

مدل پیش‌بینی نقش عوامل شناختی در بهزیستی ذهنی بیماران مبتلا به صرع شهر اصفهان

سحر مهرابی^۱، اعظم صالحی^۲

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: صرع یکی از بیماری‌های شایع است که برخی از کارکردهای شناختی مانند ادراک، نگرش‌ها و بهزیستی ذهنی را متأثر می‌سازد. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه‌ی عوامل شناختی با بهزیستی ذهنی افراد مصروع و تدوین مدل معادله‌ی ساختاری آن صورت پذیرفت.

روش‌ها: پژوهش حاضر توصیفی از نوع مدل‌سازی معادلات ساختاری بود. جامعه‌ی این پژوهش، افراد بالای ۱۴ سال مبتلا به صرع مراجعه کننده به انجمن خیریه‌ی صرع شهر اصفهان در سال ۱۳۹۵ بودند که تعداد ۱۲۰ نفر از آن‌ها به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شد. ابزار پژوهش شامل پرسش‌نامه‌ی بهزیستی ذهنی، پرسش‌نامه‌ی نگرش‌های ناکارآمد، پرسش‌نامه‌ی ادراک از بیماری و پرسش‌نامه‌ی خطاهای شناختی بود. برای تحلیل نتایج پژوهش از نرم‌افزارهای SPSS و AMOS استفاده شد.

یافته‌ها: مدل اصلی با مدل پیش‌فرض برازش مطلوبی داشت. تحلیل مدل اصلی نشان داد که درک پاسخ عاطفی به بیماری ($\beta = 0/81$)، میزان اعتماد به درمان ($\beta = 0/66$)، خطاهای شناختی ($\beta = 0/53$) و نگرش‌های ناکارآمد ($\beta = -0/42$) با بهزیستی ذهنی همبستگی دارد. همچنین، درک پاسخ عاطفی به بیماری ($0/65$)، میزان اعتماد به درمان ($0/43$)، خطاهای شناختی ($0/28$) و نگرش‌های ناکارآمد ($0/17$) در بهزیستی ذهنی بیماران مبتلا به صرع سهیم بودند.

نتیجه‌گیری: بهزیستی ذهنی افراد مصروع تا حد زیادی به درک پاسخ عاطفی به بیماری و میزان اعتماد به درمان آن‌ها نسبت به بیماری بستگی دارد. لازم است درمانگران در کنار درمان‌های دارویی، به این دو عامل توجه کنند.

واژگان کلیدی: صرع، اختلالات شناختی، نگرش، ادراک

ارجاع: مهرابی سحر، صالحی اعظم. مدل پیش‌بینی نقش عوامل شناختی در بهزیستی ذهنی بیماران مبتلا به صرع شهر اصفهان. مجله دانشکده

پزشکی اصفهان ۱۳۹۶؛ ۳۵ (۴۲۴): ۳۳۴-۳۲۶

مقدمه

صرع، می‌تواند حملات آن را کنترل کرد. صرع، به طور الزامی همراه با اختلالات رفتاری و روانی نیست، اما به علت وجود محدودیت‌ها و تغییر در روابط بین فردی، افراد مبتلا به آن، دچار مشکلاتی در زندگی روزمره می‌شوند که با هیجانات منفی مختلفی همراه می‌باشد (۵). یک چهارم افراد مبتلا به صرع، مشکلات روان‌شناختی را تجربه می‌کنند که ممکن است نیاز به درمان داشته باشند. همچنین، صرع به دلیل طولانی و مادام‌العمر بودن، باعث صدمات روانی اجتماعی می‌شود و زندگی افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. از این رو، این بیماری و واکنش به آن می‌تواند بهزیستی ذهنی (Subjective well-being) افراد مبتلا را تحت تأثیر قرار دهد (۶). پاره‌ای از بررسی‌ها، بهزیستی ذهنی را ارزیابی فرد از زندگی

صرع (Epilepsy)، از فراگیرترین اختلالات مغزی است که در جوامع مختلف ۱-۵ درصد افراد جامعه را مبتلا می‌سازد و یکی از شایع‌ترین اختلالات عصب‌شناختی در سطح جهان است (۱). از طرفی، بیماری صرع از شیوع به نسبت بالایی در ایران برخوردار است و میزان آن ۱/۸ درصد گزارش شده است (۲). به نقل از Rooper و همکاران، اصطلاح صرع، به حملات عود کننده‌ای اشاره دارد که بیش از یک قرن پیش توسط Jackson شناسایی شد و به معنای تخلیه‌ی الکتریکی ناگهانی، متناوب و بیش از حد نوروهای مغزی می‌باشد (۳).

صرع، برخلاف بسیاری از اختلالات مزمن، با علائم غیر قابل پیش‌بینی و ناگهانی مشخص می‌شود (۴) و با مصرف داروهای ضد

۱- گروه روان‌شناسی، دانشکده‌ی علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف‌آباد، اصفهان، ایران

۲- گروه روان‌شناسی، دانشکده‌ی علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف‌آباد و استادیار، گروه مشاوره، دانشکده‌ی علوم تربیتی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

Email: azamsalehi142@yahoo.com

نویسنده‌ی مسؤو: اعظم صالحی

خویش، در دوره‌های زمانی حال و گذشته می‌دانند (۷) و در آن را حوزه‌های مختلفی نظیر بهزیستی هیجانی، بهزیستی روانی و بهزیستی اجتماعی تعریف می‌کنند. بهزیستی هیجانی، به تعادل بین عواطف مثبت و منفی اطلاق می‌شود. بهزیستی روان‌شناختی، به طور عمده ملاکی شخصی و خصوصی برای ارزیابی فرد از کنش‌های روانی خود می‌باشد و بهزیستی اجتماعی اغلب ملاک عمومی و اجتماعی برای ارزیابی کنش‌های اجتماعی فرد در طول زندگی و در تعامل با دیگران محسوب می‌شود (۸). در خصوص نقش بیماری صرع در بهزیستی ذهنی، Baker و همکاران به این نتیجه رسیدند که صرع بر همه‌ی ابعاد زندگی و بهزیستی افراد تأثیر منفی می‌گذارد و منجر به کاهش کیفیت زندگی در آنان می‌گردد (۹).

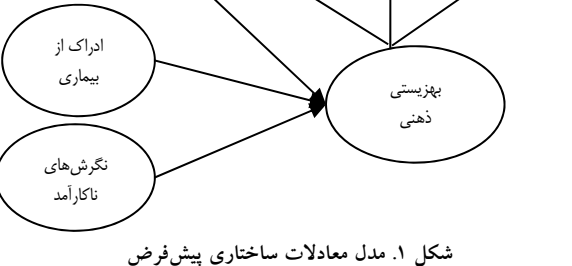
علاوه بر بهزیستی ذهنی، نگرش و بیش بیمار مصروع در مورد بیماری و تجارب معمول زندگی نیز در سازگاری او با بیماری، همکاری وی در روند درمان و به دنبال آن موفقیت و یا شکست در انجام وظایف روزانه و همچنین، مؤثر بودن درمان تأثیر به‌سزایی دارد. بیماران مبتلا به صرع، به دلیل داشتن ادراک از خود (Self-perception) منفی، تمایل زیادی به نسبت دادن شکست‌ها به ناکارآمدی خود دارند، شکست‌هایی که گاهی ناشی از تبعات دارا بودن یک بیماری عصب‌شناختی است و این حس ناکارآمدی و درماندگی را به سایر تجارب خود نیز منتقل می‌کنند و در عمل، بسیاری از فرصت‌های عملکرد مؤثر را از خود می‌گیرند و به جای حل صحیح مسأله، به انزوا و درماندگی روی می‌آورند (۱۰).

در این راستا، نتایج تحقیقات Gzirishvili و همکاران نشان داد که هر چه نگرش فرد مصروع نسبت به توانایی‌هایش در زمینه‌ی کنترل صرع بهبود یابد، اعتماد به نفس او بالاتر می‌رود و نگرش وی نسبت به بیماری و ادراک او از بیماری مثبت‌تر می‌گردد. نتیجه‌ی این پژوهش، بیانگر آن است که نگرش افراد، تأثیر به‌سزایی در بهزیستی ذهنی آن‌ها دارد. در حقیقت، نگرش‌های ناکارآمد، احساس بهزیستی ذهنی (۱۱)، ادراک و سازگاری با بیماری و همکاری‌های درمانی را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱۲). در این رابطه، Pfafflin و May دریافتند که آموزش در زمینه‌های صرع، علل و نحوه‌ی مدیریت و درمان آن، منجر به ادراک بهتر فرد از بیماری می‌شود و مؤلفه‌های سلامت روان را ارتقا می‌بخشد (۱۳).

با توجه به نقش نگرش‌های ناکارآمد و ادراک از بیماری در بهزیستی ذهنی بیماران مصروع، می‌توان گفت یکی از عوامل مهمی که به ظهور و تداوم نگرش‌های ناکارآمد و ادراک فرد از بیماری منجر می‌شود، باورهای غیر منطقی (Irrational beliefs) یا خطاهای شناختی (Distortion cognitive) است (۱۴). خطاهای شناختی به استدلال‌های غلطی گفته می‌شود که نقش مهمی در بروز بسیاری از

تأمل در پژوهش‌های انجام شده، نشان می‌دهد که در زمینه‌ی بررسی نقش ترکیبی کلیه‌ی عوامل شناختی در بهزیستی ذهنی و ایجاد مدل‌هایی که میزان تأثیر هم‌زمان این عوامل را بر روی بهزیستی ذهنی بیماران مبتلا به صرع نشان دهد، خلأ پژوهشی وجود دارد. از این رو، پژوهش حاضر به دنبال بررسی رابطه‌ی ترکیبی خطاهای شناختی، نگرش‌های ناکارآمد و ادراک از بیماری با بهزیستی ذهنی بیماران صرعی در قالب مدل معادلات ساختاری می‌باشد.

بنابراین، مسأله‌ی اصلی این پژوهش این است که «آیا عوامل شناختی (نگرش‌های ناکارآمد، ادراک از بیماری و خطاهای شناختی) قادر به پیش‌بینی بهزیستی ذهنی بیماران مبتلا به صرع می‌باشند؟».



روش‌ها

پژوهش حاضر، از نوع توصیفی-همبستگی و مدل‌سازی معادلات ساختاری بود. جامعه‌ی آماری این پژوهش، زنان و مردان بالای ۱۴ سال مبتلا به صرع بودند که به انجمن خیریه‌ی صرع شهر اصفهان در سال ۱۳۹۵ مراجعه کردند. در این پژوهش، پس از مراجعه به انجمن خیریه‌ی صرع شهر اصفهان و ارایه‌ی توضیحاتی پیرامون موضوع و اهمیت آن، از میان کلیه‌ی بیماران مبتلا به صرع و بالای ۱۴ سال که حاضر به همکاری شدند، تعداد ۱۲۰ نفر که معیارهای ورود به مطالعه را داشتند (عدم ابتلا به بیماری‌های مزمن جسمانی، عدم ابتلا به بیماری‌های روانی و داشتن سواد کافی جهت خواندن و نوشتن)، به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند.

سپس، پرسش‌نامه‌های پژوهش در اختیار ایشان قرار گرفت. بعد از پاسخگویی، بررسی‌های آماری آغاز شد. ابتدا، تحلیل عاملی خرده مقیاس‌های هر پرسش‌نامه انجام شد و بارهای عاملی ماده‌های مربوط با خرده مقیاس‌ها تحلیل گردید و سپس، تحلیل عاملی تأییدی هر پرسش‌نامه و مدل اندازه‌گیری هر متغیر بررسی گردید. با توجه به پرازش‌های هر متغیر، اصلاحات لازم اعمال شد. در نهایت، مدل‌های اصلی به دست آمدند و مدل معادله‌ی ساختاری مورد تأیید قرار گرفت. ابزار پژوهش شامل پرسش‌نامه‌های زیر بود:

مقیاس بهزیستی ذهنی: به نقل از تمنایی فر و معتقدی فر، این مقیاس توسط Keyes و Magiaro برای سنجش بهزیستی هیجانی، روان‌شناختی و اجتماعی به کار می‌رود که از ۴۵ سؤال تشکیل شده است. ۱۲ سؤال اول مربوط به بهزیستی هیجانی، ۱۸ سؤال بعدی بهزیستی روان‌شناختی و در نهایت ۱۵ سؤال بعدی مربوط به بهزیستی اجتماعی می‌باشد. ضریب پایایی و بازآزمایی ۰/۸۳ گزارش شده است. Cronbach's alpha برای هر یک از این موارد به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۰ و ۰/۶۱ محاسبه شده که حاکی از همسانی درونی مطلوب مقیاس است (۱۹). در پژوهش حاضر، ضرایب پایایی برای پرسش‌نامه‌ی بهزیستی ذهنی با استفاده از روش Cronbach's alpha ۰/۶۵ به دست آمد که نشان دهنده‌ی پایایی قابل قبول این پرسش‌نامه‌ی می‌باشد.

پرسش‌نامه‌ی نگرش‌های ناکارآمد: این مقیاس توسط Beck و همکاران تهیه شده است (۲۰). این مقیاس دارای ۴ خرده مقیاس موفقیت-کامل طلبی، نیاز به تأیید دیگران، نیاز به راضی کردن دیگران و آسیب پذیری-ارزشیابی عملکرد می‌باشد. در این مقیاس، شرکت کننده، پاسخ خود را روی یک طیف لیکرت ۷ درجه‌ای مشخص می‌کند. در پژوهش ابراهیمی و موسوی، همسانی درونی سؤال‌های نسخه‌ی ۲۶ سؤال‌ی (DAS) Dysfunctional attitude scale از

طریق Cronbach's alpha برابر با ۰/۹۲ به دست آمد. روایی ملاکی هم‌زمان مقیاس DAS-26 از طریق پیش‌بینی سلامت با نمرات General health questionnaire (GHQ-28) برابر ۰/۵۶ به دست آمد (۲۱).

در پژوهش حاضر، ضرایب پایایی برای پرسش‌نامه‌ی نگرش ناکارآمد با استفاده از روش Cronbach's alpha ۰/۷۸ به دست آمد که نشان دهنده‌ی پایایی قابل قبول این پرسش‌نامه می‌باشد. بعد از تحلیل عاملی پرسش‌نامه، زیر مقیاس موفقیت-کامل طلبی، به علت همبستگی کم با بهزیستی ذهنی، حذف شد و به این طریق مدل اصلاح گردید.

پرسش‌نامه‌ی کوتاه ادراک از بیماری: یک پرسش‌نامه‌ی ۹ خرده مقیاسی است که برای ارزیابی تجسم عاطفی و شناختی بیماری طراحی شده است. سؤال‌ها به ترتیب پیامدها، طول مدت، کنترل شخصی، اعتماد به درمان، ماهیت، نگرانی، شناخت بیماری، پاسخ عاطفی و درک علت بیماری را می‌سنجند. هر سؤال، یک خرده مقیاس را می‌سنجد و به طور جداگانه نمره‌گذاری می‌شود و پرسش‌نامه نمره‌ی کلی ندارد. دامنه‌ی نمرات هر سؤال، بین ۱-۱۰ است. سؤال ۹ باز پاسخ بود که در پرسش‌نامه لحاظ نشد. Cronbach's alpha برای سؤالات این پرسش‌نامه، به ترتیب ۰/۸۳، ۰/۸۱، ۰/۷۹، ۰/۸۳، ۰/۸۲، ۰/۷۶ و ۰/۸۰ و ضریب پایایی بازآزمایی به فاصله‌ی ۶ هفته برای سؤالات مختلف، بین ۰/۷۵-۰/۴۲ گزارش شده است. همچنین، Cronbach's alpha نسخه‌ی فارسی ۰/۸۴ و ضریب پایایی بازآزمایی به فاصله‌ی ۶ هفته برای سؤالات مختلف، بین ۰/۷۰-۰/۴۸ گزارش شده است. روایی هم‌زمان مقیاس با پرسش‌نامه‌ی ادراک بیماری تجدید نظر شده در نمونه‌ای از بیماران مبتلا به آسم، دیابت و بیماران کلیوی، نشان دهنده‌ی همبستگی زیر مقیاس‌ها بین ۰/۶۳-۰/۳۲ است (۲۲). در پژوهش حاضر، پایایی برای مقیاس ادراک از بیماری با استفاده از روش Cronbach's alpha ۰/۶۷ به دست آمد که نشان دهنده‌ی پایایی قابل قبول این پرسش‌نامه می‌باشد. در این پژوهش، در مدل معادله‌ی ساختاری دو مورد (اعتماد به درمان و ادراک پاسخ عاطفی) از هشت مورد به علت همبستگی بالا استفاده شد.

پرسش‌نامه‌ی خطاهای شناختی توسط احمدی کانی گلزار و همکاران بر اساس نظریه‌ی Ellis (۱۴) ساخته شده است. این پرسش‌نامه، شامل ۲۰ سؤال می‌باشد که به صورت طیف لیکرت (از گزینه‌ی ۱ برای کاملاً موافقم تا گزینه‌ی ۵ برای کاملاً مخالفم) نمره‌گذاری می‌شود. نمره‌گذاری سؤال ۱ به صورت معکوس است. نمره‌ی بالا در این پرسش‌نامه، نشانگر تحریف‌های شناختی کمتر و نمره‌ی کمتر، نشانگر تحریف شناختی بیشتر است. همسانی درونی

مستقل یا پیش‌آیند و بهزیستی ذهنی به عنوان متغیر وابسته تشکیل شده است. شکل ۲، مدل پیشنهادی پژوهش حاضر را ترسیم می‌کند.

جدول ۱. میانگین \pm انحراف معیار مربوط به متغیرهای پژوهش حاضر

میانگین \pm انحراف معیار	متغیرهای پژوهش
۲۰۰/۵۸ \pm ۱۹/۱۰	بهزیستی ذهنی
۶۳/۹۰ \pm ۱۳/۵۱	عوامل شناختی
۱۰۷/۰۷ \pm ۱۸/۷۷	خطاهای شناختی
۴۸/۸۹ \pm ۱۱/۰۶	نگرش‌های ناکارآمد
۱۸/۲۴ \pm ۴/۳۷	کامل طلبی
۲۲/۷۰ \pm ۵/۱۱	نیاز به تأیید دیگران
۱۷/۲۳ \pm ۵/۰۲	نیاز به راضی کردن دیگران
۶/۳۶ \pm ۳/۴۰	آسیب‌پذیری
۶/۳۶ \pm ۳/۴۰	پیامدها
۴/۴۳ \pm ۳/۴۲	ادراک طول مدت بیماری
۵/۲۰ \pm ۳/۰۵	ادراک کنترل شخصی
۷/۱۱ \pm ۲/۸۴	ادراک کنترل درمان
۷/۶۷ \pm ۲/۳۵	ادراک ماهیت بیماری
۸/۰۹ \pm ۲/۳۵	ادراک نگرانی
۷/۵۰ \pm ۲/۴۳	ادراک شناخت بیماری
	ادراک پاسخ عاطفی

در جدول ۳، ضریب Mardia ۵/۱۱ و نسبت بحرانی ۱/۹۹ (تقسیم مقدار کجی و کشیدگی توزیع بر خطای معیار) نشان می‌دهند که پیش‌فرض طبیعی بودن مدل تأیید شده است. همچنین، مقدار χ^2 در مدل ۲۹/۶۶ بود. مقدار χ^2 نسبی ۱/۴۱ بود که نشان می‌دهد مدل وضعیت بسیار مطلوبی دارد. از سوی دیگر، مقدار شاخص‌های تطبیقی (TLI) و (CFI) به طور تقریبی نزدیک به ۰/۹ است که نشان می‌دهد داده‌ها با مدل متناسب هستند. مقدار شاخص‌های مقتصد (PNFI) و (PCFI) بالاتر از ۰/۵ بود و این به معنای آن است که اقتصاد مدل حفظ شده است. مقدار RMSEA (۰/۰۵) نشان می‌دهد که برازش مدل بسیار خوب بوده است.

همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، تمامی مسیرهای مورد مطالعه، در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار بود. همچنین، بر طبق این جدول، ضریب تأثیر نگرش‌های ناکارآمد بر بهزیستی ذهنی، ۰/۱۷ بود. ضریب تأثیر خطاهای شناختی بر بهزیستی ۰/۲۸، اعتماد به درمان ۰/۴۳ و درک پاسخ عاطفی ۰/۶۵ بود.

جدول ۲. ضرایب همبستگی بین مشخصات جمعیت شناختی با بهزیستی ذهنی

متغیرها	جنس	سن	تحصیلات	تأهل	شغل	سن ابتلا	طول مدت بیماری
بهزیستی ذهنی	-۰/۰۵۶	۰/۱۰۳	۰/۰۸۱	-۰/۰۳۳	۰/۰۶۰	-۰/۰۵۲	۰/۱۳۳

پرسش‌نامه‌ی تحریف‌های شناختی با Cronbach's alpha معادل ۰/۸۰ تعیین شده است (۲۳). در پژوهش حاضر، ضرایب پایایی برای پرسش‌نامه‌ی خطاهای شناختی با استفاده از روش Cronbach's alpha ۰/۸۴ به دست آمد که نشان دهنده‌ی پایایی قابل قبول این پرسش‌نامه می‌باشد.

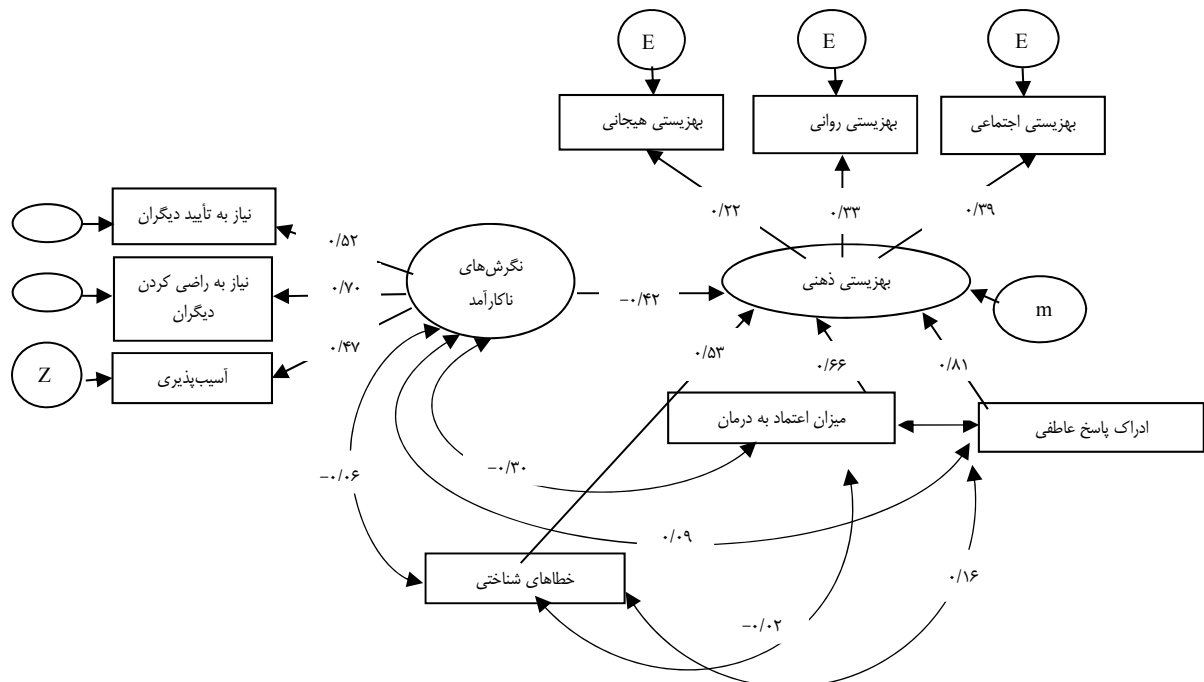
تحلیل عاملی تأییدی برای پرسش‌نامه‌ی بهزیستی ذهنی ($\chi^2 = ۲/۵۴$) نسبی و $RMSEA = ۰/۰۹$ یا (Root mean square error of approximation) و پرسش‌نامه‌ی نگرش‌های ناکارآمد ($\chi^2 = ۳$ و $RMSEA = ۰/۰۹$) و پرسش‌نامه‌ی خطاهای شناختی ($\chi^2 = ۳/۷۱$ نسبی و $RMSEA = ۰/۱۰$) انجام شد. همچنین، تمامی ماده‌ها در این پرسش‌نامه‌ها، بارهای عاملی مناسبی داشتند. در پرسش‌نامه‌ی ادراک از بیماری، به دلیل آن که نمره‌ی کل نداشت و گویه‌ها به صورت جداگانه نمره‌گذاری می‌شوند، از تحلیل عاملی استفاده نشد.

تجزیه و تحلیل آماری در سطح توصیفی میانگین، انحراف معیار و ضریب همبستگی بود و در سطح استنباطی، برای بررسی فرضیه‌های پژوهش از روش معادلات ساختاری استفاده شد. در انجام تحلیل‌های آماری از نرم‌افزارهای SPSS نسخه‌ی ۲۱ (version 21, IBM Corporation, Armonk, NY) و AMOS نسخه‌ی ۱۸ (version 18, SPSS Inc., Chicago, IL, 2009) بهره گرفته شد.

یافته‌ها

بیشتر افراد نمونه (۴۱/۷ درصد) در سنین ۴۰-۳۱ سالگی قرار داشتند. همچنین، اغلب نمونه را زنان (۶۲/۵ درصد) تشکیل می‌دادند. در بعد اشتغال نیز بیشتر (۶۷/۵ درصد) مبتلایان، بی‌کار بودند. از نظر تحصیلات، بیشتر افراد (۶۵/۹ درصد)، در مقطع زیر دیپلم قرار داشتند. همچنین، از نظر سن ابتلا، بیشتر افراد (۳۹/۲ درصد)، در دامنه‌ی سنی ۱۶-۲۰ سال مبتلا شده بودند. علاوه بر آن، طول مدت ابتلای بیشتر مبتلایان (۴۹/۲ درصد) ۲۱ سال به بالا بود. میانگین \pm انحراف معیار متغیرهای پژوهش در جدول ۱ آمده است. بر اساس نتایج جدول ۲، هیچ کدام از مشخصات جمعیت شناختی با بهزیستی ذهنی همبستگی معنی‌داری نداشت.

مدل پیشنهادی پژوهش حاضر از متغیرهای شناختی (خطاهای شناختی، نگرش‌های ناکارآمد و ادراک از بیماری شامل بعد میزان اعتماد به درمان و درک پاسخ عاطفی به بیماری) به عنوان متغیر



شکل ۲. مدل رابطه‌ی عوامل شناختی با بهزیستی ذهنی

بهبود می‌یابند.

ادراک از بیماری، به معنای شناخت بیمار از بیماری خود است که تحت تأثیر باورهای بیمار شکل می‌گیرد. ادراک از بیماری، نقش مهمی در درمان و بازتوانی بیماران ایفا می‌کند (۲۵). یافته‌ها نشان داده است که ادراک از بیماری، یکی از مهم‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های تطابق سطح پایین نظیر بدی کارکرد اجتماعی، خستگی، اضطراب، افسردگی و عزت نفس می‌باشد. هر فرد بیمار، بعد از این که علایم بیماری یا درد را مشاهده کرد، به شکل دادن طرحواره یا سیستمی از باورها درباره‌ی بیماری دست می‌زند و بر اساس آن طرحواره‌ها، به تفسیر علایم مشاهده شده می‌پردازد که این مسئله، بر درمان آن‌ها و کیفیت زندگی بیماران تأثیر می‌گذارد (۲۶). بنابراین، میزان اعتماد فرد به مؤثر بودن درمان با افزایش هیجان‌ات مثبتی نظیر آرامش، می‌تواند بهزیستی ذهنی را در او افزایش دهد. از این رو، در پژوهش حاضر، می‌توان گفت خطاهای شناختی مانع از ادراک درست بیماری و پاسخ عاطفی مناسب می‌شود و با پایین آمدن میزان اعتماد بیمار در مورد درمان، بهزیستی ذهنی او کاهش می‌یابد.

بحث

نتایج پژوهش نشان داد مدل پژوهش با اصلاحات انجام شده برازش مناسبی دارد. بر اساس یافته‌های این پژوهش، میزان تأثیر متغیرهای پژوهش بر بهزیستی ذهنی بیماران مبتلا به صرع به ترتیب عبارت از درک پاسخ عاطفی 0.65 ، میزان اعتماد به درمان 0.43 ، خطاهای شناختی 0.28 و نگرش‌های ناکارآمد 0.17 بود که بیشترین قدرت پیش‌بینی‌کنندگی در بهزیستی ذهنی را داشتند.

به نظر می‌رسد که یافته‌های پژوهش حاضر در مورد تأثیر بعضی از خرده مقیاس‌های ادراک از بیماری (درک پاسخ عاطفی و میزان اعتماد به درمان) بر بهزیستی ذهنی، با نتیجه‌ی پژوهش آقا یوسفی و همکاران (۲۴) همسو می‌باشد. آنان دریافتند ادراک از بیماری، باعث بهبود خودکارآمدی می‌شود؛ در حالی که خودکارآمدی، یک مؤلفه‌ی نزدیک به بهزیستی روان‌شناختی است. همچنین، این نتیجه در راستای پژوهش May و Pfafflin (۱۳) است؛ آنان دریافتند که آموزش در زمینه‌های صرع، علل و نحوه‌ی مدیریت و درمان آن، منجر به ادراک بهتر فرد از بیماری می‌شود و به دنبال آن، مؤلفه‌های سلامت روان

جدول ۳. بررسی طبیعی بودن چند متغیره و شاخص‌های کلی برازش برای مدل پیش‌بینی نقش عوامل شناختی در بهزیستی ذهنی

شاخص	C. R	مطلق			تطبیقی			مقتصد		
		df	CMIN	P	CFI	TLI	P	RMSEA	PCFI	PNFI
مدل پیشنهادی	۱/۹۹	۲۱	۲۹/۶۶	۰/۰۱	۰/۹۰	۰/۸۷	۰/۰۱	۰/۴۱	۰/۴۷	۰/۵۴

CMIN: chi square (χ^2); df: Degrees of freedom; TLI: Tucker-Lewis Index; CFI: Comparative fit index; PNFI: Parsimony Normed Fit Index; PCFI: Parsimony comparative of fit index; RMSEA: Root mean square error of approximation

جدول ۴. خلاصه‌ی پارامترهای برآورد شده برای مدل

پارامتر	برآورد استاندارد	ضریب تعیین	نسبت بحرانی	مقدار P
نگرش‌های ناکارآمد ← بهزیستی ذهنی	-۰/۴۲	۰/۲۸	-۱/۹۰۳	۰/۰۰۱
اعتماد به درمان ← بهزیستی ذهنی	۰/۶۶	۰/۴۳	۲/۹۰۹	۰/۰۰۱
درک پاسخ عاطفی ← بهزیستی ذهنی	۰/۸۱	۰/۶۵	۳/۱۸۵	۰/۰۰۱
خطاهای شناختی ← بهزیستی ذهنی	۰/۵۳	۰/۱۷	۲/۷۲۳	۰/۰۰۱

در پژوهشی که بر روی بیماران آرتريت روماتوئید انجام دادند، به این نتیجه رسیدند که درمان شناختی رفتاری با حذف افکار ناکارآمد و نگرش‌های منفی و مدیریت استرس منجر به کاهش درد و بهبود ادراک فرد از وضعیت بیماری خود می‌شود (۱۸).

Au و همکاران نیز طی پژوهشی دریافته‌اند که درمان شناختی رفتاری در بزرگسالان مبتلا به صرع، از طریق تغییر نگرش‌های ناکارآمد و طرحواره‌های شناختی زیربنایی، بر بهزیستی ذهنی این افراد تأثیر مثبت می‌گذارد (۲۸). در تبیین تأثیر نگرش‌های ناکارآمد بر بهزیستی ذهنی بیماران مصروع، می‌توان گفت از آن جایی که نگرش‌های ناکارآمد شامل باورهای نامنعطفی است که فرد نسبت به خود، جهان اطراف و آینده دارد و عامل اصلی افسردگی از منظر Beck می‌باشد (۲۹)، بیماری و مصرف مادام‌العمر دارو، سبب می‌شود که فرد بیمار نسبت به خود، جهان اطراف و دیگر افراد، دید منفی پیدا کند و این امر، با تحت تأثیر قرار دادن نحوه‌ی تعبیر و تفسیر او از تجارب زندگی، باعث بروز خطاهای فکری و شناختی می‌شود. در چنین شرایطی، بهزیستی ذهنی و در سطح گسترده‌تر، سلامت و بهداشت روان بیمار به مخاطره می‌افتد. علاوه بر آن، گاهی وضع برخی از قوانین در زمینه‌ی طلاق، گواهینامه‌ی رانندگی، برخی قوانین استخدامی و مانند آن نیز می‌تواند به نگرش منفی این افراد دامن بزند.

در مجموع، بر اساس نتایج پژوهش حاضر، می‌توان دریافت که با اصلاح و بهبود عوامل شناختی، می‌توان سطح سلامت روان و بهزیستی ذهنی افراد مبتلا به صرع را افزایش داد و بدین ترتیب، سطح اعتماد به درمان و میزان همکاری بیماران را ارتقا بخشید.

با وجود نتایج به دست آمده، از محدودیت‌های پژوهش حاضر این بود که این پژوهش تنها بر روی بیماران مصروع شهر اصفهان صورت گرفته است. از این رو، تعمیم آن به جوامع مختلف با محدودیت رو به رو می‌باشد. با توجه به نتایج پژوهش پیشنهاد می‌شود در مراکز درمان صرع، به موازات درمان‌های دارویی، درمان‌های شناختی رفتاری نیز توسط متخصصان گروه روان‌شناسی با هدف اصلاح الگوهای فکری معیوب در افراد مصروع ارایه شود.

از دیگر نتایج این پژوهش، تأثیر خطاهای شناختی بر بهزیستی ذهنی است که با نتایج پژوهش‌های اسماعیلی و همکاران (۲) و نیز Mittan (۱۶) همسو می‌باشد. اسماعیلی و همکاران در پژوهش خود نشان دادند که مداخلات شناختی رفتاری تنظیم هیجان، با اصلاح خطاهای شناختی باعث افزایش بهزیستی روان‌شناختی دختران مصروع می‌شود (۲). Mittan نیز در پژوهش خود در زمینه‌ی درمان بیماری صرع، دریافت که درمان‌های شناختی با تغییر نگرش‌ها و خطاهای شناختی، بهزیستی ذهنی را بهبود می‌بخشد (۱۶).

به نظر می‌رسد علت تأثیر خطاهای شناختی بر بهزیستی ذهنی افراد مصروع به دلیل چهار عامل است.

- اول این که احتمال می‌رود بیماران مصروع به دلیل آن که در موقعیت‌های ناخوشایند بیشتری قرار می‌گیرند، خطاهای شناختی در آن‌ها قوت می‌گیرد و مسلط شدن این افکار بر دستگاه‌های شناختی، می‌تواند بر سایر فعالیت‌های شناختی نیز تأثیر منفی بگذارد و هیجانات منفی را در فرد برانگیزد.

- دومین عامل، طولانی و مزمن بودن بیماری صرع است. از آن جایی که این بیماری اغلب از دوران کودکی آغاز می‌شود و توانایی فرد را در موقعیت‌های اجتماعی، تفریحی یا حتی تحصیلی محدود می‌کند، منجر به رشد افکار منفی می‌گردد.

- عامل سوم آن که، نگرش جامعه نسبت به این افراد منفی است و دیگران بی‌دلیل، این افراد را خطرناک می‌دانند و همین امر، باعث ایجاد و رشد خطاهای شناختی می‌شود.

- چهارمین عامل نیز این است که افراد مصروع، احساس خودکم‌بینی و حقارت دارند و در توانمندی‌های خود دچار تردید می‌گردند.

در مجموع تمام عوامل ذکر شده، باعث می‌شود که فرد مصروع، درگیر هیجانات منفی نظیر اضطراب، غم، استرس و حتی پرخاشگری گردد و زمینه‌ی بروز هیجانات مثبت، تضعیف شود و در نتیجه، احساس بهزیستی کاهش یابد.

سومین نتیجه‌ی این پژوهش مبنی بر تأثیر نگرش‌های ناکارآمد بر بهزیستی ذهنی نیز به نظر می‌رسد در راستای نتایج پژوهش‌های Mittan (۱۶)، حمزه‌پور حقیقی و همکاران (۱۸)، ذوالرحیم و بیرامی (۲۷) و نیز **Au** و همکاران (۲۸) باشد. حمزه‌پور حقیقی و همکاران

آنان، انجام پژوهش میسر نبود و همچنین، استادان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان که داوری این مقاله را بر عهده داشتند، صمیمانه سپاسگزاری می‌گردد.

تشکر و قدردانی

در نهایت، از همکاری مسئولین انجمن خیریه‌ی صرع شهر اصفهان و مسئولین دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف‌آباد که بدون همکاری

References

- Sutter R, Ruegg S. Refractory status epilepticus: epidemiology, clinical aspects and management of a persistent epileptic storm. *Epileptologie* 2012; 29: 186-93.
- Esmaeili L, Abedi MR, Najafi MR, Aghaei A, Esmaeili M. Effectiveness of emotion regulation therapy on psychological well being of epileptic girls. *J Res Behave Sci* 2014; 12(2): 194-204. [In Persian].
- Ropper A, Samuels M, Klein J. Adams and Victor's principles of neurology. 10th ed. New York, NY: McGraw-Hill Education; 2014. p. 331-5.
- Power KN, Flaatten H, Gilhus NE, Engelsen BA. Propofol treatment in adult refractory status epilepticus. Mortality risk and outcome. *Epilepsy Res* 2011; 94(1-2): 53-60.
- Al-Khateeb JM, Al-Khateeb AJ. Research on psychosocial aspects of epilepsy in Arab countries: a review of literature. *Epilepsy Behav* 2014; 31: 256-62.
- Najafi Fard T, Abbasi S, Pour Sadoghi A, Yousefi S, Mohammadi Malek Abadi A, Delavar Kasmaei H. Effectiveness of attributive retraining on epileptic male children's mental health. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry* 2015; 2(4): 69-81. [In Persian].
- Kakabaraei K, Arjmandnia AA, Afrooz GA. The relationship between coping strategies and perceived social support and mental well-being scales in parents with exceptional and normal children in Kermanshah, in 2010. *Psychology of Exceptional Individuals* 2012; 2(7): 1-26. [In Persian].
- Keyes CLM. Social well-being. *Soc Psychol* 1998; 61(2): 121-40.
- Baker GA, Spector S, McGrath Y, Soteriou H. Impact of epilepsy in adolescence: a UK controlled study. *Epilepsy Behav* 2005; 6(4): 556-62.
- Salehzadeh M, Najafi M, Ebrahimi A. Effectiveness of cognitive- behavioral therapy on dysfunctional attitudes in epileptic patients. *J Shahid Sadoughi Univ Med Sci* 2011; 19(3): 377-87. [In Persian].
- Gzirishvili N, Kasradze S, Lomidze G, Okujava N, Toidze O, de Boer HM, et al. Knowledge, attitudes, and stigma towards epilepsy in different walks of life: a study in Georgia. *Epilepsy Behav* 2013; 27(2): 315-8.
- Musarezaie A, Khaleidi F, Kabbazi-fard M, Momeni-GhaleGhasemi T, Keshavarz M, Khodaeem. Investigation the dysfunctional attitudes and its' relationship with stress, anxiety and depression in breast cancer patients. *J Health Syst Res* 2015; 11(1): 68-76. [In Persian].
- May TW, Pfafflin M. The efficacy of an educational treatment program for patients with epilepsy (MOSES): results of a controlled, randomized study. *Modular Service Package Epilepsy. Epilepsia* 2002; 43(5): 539-49.
- Ellis A, MacLaren C. Rational emotive behavior therapy: a therapist's guide. 2nd ed. Atascadero, CA: Impact Publishers; 2005.
- Sharf RS. Theories of psychotherapy and counseling: concepts and cases. 5th ed. Belmont, CA: Brooks Cole; 2011.
- Mittan RJ. Psychosocial treatment programs in epilepsy: a review. *Epilepsy Behav* 2009; 16(3): 371-80.
- Macrodimitris S, Wershler J, Hatfield M, Hamilton K, Backs-Dermott B, Mothersill K, et al. Group cognitive-behavioral therapy for patients with epilepsy and comorbid depression and anxiety. *Epilepsy Behav* 2011; 20(1): 83-8.
- Hamzhepour Haghighi T, Dousty Y, Fakhri MK. Effectiveness of group cognitive behavioral therapy on illness and pain perception in patients with rheumatoid arthritis. *Sci J Kurdistan Univ Med Sci* 2015; 20(3): 45-57. [In Persian].
- Tamanaeefar M, Motaghedifar M. The relationship between self-efficacy and subjective well-being in adolescents. *Proceedings of the 6th International Congress of Child and Adolescent Psychiatry*; 2013 Sep 17-19; Tabriz, Iran. [In Persian].
- Beck AT, Brown G, Steer RA, Weissman AN. Factor analysis of the Dysfunctional Attitude Scale in a clinical population. *Psychol Assess* 1991; 3(3): 478-83.
- Ebrahimi A, Moosavi S G. Development and validation of the Dysfunctional Attitude Scale-26 items: factor structure, reliability and validity in psychiatric outpatients. *J Ilam Univ Med Sci* 2013; 21(5): 20-8. [In Persian].
- Moghimian A, Ebrahimi Daryani N, Yaraghchi A, Jomehrie F, Rezaei O. Predicting quality of life on the basis of illness perception in patients with irritable bowel syndrome. *Govaresh* 2013; 18(3): 164-71.
- Ahmadi Kani Golzar A, Golizadeh Z, Sohrabi A, Kiani MA, Shamse Allizadeh N, Asgarnajad S. Effectiveness of cognitive - behavioral therapy in the treatment of postpartum depression and three dynamic conflicts of dependency, anger and motherhood in postpartum depressed mothers. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2013; 16(52): 8-17. [In Persian].
- Agha Yousefi A, Shaghaghfi F, Dehestani M, Barghi Irani Z. The relationship between quality of life (QoL) and psychological capital with illness perception in MS patients. *Health Psychology* 2012; 1(1): 29-41. [In Persian].
- Ji H, Zhang L, Li L, Gong G, Cao Z, Zhang J, et al. Illness perception in Chinese adults with epilepsy. *Epilepsy Res* 2016; 128: 94-101.
- Alsen P, Brink E, Persson LO, Brandstrom Y, Karlson BW. Illness perceptions after myocardial infarction: relations to fatigue, emotional distress, and

- health-related quality of life. *J Cardiovasc Nurs* 2010; 25(2): E1-E10.
27. Zorrahim R, Beyrami M. Relationship between dysfunctional attitudes with the components of psychological well-being in students of Islamic Azad University of Tabriz. *Community Health Journal* 2015; 9(3): 9-17. [In Persian].
28. Au A, Chan F, Li K, Leung P, Li P, Chan J. Cognitive-behavioral group treatment program for adults with epilepsy in Hong Kong. *Epilepsy Behav* 2003; 4(4): 441-6.
29. Ruiz FJ, Suarez-Falcon JC, Baron-Rincon D, Barrera-Acevedo A, Martinez-Sanchez A, Pena A. Factor structure and psychometric properties of the Dysfunctional Attitude Scale Revised in Colombian undergraduates. *Revista latinoamericana de psicolog* 2016; 48(2): 81-7.

Predictive Model of Cognitive Factors in Mental Well-being among Patients with Epilepsy in Isfahan City, Iran

Sahar Mehrabi¹, Azam Salehi²

Original Article

Abstract

Background: Epilepsy is one of the common diseases affect some cognitive functions such as perception, attitudes and subjective well-being. Therefore, this study aimed to investigate the relationship between cognitive factors with subjective well-being among people with epilepsy, and also develop a structural equation model for this relevance.

Methods: This was a descriptive study of the type of structural equation modeling. This study population was people over 14 years old suffered from epilepsy and referred to Isfahan's epilepsy charity, Iran, in the year of 2016; 120 of them were chosen via available sampling method. Research tools included subjective well-being questionnaire, dysfunctional attitude questionnaire, perception of illness questionnaire, and cognitive errors questionnaire. To analyze the results of this study, SPSS and AMOS software were used.

Findings: There was a good fit with the default model. Analysis of the original model indicated that understanding the emotional response to the disease ($\beta = 0.81$), the confidence to treat ($\beta = 0.66$), cognitive errors ($\beta = 0.53$), and dysfunctional attitude scale (DAS) ($\beta = -0.42$) were correlated with subjective well-being. In addition, understanding the emotional response to the disease (0.65), the confidence to treat (0.43), cognitive errors (0.28), and dysfunctional attitude scale (0.1.7) were involved in patients' subjective well-being.

Conclusion: The results show that subjective well-being in patients with epilepsy greatly appreciates the understanding emotional response to the disease and the confidence in the treatment. So, that is necessary for therapists to pay attention to these two factors beside the medical treatments.

Keywords: Epilepsy, Cognitive dysfunction, Attitudes, Perception

Citation: Mehrabi S, Salehi A. Predictive Model of Cognitive Factors in Mental Well-being among Patients with Epilepsy in Isfahan City, Iran. J Isfahan Med Sch 2017; 35(424): 326-34.

1- Department of Clinical Psychology, School of Human Sciences, Najaf Abad Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran

2- Department of Clinical Psychology, School of Human Sciences, Najaf Abad Branch, Islamic Azad University, Isfahan AND Assistant Professor, Department of Consulting, School of Educational Sciences, Payame Noor University, Tehran, Iran

Corresponding Author: Azam Salehi, Email: azamsalehi142@yahoo.com