش‌بینی کیفیت زندگی و خود کارآمدی بیماران مبتلا به صرع انجام شد.

روش کار: روش مطالعه از نوع توصیفی همبستگی بوده و نمونه پژوهش شامل ۶۰ نفر از بیماران مبتلا به صرع مراجعه‌کننده به بخش نورولوژی بیمارستان علوی اردبیل در سال ۱۳۹۲ بود که با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه‌ی نگرانی ایالت پنسیلوانیا، بلاتکلیفی، ننگ اجتماعی، کیفیت زندگی و خود کارآمدی بیماران مبتلا به صرع بود. داده‌ها با آزمون‌های آماری ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که کیفیت زندگی بیماران مبتلا به صرع با بلاتکلیفی، نگرانی و ننگ اجتماعی همبستگی منفی ($p=0/000$) و نیز خود کارآمدی با ننگ اجتماعی همبستگی منفی داشت ($p=0/008$). نتایج تحلیل رگرسیون نیز نشان داد که ۴۴ درصد واریانس کیفیت زندگی و ۲۱ درصد واریانس خود کارآمدی بیماران توسط متغیرهای پیش‌بین بلاتکلیفی، نگرانی و ننگ اجتماعی تبیین می‌شود.

نتیجه‌گیری: طبق یافته‌ها، بیماران مبتلا به صرع از ننگ حاصل از برخورد اطرافیان به خاطر بیماری‌شان، بلاتکلیفی و نگرانی رنج می‌برند و به تبع همین ننگ ادراک شده، حس خودکارآمدی نیز در آنان پایین می‌باشد و به حمایت از سوی اجتماع و خانواده نیاز دارند.

واژه‌های کلیدی: بلاتکلیفی، خود کارآمدی، صرع، کیفیت زندگی، ننگ اجتماعی

دریافت: ۹۴/۲/۱۰ پذیرش: ۹۴/۵/۲۴

مقدمه

صرع^۱ یکی از شایع‌ترین اختلالات نورولوژیکی است که می‌تواند در هر سن، نژاد و هر طبقه اجتماعی بروز کند. تخمین زده می‌شود که حدود ۵۰ میلیون فرد مبتلا به صرع در جهان وجود داشته باشد. ۷۵ درصد از این افراد در جوامع جهان سوم زندگی می‌کنند (۱).

این بیماری در ایران نیز از شیوع نسبتاً بالایی برخوردار است و میزان شیوع آن ۱/۸ درصد گزارش شده است (۲). علیرغم میزان شیوع بالای بیماری صرع در جهان و ایران، به نظر می‌رسد که مشکلات و پیامدهای اجتماعی، روحی و روانی ناشی از ابتلا به این بیماری موردبررسی جدی قرار نگرفته است (۳). اولین واکنش مبتلایان صرع به اولین حمله تشنجی، ترس، وحشت، نگرانی، درماندگی، نومییدی،

¹ Epilepsy

شرمندگی، پنهان کاری، افسردگی و واکنش‌های دیگر روانی است. در تکرار حمله‌ها و طول کشیدن بیماری گرچه از شدت واکنش فرد کاسته می‌شود، اما اثری درازمدت همچون، افسردگی و کاهش اعتماد به نفس پایدارتر شده و واکنش فرد تندتر و عصبی‌تر می‌شود (۴). صرع بیماری مزمنی است که می‌تواند با تأثیر بر کیفیت زندگی وابسته به سلامت مبتلایان، پیامدهای اجتماعی، روانی و جسمی عمیقی به دنبال داشته باشد (۵). در میان بیماری‌های مزمن، صرع چالش منحصر به فردی برای فرد بیمار و خانواده او به وجود می‌آورد. در مطالعات قبلی، احتمال داده شده که در مقایسه با کیفیت زندگی سایر بیماری‌های مزمن، صرع اثر بیشتری بر سلامت عاطفی داشته باشد (۶)، بنابراین کیفیت زندگی افراد مبتلا به بیماری صرع نسبت به جمعیت عمومی پایین‌تر بوده و در مقایسه با کیفیت زندگی بیماران مزمن دیگر، هم‌اندازه یا حتی بدتر گزارش شده است (۷). همچنین در مطالعات قبلی نشان داده شد که تداوم تشنج‌ها و اختلال عملکرد شناختی، مهم‌ترین عامل افت کیفیت زندگی است. از سوی دیگر، بیماران فارغ از تشنج، بهترین درجه از رضایت را داشته و کیفیت زندگی آن‌ها ممکن است به‌خوبی افراد بدون صرع باشد (۸،۹).

از مشخصه‌های دیگری که می‌تواند در بیماران صرعی تحت تأثیر قرار گرفته و روند بیماری و کنترل آن را مختل کند خود کارآمدی^۱ است. خودکارآمدی یکی از مهم‌ترین مؤلفه‌های کسب موفقیت و سازش یافتگی است و در حیطه روانشناسی مثبت جای می‌گیرد (۱۰). خود کارآمدی به احساس عزت نفس و ارزش خود و احساس کفایت و کارایی در برخورد با زندگی اطلاق می‌شود (۱۱). علیرغم توجه روزافزون علم پزشکی به جنبه‌های عصب‌شناختی این بیماران، جوانب روان‌شناختی

بیماری صرع اغلب نادیده گرفته شده است، بخشی که کیفیت زندگی و رضایت از زندگی این بیماران را قویاً تحت تأثیر قرار می‌دهد. بیماران مبتلا به صرع به دلیل داشتن ادراک از خود^۲ منفی، تمایل زیادی به نسبت دادن شکست‌ها به ناکارآمدی خود دارند، شکست‌هایی که بعضاً ناشی از تبعات دارا بودن یک بیماری نورولوژیک است و این حس ناکارآمدی و درماندگی را به سایر تجارب خود نیز منتقل نموده و عملاً بسیاری از فرصت‌های عملکرد مؤثر را از دست داده و به‌جای حل صحیح مسئله به انزوا و درماندگی روی می‌آورند (۱۲). با توجه به ارتباط مستقیم بین حس ناکارآمدی و افزایش درماندگی در افراد مبتلا به صرع پیش‌بینی می‌شود که کاستن از میزان احساس ناکارآمدی و افزایش خود کارآمدی در این دسته از بیماران، می‌تواند بخش وسیعی از مشکلاتی که ناشی از حس درماندگی است (از قبیل افسردگی و اضطراب مزمن) را کاهش دهد.

با در نظر گرفتن جمعیت نسبتاً زیاد بیماران مبتلا به صرع در ایران، و با توجه به فقر پژوهشی بارزی که در این زمینه در کشور وجود دارد، همچنین با جابه‌جایی تمرکز از نقش انحصاری عوامل بیومدیکال به عوامل روان‌شناختی و تعاملات بین حرفه‌ای در این زمینه، می‌توان مشکلات عمده این بیماران را مورد هدف قرار داده و در زمینه ارتقای سلامت روانی این بیماران تلاش نمود (۱۳).

در بسیاری از مبتلایان به صرع، ماهیت اجتماعی بیماری یک معضل محسوب می‌شود. مطالعه‌ای بیان می‌دارد که ۲۵ درصد از بالغین مبتلا به صرع، نوعی از یک برچسب اجتماعی را در نتیجه بیماری خود تجربه می‌کنند (۱۴). برچسب ناشی از ابتلا به بیماری صرع، با پیامدهای روانی اجتماعی نامناسبی مرتبط بوده و کیفیت زندگی را در مبتلایان کاهش می‌دهد (۱۵). در واقع این بیماران در معرض طیف وسیعی از

^۱ Self-Efficacy^۲ Self-Perception

اختلالات روانی شامل اضطراب و اختلالات شخصیتی قرار دارند (۱۶). صرع یک بیماری مزمن با عوارض متغیر و اثر پیچیده بر کیفیت زندگی است. به نظر می‌رسد سن بالا، فراوانی حملات تشنج، سطح تحصیلات فرد بیمار و مراقب او بر کیفیت زندگی تأثیرگذار باشد. اداره صرع نیاز به توجه بیشتر به مشکلات روانی اجتماعی و ایجاد برنامه‌های آموزشی مناسب دارد که دانش بیشتر در زمینه این عوامل را می‌طلبد (۱۷). داشتن زندگی باکیفیت مطلوب همواره آرزوی بشر بوده و در طول سالیان دراز، یافتن زندگی خوب، چگونگی دستیابی به آن، افکار و تحقیقات فلاسفه و دانشمندان را به خود معطوف داشته است (۱۸). توجه به کیفیت زندگی و افزایش خود کارآمدی در کنار مسائل دارویی، در بهتر کردن کیفیت مراقبت از این بیماران اهمیت و نقش بسزایی را ایفا می‌کند.

بهبود کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی به‌عنوان یک جزء ضروری و اساسی در درمان بیماران مبتلا به صرع شناخته شده است (۱۹). با توجه به این‌که بسیاری از تحقیقات اخیر نشان داده‌اند کیفیت زندگی افراد مبتلا به صرع پایین است، این مسئله به‌عنوان یک مشکل جدی تشخیص داده شد. اثرات صرع روی زندگی روزانه، شامل اثرات روان‌شناختی (ترس‌ها و نگرانی‌ها)، اجتماعی (تنهایی، نگرش‌ها، طرز برخورد و رفتارها)، اقتصادی (به دست آوردن شغل، درآمد پایین) و محدودیت‌های گوناگون (باطل شدن مجوز رانندگی و فعالیت‌های اوقات فراغت) است. اغلب مطالعات گذشته نشان داده‌اند که صرع موجب بدنامی شده و روی کیفیت زندگی فرد و به‌طور اساسی بر وضعیت اجتماعی و روان‌شناختی نوجوانان و همچنین بزرگسالان مبتلا به صرع اثر می‌گذارد (۲۰).

خود کارآمدی یک پیش‌بینی کننده قوی رفتار است و سطوح بالای خود کارآمدی همبستگی مثبتی با مدیریت صرع دارد (۲۱). بیماران مبتلا به صرع که از

خود کارآمدی پایین برخوردارند مدیریت صرع ضعیفی نیز دارند، به همین خاطر بالا بردن سطح خود کارآمدی در این بیماران ضروری و یکی از اهداف بزرگ درمانی برای بالا بردن کیفیت زندگی این بیماران می‌باشد. عوامل متعددی بر روی کیفیت زندگی و به تبع آن خود کارآمدی تأثیر می‌گذارد که در مطالعه حاضر به بررسی تأثیر سه عامل نگرانی، بلاتکلیفی و ننگ اجتماعی بر روی کیفیت زندگی و خود کارآمدی این بیماران پرداخته شد.

نگرانی^۱ فرایند شناختی است که افراد، وقایع و نتایج تهدید را را پیش‌بینی می‌کند و به تدریج تبدیل به راهبردی برای کشف و مقابله با تهدیدهای قریب‌الوقوع می‌شود. در نتیجه این افراد در یک حالت پایدار گوش‌به‌زنگی زندگی می‌کنند، از آنجایی که تهدیدهای پیش‌بینی شده به‌طور طبیعی خیلی نامحتمل هستند، توانایی فطری انسان برای برنامه‌ریزی از طریق فکر کردن درباره آینده، به جای این که موجب رفتار سازنده حل مسئله شود باعث ایجاد اضطراب و تنش می‌شود (۲۲). مطالعه باچوک^۲ و همکاران نشان می‌دهد که نگرانی در مورد تشنج سهم بسزایی در کیفیت زندگی دارد، درحالی که تأثیرات دارویی از نظر تأثیر بر کیفیت زندگی اهمیت کمتری نسبت به آن دارد (۲۳)؛ که این حالت گوش‌به‌زنگی در بیماران صرعی به کرات مشاهده شده و یکی از اساسی‌ترین مشکلات آن‌ها می‌باشد. عدم تحمل بلاتکلیفی یک ویژگی شخصیتی است که از مجموعه‌ای عقاید منفی درباره عدم قطعیت تشکیل شده است. برای مثال، افرادی که عدم تحمل بلاتکلیفی دارند معتقدند که بلاتکلیفی پریشان کننده است، وجود شک و تردید در مورد آینده غیرقابل تحمل است، وقایع غیرمنتظره منفی هستند و باید از آن‌ها اجتناب کرد، شک و تردید موجب ناتوانی فرد برای عمل کردن می‌شود (۲۴). این

¹ Worry

² Bachok

به عنوان نمونه انتخاب شد و از فرمول یامانه^۲ برای تعیین حجم نمونه استفاده شد.

$$n = N / 1 + [N \times (.05) (.05)]$$

مقیاس نگرانی ایالت پنسیلوانیا (PSWQ)^۳

این مقیاس که توسط میر و همکاران برای سنجش شدت نگرانی و کنترل ناپذیری طراحی و تدوین شده یک پرسشنامه‌ی خود گزارشی ۱۶ سؤالی است که نگرانی شدید، مفرط و غیرقابل کنترل را اندازه می‌گیرد. مقیاس پاسخگویی به صورت لیکرت ۵ درجه‌ای است و به هر سؤال نمره ۱ تا ۵ تعلق می‌گیرد. ۱۱ سؤال به صورت مثبت و ۵ سؤال آن به طور منفی نمره گذاری می‌شود. دامنه نمرات کل پرسشنامه بین ۱۶ تا ۸۰ است. این پرسشنامه اعتبار بالایی دارد، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ تا ۰/۹۶ و اعتبار باز آزمایی این مقیاس در طی ۴ هفته، ۰/۷۴ تا ۰/۹۳ گزارش شده است (۲۷).

مقیاس عدم تحمل بلاتکلیفی (IUS)^۴

این مقیاس توسط فریستون و همکاران، برای سنجش میزان تحمل افراد در برابر موقعیت‌های نامطمئن و حاکی از بلاتکلیفی طراحی شده و دارای ۲۷ سؤال است. با یک مقیاس ۵ درجه‌ای به سؤال‌ها پاسخ داده می‌شود. بوهلر و داگاس، اعتبار این ابزار را با روش محاسبه ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۹۴ و با روش باز آزمایی آن را در فاصله ۵ هفته‌ای، ۰/۷۴ گزارش کرده‌اند (۲۹، ۲۸). این مقیاس به دو عامل تقسیم می‌شود که عامل اول سوالات (۲۵-۲۴-۲۳-۲۲-۲۰-۱۷-۱۶-۱۵-۱۴-۱۳-۱۲-۹-۳-۲-۱) را شامل می‌شود که رفتارهای منفی و پیامدهای خود ارجاعی را می‌سنجد و عامل دوم سوالات (۲۷-۲۶-۲۱-۱۹-۱۸-۱۰-۸-۷-۶-۵-۴) را شامل می‌شود که چیزهای غیرمنصفانه و تباه کننده را می‌سنجد.

ویژگی نیز در افراد مبتلا به صرع مشاهده می‌شود که باعث ایجاد ناراحتی برای این افراد است. طبق تعریف، نگرش و ادراکات مربوط به خجالت، بی‌آبرویی، شرم و رسوایی مربوط به بیماری، ننگ^۱ اجتماعی نام دارد، بنابراین بیماران مبتلا، نه تنها با اثرات جسمی بیماری، بلکه با پیامدهای ننگ حاصل از این بیماری نیز روبرو هستند (۲۵). در مطالعه بندسترا و همکاران ۲۵ درصد از بزرگسالانی که صرع داشتند ننگ اجتماعی را به عنوان نتیجه صرعشان گزارش کردند (۱۴). علی‌رغم پیشرفت‌های زیادی که در زمینه دانش پزشکی صرع صورت گرفته، اما بار منفی معنایی همراه کلمه «صرع» هنوز در بسیاری از جوامع فرد مبتلا را بیش از خود بیماری یا عوارض دارویی آن متأثر می‌سازد (۲۶)، بنابراین ننگ یکی دیگر از عواملی است که افراد مبتلا به صرع به شدت از آن رنج می‌برند، لذا پژوهش حاضر با هدف بررسی ارتباط بین نگرانی، بلاتکلیفی و ننگ اجتماعی با کیفیت زندگی و خود کارآمدی در این جمعیت انجام شد.

روش کار

روش پژوهش مورد استفاده از نوع توصیفی-همبستگی بود و جامعه آماری شامل همه‌ی بیماران مبتلا به صرع (با تشخیص متخصص مغز و اعصاب و الکتروآنسفالوگرافی) مراجعه کننده به بخش نورولوژی بیمارستان علوی اردبیل بود. نمونه شامل ۶۰ نفر از این بیماران در فاصله‌ی زمانی آبان تا بهمن ۱۳۹۲ بود که در دامنه سنی ۱۸ سال به بالا قرار داشتند و در این بیمارستان بستری شده بودند و با روش نمونه‌گیری هدفمند (شرط ورود ۱۸ سال به بالا و بستری شده) انتخاب شدند. با اطمینان ۹۵٪ و دقت ۵٪± حجم نمونه ۵۶ نفر برآورد شد که برای جلوگیری از تأثیر موارد ریزش در نهایت ۶۰ نفر

² Taro Yamane

³ Penn State Worry Questionnaire

⁴ Tolerance of Uncertainty Scale

¹ Stigma

مقیاس ننگ صرع (SSOE)^۱

این پرسشنامه ۱۸ سؤال است که در یک دامنه ۳ نقطه‌ای شامل اصلاً (۱)، گاهی اوقات (۲) و همیشه (۳) نمره‌گذاری می‌شود. ضریب آلفای کرونباخ برای این مقیاس ۰/۹۱ و اعتبار آزمون-پس آزمون به‌وسیله محاسبه ضریب همبستگی درونی، ۰/۹۲ گزارش شده است (۳۰).

کیفیت زندگی بیماران مبتلا به صرع (QOLIE-31)^۲

این پرسشنامه با ۳۱ سؤال، ابزاری استاندارد برای اندازه‌گیری کیفیت زندگی بیماران مبتلا به صرع در سنین ۱۸ سال و بالاتر است. ۳۰ سؤال از این پرسشنامه برای محاسبه‌ی ۷ بعد نگرانی از تشنج، سلامت روحی، انرژی/خستگی، عملکرد شناختی، اثرات دارویی، عملکرد اجتماعی و کیفیت زندگی کلی به‌کاررفته و یک سؤال کلی نیز اهمیت ابعاد مرتبط با بیماری را از نظر بیمار بررسی می‌نماید. محدوده امتیازها در هر مقیاس از ۰-۱۰۰ بوده و امتیاز بالاتر در هر بعد، نشان‌دهنده وضعیت بهتر است. تحلیل پایایی مقیاس کیفیت زندگی مصروعین نشان داده که به‌جز دو مقیاس اثرات دارویی و عملکرد اجتماعی (به ترتیب با آلفای ۰/۵۱ و ۰/۶۵)، سایر مقیاس‌ها از حداقل ضریب استاندارد پایایی در محدوده‌ی ۰/۸۹ تا ۰/۷۱ برخوردارند. بر اساس نتایج گونه‌فارسی ابزار استاندارد QOLIE-31-P، ابزاری پایا و معتبر برای اندازه‌گیری کیفیت زندگی وابسته به سلامت در مبتلایان به صرع است (۳۱).

مقیاس خود کارآمدی بیماران مبتلا به صرع (ESE)^۳

این مقیاس دارای ۳۳ سؤال می‌باشد و هر سؤال از صفر تا ۱۰ نمره‌گذاری شده و دامنه نمرات بین ۰ تا ۳۳۰ قرار دارد. ضریب آلفای کرونباخ برای نمونه‌های دو مطالعه، از ۰/۹۱ تا ۰/۹۳ و اعتبار آزمون - باز آزمون آن ۰/۸۱ گزارش شده است

(۳۲). پس از جمع‌آوری داده‌ها، اطلاعات حاصل از پرسشنامه‌ها وارد نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۸ شده و مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. برای تجزیه و تحلیل نیز از آزمون‌های آماری ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه استفاده شد.

یافته‌ها

نمونه مورد مطالعه شامل ۶۰ فرد مبتلا به صرع بوده که از این تعداد، ۳۲ نفر (۵۳/۳٪) زن و ۲۸ نفر (۴۶/۷٪) مرد که ۵۵٪ (۳۳ نفر) آنان مجرد و ۴۵٪ (۲۷ نفر) نیز متأهل بودند. نتایج آزمون همبستگی پیرسون نشان داد که بین ننگ اجتماعی با هر دو متغیر وابسته خود کارآمدی و کیفیت زندگی همبستگی منفی و معنی‌دار ($p < ۰/۰۱$) وجود داشت؛ یعنی هر قدر ننگ اجتماعی بیشتر باشد به همان میزان از سطح کیفیت زندگی و خود کارآمدی شخص کاسته می‌شود، بین نگرانی و کیفیت زندگی همبستگی منفی و معنی‌دار وجود داشت ($p < ۰/۰۱$)، این بدین معناست که افزایش نگرانی افت کیفیت زندگی را به همراه دارد. عامل اول بلاتکلیفی با کیفیت زندگی رابطه‌ی مثبت ($p < ۰/۰۱$) و معنی‌دار داشت، درحالی که عامل دوم با کیفیت زندگی همبستگی منفی و معنی‌دار ($p < ۰/۰۵$) داشت. نگرانی با بلاتکلیفی عامل ۱ و ۲، همبستگی مثبت و معنی‌داری ($p < ۰/۰۱$) داشت، یعنی اینکه هر میزان نگرانی بیشتر، به همان اندازه بلاتکلیفی هم به همراه خواهد داشت. همچنین ننگ اجتماعی با عامل اول بلاتکلیفی، همبستگی مثبت و معنی‌داری ($p < ۰/۰۵$) داشت یعنی ننگ بلاتکلیفی به همراه خواهد داشت. بین خود کارآمدی و کیفیت زندگی همبستگی مثبت و معنی‌دار مشاهده شد ($p < ۰/۰۵$)، این بدین معناست که هر میزان خود کارآمدی بالاتر باشد به همان میزان کیفیت زندگی بالاتر می‌رود.

^۱ Stigma Scale of Epilepsy

^۲ Quality of Life in Epilepsy Scale

^۳ Epilepsy Self-Efficacy Scale

جدول ۱. همبستگی بین متغیرهای مورد پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف معیار	۲	۳	۴	۵	۶
تنگ اجتماعی	۳۶/۸۴	۸/۳۳	۰/۲۲	*۰/۳۲	۰/۱۶	**۰/۴۲	**۰/۴۱
نگرانی	۵۸/۷۷	۱۱/۳۶	۰/۱۱۵	۰/۰۲۵	۰/۲۵۱	۰/۰۰۲	۰/۰۰۷
عامل ۱ بلاتکلیفی	۴۳/۷۶	۱۱/۵۹		**۰/۴۱	**۰/۴۴	-۰/۱۴	**۰/۵۶
عامل ۲ بلاتکلیفی	۳۸/۳۱	۹/۹۱		۰/۰۰۳	۰/۰۰۱	۰/۲۸۸	۰/۰۰۰
خود کارآمدی صرع	۱۸۵/۱۰	۴۰/۱۱			**۰/۸۷	-۰/۲۷	**۰/۴۵
کیفیت زندگی کلی	۵۰/۸۸	۷/۳۶			۰/۰۰۰	۰/۰۵۸	۰/۰۰۴
						-۰/۰۳	*۰/۳۷
						۰/۸۲۱	۰/۰۱۳
							*۰/۳۷
							۰/۰۱۷

**=۰/۰۱ و *=۰/۰۵

جدول ۲. خلاصه مدل رگرسیون، تحلیل واریانس و مشخصه‌های آماری برای پیش‌بینی خود کارآمدی

مشخصه‌های آماری				ضرایب رگرسیونی استاندارد و غیراستاندارد برای متغیرهای مدل								متغیرهای مدل
F	MS	Df	SS	R ^۲	R	P	T	Beta	SE	B		مدل
۳/۹۸	۴۵۵۶/۴۵	۴	۱۸۲۳۵/۷۹	۰/۲۱	۲۷/۵	^a ۰/۵۲	^a ۰/۰۰۸	۷/۷۶	۳۴/۰۴	۲۶۴/۱۱		رگرسیون -
	۱۱۴۶/۰۱	۴۲	۴۸۱۳۵/۶۱									باقیمانده
						۰/۰۱۲	-۲/۶۳	-۰/۳۷	۰/۶۹	-۱/۸۱		تنگ اجتماعی
						۰/۸۳۴	-۰/۲۱	-۰/۰۳	۰/۶۱	-۰/۱۳		نگرانی
						۰/۰۳۲	-۲/۲۲	-۰/۶۱	۰/۸۹	-۱/۹۷		بلاتکلیفی عامل ۱
						۰/۰۶۴	۱/۹۰	۰/۵۵	۱/۱۰	۲/۰۹		بلاتکلیفی عامل ۲

نتایج تحلیل رگرسیون با استفاده از روش Enter

مدل معنی‌داری به دست داد ($R^2 = ۲۷/۵$, $p = ۰/۰۰۸$)

($F_{۴, ۴۲} = ۳/۹۸$)

این مدل ۲۱ درصد واریانس را توجیه می‌کند. جدول

۲ اطلاعات متغیرهای پیش‌بین که در مدل

وارد شده‌اند را ارائه می‌دهد. نگرانی و عامل دوم

بلاتکلیفی نتوانستند خودکارآمدی را پیش‌بینی کنند،

اما تنگ و عامل اول بلاتکلیفی پیش‌بینی کننده

معنی‌داری بودند ($F = ۱۲/۸$, $R^2 = ۴۵$, $p = ۰/۰۰۰$).

همچنین این مدل ۴۴ درصد از واریانس را توجیه

می‌کند، جدول ۳ اطلاعات متغیرهای پیش‌بینی کننده

که در مدل وارد شده‌اند را ارائه می‌دهد. نگرانی و

عامل اول و دوم بلاتکلیفی پیش‌بینی کننده معنی‌داری

نبودند، اما تنگ اجتماعی موثر بود.

جدول ۳. خلاصه مدل رگرسیون، تحلیل واریانس و مشخصه‌های آماری برای پیش‌بینی کیفیت زندگی

مشخصه‌های آماری					ضرایب رگرسیونی استاندارد و غیراستاندارد برای متغیرهای مدل							مدل
F	MS	Df	SS	R ² تعدیل یافته	R ²	R	P	T	Beta	SE	B	
۸/۱۲	۲۸۰/۹۳	۴	۱۱۲۳/۷۱	۰/۴۴	۰/۴۵	^a ۰/۷۱	^a ۰/۰۰۰	۶۵/۶		۷۲/۱۶	۱۳/۱۱۱	رگرسیون باقیمانده
							۰/۰۰۳	-۳/۱۰	-۰/۴۲	۰/۳۴	-۱/۰۴	ننگ اجتماعی
							۰/۲۸۹	-۱/۰۷	-۰/۱۷	۰/۳۰	-۰/۳۲	نگرانی
							۰/۲۵۶	-۱/۱۵	-۰/۳۱	۰/۴۴	-۰/۵۰	بلا تکلیفی
												عامل ۱
							۰/۵۰۹	۰/۶۶	۰/۱۹	۰/۵۴	۰/۳۶	بلا تکلیفی
												عامل ۲

بحث

هدف از پژوهش حاضر بررسی ارتباط بین نگرانی، بلا تکلیفی و ننگ اجتماعی با کیفیت زندگی و خود کارآمدی در بیماران مبتلا به صرع بود. نتایج پژوهش نشان داد که کیفیت زندگی این بیماران با عامل اول بلا تکلیفی همبستگی مثبت و معنی‌دار و با نگرانی و ننگ اجتماعی همبستگی منفی معنی‌دار داشت. خود کارآمدی نیز با ننگ اجتماعی همبستگی منفی معنی‌دار داشت. نتایج تحلیل رگرسیون نیز نشان داد که ۴۴ درصد واریانس کیفیت زندگی و ۲۱ درصد واریانس خود کارآمدی این بیماران توسط متغیرهای پیش‌بین تبیین می‌شود. در زمینه ارتباط بین نگرانی، بلا تکلیفی و ننگ اجتماعی با کیفیت زندگی و خود کارآمدی بیماران مبتلا به صرع، پژوهش‌های نزدیک به موضوع، این نتایج را مورد تأیید قرار داده اند. یافته‌های این پژوهش با یافته‌های لورینگ^۱ و همکاران، رتی^۲ و همکاران، سالگادو^۳ و همکاران، سومپچر^۴ و همکاران و تدمن^۵ و همکاران همخوانی دارد. لورینگ و همکاران در پژوهش خود نشان

دادند که نشانه‌های افسردگی و نگرانی در مورد حملات صرعی مهم‌ترین عامل تأثیرگذار بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به صرع است (۳۳). این یافته در پژوهش فعلی نیز تأیید شده که نگرانی با کیفیت زندگی همبستگی منفی معناداری داشت. رتی و همکاران نیز در پژوهش خود نشان دادند که ابتلا به صرع سبب کاهش عزت نفس، سطوح پایین رضایت از زندگی و پریشانی روان‌شناختی، اضطراب و مشکلات بین فردی مانند انزوا و کارایی اجتماعی پایین در بیماران می‌شود (۳۴). همه این موارد خود کارآمدی پایین بیماران صرعی را نشان می‌دهد که با یافته‌های پژوهش ما نیز همخوانی دارد. سالگادو و همکاران در مطالعه خود نشان دادند که بیماران مبتلا به صرع، نیم‌رخ روانی خاصی داشته و بافت روان‌شناختی و هیجانی خاصی را تجربه می‌کنند. صرع به میزان ۱۱/۶ درصد با مشکلات روانی، ۵۶/۶ درصد با احساس شرم، ترس، نگرانی و اعتماد به نفس پایین و ۲۶/۶ درصد با احساس ننگ و برچسب خوردن در اجتماع ارتباط داشت (۳۵). این پژوهش به خوبی یافته‌های ما را تبیین می‌کند که ننگ اجتماعی و خود کارآمدی باهم همبستگی منفی معناداری دارند. تمام این موارد خود کارآمدی پایین بیماران صرعی را نشان می‌دهد. از سوی دیگر سومپچر و همکاران نیز

¹ Loring² Raty³ Salgado⁴ Suurmeijer⁵ Tedman

در پژوهش خود مهم‌ترین فاکتورهای مؤثر بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به صرع را عوامل روانی-اجتماعی معرفی می‌کنند (۳۶). این یافته نیز همسو با نتایج پژوهش ما می‌باشد. تدمن و همکاران، بیان می‌کنند که صرع باورها و نگرش‌های زیربنایی ناکارآمدی ایجاد می‌کند که مهارت‌های سازگاری و توانایی مقابله با مشکلات خاص یک بیماری مزمن را تحت تأثیر قرار می‌دهد. بیمار مبتلا به صرع، باورها و نگرش‌هایی در مورد خود شکل می‌دهد که از عقاید یک فرد عادی متفاوت است و این نگرش‌ها بوسیله تجارب منفی مربوط به ابتلا به صرع تقویت‌شده و منجر به سطوح بالای افسردگی و اضطراب مزمن می‌شود (۱۲). این یافته نیز همسو با نتایج پژوهش ما می‌باشد.

از طرف دیگر پژوهش‌های مختلف در جوامع گوناگون نتایج متفاوتی را در زمینه تأثیرگذاری عوامل مختلف بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به صرع نشان داده‌اند. پاره‌ای از مطالعات به متغیرهایی همچون طول مدت ابتلا به صرع و فراوانی حملات، تعداد داروهای مصرفی (۳۷) شدت حملات و دامنه عوارض جانبی داروها (۳۸) اشاره نموده‌اند و دسته دیگر از پژوهش‌ها عوامل روانی-اجتماعی را مهم‌ترین فاکتورهای مؤثر بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به صرع یافته‌اند (۳۶). در تبیین نتایج مطالعه حاضر می‌توان این‌گونه عنوان کرد که صرع یک بیماری ناتوان‌کننده است و دربردارنده کاهش حس کنترل و خودکارآمدی، مشکلات اجتماعی و عزت نفس پایین است (۳۹).

ازجمله محدودیت‌های این پژوهش نمونه محدود از بیماران مبتلا به صرع است که این تعداد نمی‌تواند معرف خوب و کافی برای جامعه بیماران مبتلا به صرع باشد و دیگر اینکه استفاده از مقیاس‌های مختص بیماران مبتلا به صرع شاید از حساسیت کمتری برای آشکار کردن تأثیر عوامل جمعیت شناختی، اجتماعی-

فرهنگی و اقتصادی بر کیفیت زندگی برخوردار باشد.

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه درک بهتری از عوامل پیش‌بینی‌کننده کیفیت زندگی و خودکارآمدی بیماران مصروع فراهم می‌کند. افزایش خودکارآمدی می‌تواند به افزایش بهزیستی روانی این بیماران کمک کند. از طرف دیگر یافته‌ها روشن می‌کند که ننگ اجتماعی یک معضل بزرگ به شمار می‌آید که بیماران صرعی با آن مواجه هستند. بطوری که مستقیماً کیفیت زندگی آنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد و باعث افت آن می‌شود. با این یافته‌ها اقدامات جدی جهت آموزش عموم به منظور اصلاح ذهنیت نادرست و نگرش‌های منفی در مورد این بیماری و افراد مبتلا، ضروری تلقی می‌گردد.

پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌های آینده عوامل تأثیرگذار دیگری را که بر کیفیت زندگی و خودکارآمدی بیماران صرعی تأثیرگذار هستند بررسی کنند و همچنین پیشنهاد می‌شود که سایر اختلالات روان‌پزشکی همراه بیماری نیز بررسی شود، زیرا نتیجه‌گیری در مورد تأثیر صرع بر کیفیت زندگی و خودکارآمدی بیماران را کاملاً تحت تأثیر قرار می‌دهد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان‌نامه دانشجویی می‌باشد و محققین بر خود لازم می‌دانند از اساتید دانشگاه محقق اردبیلی، پرسنل بخش نورولوژی بیمارستان علوی اردبیل، رئیس محترم دانشگاه علوم پزشکی اردبیل و کلیه عزیزانی که در انجام این پژوهش یاری رساندند، تشکر و قدردانی نمایند.

References

1. Aguiar BV, Guerreiro MM, McBrian D, Montenegro MA. Seizure impact on the school attendance in children with epilepsy. *Seizure* 2007; 16(8): 698-702.
2. Mohammadi M, Ghanizadeh A, Davidian H, Mohammadi M, Norouzian M. Prevalence of epilepsy and comorbidity of psychiatric disorders in Iran. *Seizure* 2006; 15(7): 476-82.
3. Darabi L, Montazeri A, Ebrahimi F, Vahdaniniya MS, Taqa M. Demographic and clinical factors affecting the quality of life in patients with epilepsy. *Payesh* 2010; 9(2): 215-221. [Persian]
4. Bolheri G. How to deal with the psychological and social consequences of epilepsy. *Epilepsy and Health* 2012; 10(38): 12-13. [Persian]
5. Raspall-Chaure M, Chin RF, Neville BG, Bedford H, Scott RC. The epidemiology of Convulsive status epilepticus in children: a critical review. *Epilepsia* 2007; 48(9):1652-1663.
6. Leppik IE. Quality of life of people with epilepsy in the United States. *The Clinical Discussion* 1998; 20: 13-18.
7. Ziqymat F, Naderi Z, Ebadi A, Kachoe H, Mehdizadeh S, Ameli J, et al. Effect of education based on PRECEDE - PROCEED model on knowledge, attitude and behavior of epileptic patients. *Journal of Behavioral Sciences* 2009; 3(3): 223-230. [Persian]
8. Vickrey BG, Hays RD, Rausch R, Sutherling WW, Engel JJ, Brook RH. Quality of life of epilepsy surgery patients as compared with outpatients with hypertension, diabetes, heart disease, and/or depressive symptoms. *Epilepsia* 1994; 35(3): 597-607.
9. Baker GA, Jacoby A, Buck D, Stalgis C, Monnet D. Quality of life of people with epilepsy: a European study. *Epilepsia* 1997; 38(3): 353-62.
10. Woul, F. The stress process, self- efficacy expectations, and psychological health. *Personality & Individual Differences* 2004; 37: 1033-1043.
11. Bandura A. Social cognitive theory: and cognitive perspective. *Annual Review of Psychology* 2001; 52: 1-26.
12. Tedman S, Thernton E, Bakert G. Development of a scale to measure core beliefs and perceived self-efficacy in adults with epilepsy. *Seizure* 1995; 4(3): 221-31.
13. Salehzade M, Kalantari M, Molavi H, Najafi MR, Noori A. Effectiveness of cognitive -behavioral group therapy with focusing on dysfunctional attitudes in epilepsy on quality of life in intractable epileptic patients. *Journal of Behavioral Sciences* 2010; 4(4): 255-260. [Persian]
14. Bandstra NF, Camfield CS, Camfield PR. Stigma of epilepsy. *Canadian Journal of Neurology Sciences* 2008; 35(4): 436-40.
15. Macleod JS, Austin JK. Stigma in the lives of adolescents with epilepsy: a review of the literature. *Epilepsy & Behavior* 2003; 4: 112-17.
16. Pauli E, Stefan H. Emotional and effective disorders in epilepsy. *Nervenarzt* 2009; 80: 729-44.
17. Tlusta E, zarubova J. Clinical and demographic characteristics predicting QOL in patient with epilepsy in the Czech Republic: How this can. *Seizure* 2009; 18: 85-89.
18. Hasheminasab SM, Aqa-Yusefi AR, Alipoor A. Comparative study on personal well-being in children with mental retardation and their mothers in Tehran and Hamadan. *Research on exceptional children* 2008; 4: 385-406. [Persian]
19. Privitera M, Ficker DM. Assessment of adverse events and quality of life in epilepsy: design of a new community based trial. *Epilepsy & Behavior* 2004; 5(6): 841-6.
20. Due T, deBoer HM, Prilipko LL, Saxena S. Epilepsy care in the world: results of an ILAE/IBE/WHO global campaign against epilepsy survey. *Epilepsia* 2006; 47(7): 1225-31.
21. Colleen D, Barbara F, Brigitte M, Beverly H & Gail A.H. Self-Efficacy and social support in self-management of epilepsy. *Western Journal Nursing Research* 1992; 14(3): 292-307.
22. Hazlett-Stevens H. Psychological approaches to generalized anxiety disorder: A clinician's guide to assessment and treatment. New York: Springer Verlag; 2008.
23. Bachok N, Jiman Z, Knight A. The quality of life of people with epilepsy at a tertiary referral centre in Malaysia. *Health and Quality of life outcomes* 2013; 11(1): 143-149.

24. Dugas MJ, Koerner N. Cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: Current status and future directions. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly* 2005; 19: 61-81.
25. Simbayi LC, Kalichman S, Strebel A, Cloete A, Henda N, Mqeketo A. Internalized stigma, discrimination, and depression among men and women living with HIV/AIDS in Cape Town, South Africa. *Social Science & Medicine* 2007; 64(9): 1823-31.
26. Bekiroglu N, Ozkan R, Gurses C, Arpaci B, Dervent A. A study on awareness and attitude of teachers on epilepsy in Istanbul. *Seizure* 2004; 13(7): 517-22.
27. Dehshiri QR, Golzari M, Borjali A, Sohrabi F. Psychometric properties of the Persian version of Pennsylvania State Worry Questionnaire in college students. *Journal of Clinical Psychology* 2010; 1(4): 67-75. [Persian]
28. Freeston M.H, Rheuma J, Litarte H, Dugas M.J & Ladouceur R. Why Do People Worry? *Personality and Individual Difference* 1994; 17(6): 791-802.
29. Buhr K & Dugas M.J. The Intolerance of Uncertainty Scale: Psychometric properties of the English version. *Behavior Research and Therapy* 2002; 40: 931-46.
30. Mbuba KC, Abubakar A, Odermatt P, Newton C, & Carter I. Development and validation of the Kilifi Stigma Scale for Epilepsy in Kenya. *Epilepsy & Behavior* 2012; 24(1): 81-85.
31. Montazeri A, Taqa M, Vahdaninya MS, Ebrahimi F. Psychometric properties of the Iranian version of Quality of Life in Epilepsy Inventory, 31-Item. *Payesh* 2010; 9(4): 417-424. [Persian]
32. DiIorio C, Faherty B & Manteuffel B. The relationship of self-efficacy and social support with self-management of epilepsy. *Western Journal of Nursing Research* 1992; 14 (3): 292-303.
33. Loring DW, Meador KJ, Lee GP. Determinants of quality of life in epilepsy. *Epilepsy & Behavior* 2004; 5(6): 976-980.
34. Raty LKA, Wilde Larsson BM, Soderfeldt BA. Health related quality of life in youth: a comparison between adolescents with uncomplicated epilepsy and healthy controls. *Journal Adolescent Health*. 2003; 33: 252-258.
35. Salgado C, Pedrosa de Souza A. A psychosocial view of anxiety and depression in epilepsy. *Epilepsy & Behavior* 2006; 8(1): 232-238.
36. Suurmeijer TPBM, Reuvekamp MF, Aldenkamp BP. Social functioning, psychological functioning, and quality of life in epilepsy. *Epilepsia* 2001; 42(9): 1160-8.
37. Sabaz M, Cairns D, Lawson J, Bleasel A, Bye A. The health related quality of life of children with refractory epilepsy: a comparison of those with and without intellectual disability. *Epilepsia* 2001; 42: 621-628.
38. Devinsky O, Westbrook L, Cramer J, Glassman M, Perrine K, Camfield C. Risk factors for poor health-related quality of life in adolescents with epilepsy. *Epilepsia* 1999; 40(12): 1715-20.
39. Zhao H, Wang CY, Zhao WL. Analysis of correlative elements of post stroke depression. *Zhongguo Zhen Jiu* 2007; 27(1): 9-11.

This document was created with Win2PDF available at <http://www.daneprairie.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.