

## مدل ساختاری علائم جسمانی بر اساس حمایت اجتماعی ادراک شده و ترومای کودکی در بیماران مبتلا به صرع: نقش میانجی گر افسردگی، اضطراب و استرس

**مقدمه:** با توجه به اهمیت بررسی علائم جسمانی در بیماران مبتلا به صرع، پژوهش حاضر با هدف بررسی مدل ساختاری علائم جسمانی بر اساس حمایت اجتماعی ادراک شده و ترومای کودکی با میانجیگری افسردگی، اضطراب و استرس در بیماران مبتلا به صرع انجام شد.

**روش پژوهش:** این مطالعه از نظر هدف کاربردی و از نظر شیوه اجرا توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه پژوهش بیماران مبتلا به صرع کشور ایران در سال ۱۴۰۰ بودند که ۲۶۰ نفر از آنها با روش نمونه‌گیری تصادفی ساده به‌عنوان نمونه انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه علائم جسمانی (کرونتکی و همکاران، ۲۰۰۲)، مقیاس حمایت اجتماعی ادراک شده (زیمت و همکاران، ۱۹۸۸)، پرسشنامه ترومای کودکی (برنشتاین و همکاران، ۲۰۰۳) و مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (لاویباند و لاویباند، ۱۹۹۵) بود. داده‌ها با روش مدل‌سازی معادلات ساختاری در نرم‌افزارهای SPSS-24 و AMOS-26 تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** یافته‌ها نشان داد که مدل علائم جسمانی بر اساس حمایت اجتماعی ادراک شده و ترومای کودکی با میانجیگری افسردگی، اضطراب و استرس در بیماران مبتلا به صرع برازش مناسبی داشت. هم‌چنین، حمایت اجتماعی بر افسردگی، اضطراب و استرس و علائم جسمانی اثر معنادار منفی، ترومای کودکی بر افسردگی، اضطراب و استرس اثر معنادار مثبت و افسردگی، اضطراب و استرس بر علائم جسمانی اثر معنادار مثبت داشت ( $P < 0/05$ )، اما ترومای کودکی بر علائم جسمانی اثر معناداری نداشت ( $P > 0/05$ ). علاوه بر آن، حمایت اجتماعی با میانجیگری افسردگی، اضطراب و استرس بر علائم جسمانی اثر معنادار منفی و ترومای کودکی با میانجیگری افسردگی، اضطراب و استرس بر علائم جسمانی اثر معنادار مثبت داشت ( $P < 0/05$ ).

**نتیجه‌گیری:** طبق نتایج این مطالعه برنامه‌ریزی برای کاهش علائم جسمانی در بیماران مبتلا به صرع از طریق افزایش حمایت اجتماعی و کاهش افسردگی، اضطراب و استرس ضروری می‌باشد.

**کلید واژه‌ها:** علائم جسمانی، حمایت اجتماعی ادراک شده، ترومای کودکی، افسردگی، اضطراب، استرس، صرع.

۱- دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران  
۲- استادیار، گروه روانشناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران، (نویسنده مسئول)، پست الکترونیک: [\\_taheri@yahoo.com](mailto:_taheri@yahoo.com)  
۳- دانشیار، گروه روانشناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران  
۴- استاد، بیمارهای مغز و اعصاب، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران

## مقدمه

صرع یک بیماری شایع، مزمن و عودکننده عصب‌شناختی است که بعد از سکته مغزی، دومین عامل بروز بیماری‌های سیستم عصبی مرکزی در دنیا و در تمام نژادها، ملت‌ها و طبقه‌های اجتماعی و فرهنگی می‌باشد [۱]. این اختلال عصب‌شناختی به حملات عودکننده‌ای اشاره دارد که در نتیجه تخلیه الکتریکی ناگهانی، متناوب و بیش از حد نورون‌های مغزی ایجاد می‌شود [۲]. میزان شیوع صرع در جهان ۳-۵٪ درصد و برای آن میزان بروز ۴ تا ۷ بیمار در ده هزار نفر تخمین زده شده و شیوع آن در ایران در حدود ۱/۸ درصد می‌باشد [۳].

یکی از مشکلات مبتلایان به صرع داشتن علائم جسمانی است [۴]. علائم جسمانی یک اختلال شبه‌جسمی یا نشانگان بدکارکردی بدنی یا جسمانی بوده که معاینه‌های پزشکی قادر به کشف و توضیح آنها نیستند، اما در مبتلایان به آن ناراحتی‌های روانی و مشکلات روابط بین‌فردی زیاد وجود دارد [۵]. به عبارت دیگر، علت علائم جسمانی یا جسمانی‌سازی مشخص نیست و فاقد توضیح پزشکی می‌باشد و این علائم حاکی از ابراز جسمانی بیماری‌های روانشناختی است [۶]. علائم جسمانی شامل نشانگان خستگی مزمن، فیبرومیالژیا، نشانگان روده تحریک‌پذیر، درد مزمن لگنی، نشانگان تنفس عمیق و سریع، حساسیت چندگانه شیمیایی، درد قفسه سینه غیرقلبی و سردرد تششی است و مبتلایان به آن درد، رنج و هزینه‌های مراقبت و درمان زیادی را متحمل می‌شوند [۷].

یکی از عوامل مرتبط با علائم جسمانی، حمایت اجتماعی ادراک‌شده است [۴] که به ارزیابی‌های ذهنی افراد درباره محیط، روابط و رفتارهای حمایتی مانند کسب اطلاعات، کمک‌های مادی، توصیه سلامتی و حمایت عاطفی و غیره اشاره دارد [۸]. برخی حمایت‌ها به دلیل عدم احساس نیاز، بی‌موقع و نامناسب بودن نه تنها منبع حمایت محسوب می‌شوند، بلکه باعث ایجاد و افزایش تنش‌های روانشناختی می‌شوند. بنابراین، نه خود حمایت، بلکه ادراک فرد از حمایت مهم

می‌باشد [۹]. حمایت اجتماعی ادراک‌شده یک پدیده دوجانبه است که باعث خلق تصور مثبت از خود، احساس عشق و ارشمنندی و ایجاد فرصت خودشکوفایی می‌شود [۱۰]. این سازه یک عامل محافظت‌کننده و یک راهبرد مقابله‌ای برای مواجهه با استرس‌ها و تنش‌ها است و نقش مهمی در بهبود و ارتقای سلامت و عملکرد اجتماعی دارد [۱۱].

یکی دیگر از عوامل مرتبط با علائم جسمانی، ترومای کودکی است [۱۲] که به تمامی اشکال کودک آزاری از جمله جسمی، جنسی، هیجانی و غفلت جسمی و هیجانی اشاره دارد و باعث ایجاد تجربه‌های ناخوشایند برای کودک می‌شود [۱۳]. ترومای کودکی باعث ایجاد آسیب سیستم‌های مختلف عصبی، جسمی، عاطفی و روانشناختی شده و الگوی مشهودی از تجربه‌های نامطلوب کودکی و اختلال‌های شخصیت را به وجود می‌آورد [۱۴]. این سازه تکانشگری را افزایش و ظرفیت مغز برای مدیریت هیجانی را کاهش داده و سبب ازدیاد رفتارهای خودآسیب‌رسان از جمله خودزنی و خودکشی می‌شود [۱۵].

یکی از متغیرهایی که می‌تواند بین علائم جسمانی با حمایت اجتماعی و ترومای کودکی نقش میانجی داشته باشد، افسردگی، اضطراب و استرس است. افسردگی یک اختلال خلقی است که بر رفتار، شناخت و عواطف تاثیر منفی می‌گذارد. اضطراب یک احساس ناخوشایند و مبهم همراه با حس تردید نسبت به یک عامل ناشناخته می‌باشد. استرس احساس دلواپسی و تنش در هنگام مواجهه با رویدادهای چالش‌انگیز است [۱۶]. استرس جزء جدانشدنی زندگی انسان و عمومی‌ترین مساله زندگی می‌باشد که تکرار و تداوم آن باعث اضطراب و افسردگی می‌شود [۱۷]. فرد زمانی دچار استرس می‌شود که نتواند با یک موقعیت استرس‌زا و تنش‌زا کنار آید و این احساس ناتوانی و در ادامه فرد را به سمت درماندگی و افسردگی می‌کشاند [۱۸]. استرس زمانی ایجاد که بین خواسته‌ها و توانایی‌ها ناهماهنگی ایجاد شود، اضطراب هیجان ناخوشایندی است که با کلمات نگرانی، تشویش، ترس و تنش معرفی می‌گردد

روان‌پزشکی رابطه مثبت و معنادار وجود داشت [۱۲]. در پژوهشی دیگر بشریور و همکاران گزارش کردند که تجربه رویدادهای آسیب‌زا یا تروما در دوران کودکی با شکایات جسمانی در نوجوانان پسر رابطه مثبت و معنادار داشت [۲۸]. علاوه بر آن، نتایج پژوهش گابوروا و همکاران نشان داد که بین افسردگی و اضطراب با علائم جسمانی دانشجویان همبستگی مثبت و معنادار وجود داشت [۲۹]. صالح‌میرحسینی و همکاران ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که افسردگی، اضطراب و استرس با علائم جسمانی آتش‌نشان‌ها رابطه مثبت و معنادار داشتند [۳۰].

بیماری صرع شیوع نسبتاً بالایی دارد و بیماران مبتلا به صرع با مشکلات فراوانی به‌ویژه در زمینه علائم جسمانی مواجه هستند و برای کاهش علائم جسمانی در این گروه باید عوامل مرتبط با آن را شناسایی و سپس برنامه‌هایی برای کاهش علائم جسمانی طراحی و اجرا کرد. از عوامل مرتبط با علائم جسمانی می‌توان به حمایت اجتماعی، ترومای کودکی و افسردگی، اضطراب و استرس اشاره کرد که پژوهش‌هایی درباره روابط آنها با یکدیگر انجام شده، اما پژوهشی درباره بررسی روابط میان آنها با میانجی افسردگی، اضطراب و استرس یافت نشد و از آنجایی که میزان افسردگی، اضطراب و استرس در این گروه بالا است، لذا انجام این مطالعه می‌تواند تلویحات کاربردی بسیاری داشته باشد و به مسئولان انجمن صرع و افرادی که با این گروه سروکار دارند، کمک زیادی در کاهش علائم جسمانی کند. در نتیجه، با توجه به اهمیت بررسی علائم جسمانی در بیماران مبتلا به صرع، پژوهش حاضر با هدف بررسی مدل ساختاری علائم جسمانی بر اساس حمایت اجتماعی ادراک‌شده و ترومای کودکی با میانجیگری افسردگی، اضطراب و استرس در بیماران مبتلا به صرع انجام شد.

### روش پژوهش

این مطالعه از نظر هدف کاربردی و از نظر شیوه اجرا توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه پژوهش بیماران

و افسردگی اختلالی است که سبب از دست رفتن علاقه به زندگی می‌شود [۱۹].

درباره روابط حمایت اجتماعی، ترومای کودکی، افسردگی، اضطراب و استرس و علائم جسمانی پژوهش‌هایی انجام شده است. برای مثال نتایج پژوهش گیوتو و همکاران نشان داد که بین حمایت اجتماعی با افسردگی، اضطراب و استرس دانشجویان در دوران همه‌گیری کووید-۱۹ همبستگی معنادار منفی وجود داشت [۲۰]. نریمان و همکاران ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که بین حمایت اجتماعی با افسردگی، اضطراب و استرس مادران کودکان مبتلا به اتیسم رابطه معنادار معکوس وجود داشت [۲۱]. در پژوهشی دیگر بداقی و همکاران گزارش کردند که حمایت اجتماعی با نشانه‌های افسردگی، اضطراب و استرس در زنان باردار رابطه معکوس داشت [۲۲]. افزون بر آن، نتایج پژوهش گریگیتیتی و سودبرگ نشان داد که حمایت اجتماعی ادراک‌شده با علائم جسمانی نوجوانان رابطه منفی و معنادار داشت [۲۳]. فیشر و همکاران ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که بین حمایت اجتماعی با علائم جسمانی و افسردگی در زنان مبتلا به سرطان و درد همبستگی معنادار منفی وجود داشت [۲۴]. در پژوهشی دیگر عطادخت و همکاران گزارش کردند که حمایت اجتماعی در بیماران دیابتی با شکایات جسمانی، وسواس، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب، خصومت و افکار پارانوییدی رابطه منفی و معنادار داشت، اما با ترس مرضی و روان‌پریشی رابطه معناداری نداشت [۲۵]. همچنین، نتایج پژوهش کیوزمینسکیتی و همکاران نشان داد که ترومای کودکی با اختلال‌های افسردگی، اضطراب و استرس همبستگی مثبت و معنادار داشت [۲۶]. در پژوهشی دیگر محمودی و همکاران گزارش کردند که ترومای کودکی با افسردگی، اضطراب و استرس (پیشانی روانشناختی) رابطه مثبت و معنادار داشت [۲۷]. افزون بر آن، کیلی و همکاران ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که ترومای کودکی با علائم جسمانی در بیماران سرپای

مبتلا به صرع کشور ایران در سال ۱۴۰۰ بودند که ۲۶۰ نفر از آنها با روش نمونه‌گیری تصادفی ساده به‌عنوان نمونه انتخاب شدند. در این روش نمونه‌گیری پس از هماهنگی با مسئولان انجمن صرع ایران، لیست همه بیماران تهیه و شماره‌گذاری شد. سپس به‌صورت تصادفی تعداد ۲۶۰ نفر از آنها در صورت داشتن معیارهای ورود به مطالعه به‌عنوان نمونه انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل داشتن سواد خواندن و نوشتن، عدم مصرف مواد مخدر، عدم تشخیص بیماری اعصاب و روان بر اساس پرونده پزشکی، عدم ابتلاء به سایر بیماری‌های عصب‌شناختی به غیر از صرع، تحت درمان روانشناختی بودن و تمایل جهت شرکت در پژوهش و معیارهای خروج از مطالعه شامل سابقه جراحی مغز و تکمیل ناقص ابزارهای پژوهش بودند.

روند اجرای پژوهش به این صورت بود که پس از تصویب پروپوزال و دریافت نامه از دانشگاه به انجمن صرع ایران مراجعه و لیست بیماران تهیه و به هر کدام یک کد اختصاص داده شد. در مرحله بعد به روش تصادفی ساده تعداد ۲۶۰ نفر به‌عنوان نمونه انتخاب و پس از هماهنگی‌های لازم (بیان شرایط و ضوابط پژوهش، تشریح اهمیت و ضرورت پژوهش و رعایت نکات اخلاقی)، ابزارهای پژوهش به‌صورت آنلاین برای آنها ارسال و از آنان خواسته شد تا به‌صورت دقیق و کامل به ابزارهای پاسخ دهند و در نهایت از آنان به دلیل شرکت در پژوهش و تکمیل ابزارها تقدیر و تشکر شد.

ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه علائم جسمانی، مقیاس حمایت اجتماعی ادراک‌شده، پرسشنامه ترومای کودکی و مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس بودند که در زیر تشریح می‌شوند.

**پرسشنامه علائم جسمانی:** این پرسشنامه توسط کروئتکی و همکاران با ۱۵ علامت جسمانی آزاردهنده ساخته شد که میزان هر یک را در چهار هفته گذشته ارزیابی و به‌صورت طیف لیکرت سه درجه‌ای از عدم تجربه درد با نمره صفر، تجربه متوسط درد با نمره یک و تجربه زیاد درد با نمره دو نمره‌گذاری می‌شود. نمره

پرسشنامه علائم جسمانی با میانگین نمره گویه‌ها محاسبه می‌شود و نمره بیشتر نشان‌دهنده علائم جسمانی بالاتر و نامطلوب‌تر می‌باشد. روایی ابزار با فرم کوتاه زمینه‌یابی سلامت عمومی تایید و پایایی آن با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۶ به‌دست آمد [۳۱]. عبدالحمیدی و همکاران روایی همگرای پرسشنامه را با خرده‌مقیاس جسمانی‌سازی چک‌لیست اختلال‌های روانی (SCL-90) ۰/۷۴ و پایایی آن را با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۶ گزارش کردند [۳۲]. در پژوهش حاضر مقدار پایایی با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۳ محاسبه شد.

**مقیاس حمایت اجتماعی ادراک‌شده:** این مقیاس توسط زیمت و همکاران با ۱۲ آیتم و ۳ مولفه حمایت خانواده، دوستان و دیگران (هر مولفه ۴ آیتم) ساخته شد که به‌صورت طیف لیکرت پنج درجه‌ای از کاملاً مخالف با نمره یک، مخالف با نمره دو، نظری ندارم با نمره سه، موافق با نمره چهار و کاملاً موافق با نمره پنج نمره‌گذاری می‌شود. نمره مقیاس حمایت اجتماعی ادراک‌شده با میانگین نمره گویه‌ها محاسبه می‌شود و نمره بیشتر نشان‌دهنده حمایت اجتماعی بالاتر و مطلوب‌تر می‌باشد. روایی ابزار با روش تحلیل عاملی اکتشافی بررسی و نتایج حاکی از وجود سه مولفه حمایت خانواده، دوستان و دیگران بود و پایایی آن با روش آلفای کرونباخ بالاتر از ۰/۹۰ به‌دست آمد [۳۳]. عدل و همکاران پایایی مقیاس را با روش آلفای کرونباخ برای خانواده ۰/۸۷، دوستان ۰/۹۱ و دیگران ۰/۹۲ گزارش کردند [۳۴]. در پژوهش حاضر مقدار پایایی با روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۴ و برای خانواده ۰/۸۹، دوستان ۰/۹۰ و دیگران ۰/۹۳ محاسبه شد.

**پرسشنامه ترومای کودکی:** این پرسشنامه توسط برنشتاین و همکاران با ۲۵ آیتم و ۵ مولفه ترومای جسمی، ترومای هیجانی، ترومای جنسی، ترومای غفلت هیجانی و ترومای غفلت جسمی (هر مولفه ۵ آیتم) ساخته شد که به‌صورت طیف لیکرت پنج درجه‌ای از هرگز با نمره یک، به‌ندرت با نمره دو، گاهی اوقات با نمره سه، اغلب اوقات با نمره چهار و همیشه با

## یافته‌ها

در این مطالعه فقط پرسشنامه‌های یک نفر حتی پس از چندبار پیگیری بازنگشت و تحلیل‌ها برای ۲۵۹ نفر انجام شد؛ به طوری که ۱۴۴ زن (۵۵/۶۰ درصد) و ۱۱۵ مرد (۴۴/۴۰ درصد) مبتلا به صرع با میانگین و انحراف استاندارد سنی ۳۷/۱۴ و ۱۱/۸۵ سال حضور داشتند. در بین شرکت‌کنندگان ۱۳۹ نفر مجرد (۵۳/۶۷ درصد)، ۱۰۵ نفر متأهل (۴۰/۵۴ درصد) و ۱۵ نفر مطلقه (۵/۷۹ درصد) بودند. هم‌چنین، ۱۵ نفر دانش‌آموز (۵/۷۹ درصد)، ۸۲ نفر زیردیپلم (۳۱/۶۶ درصد)، ۷۸ نفر دیپلم (۳۰/۱۲ درصد)، ۶۲ نفر لیسانس (۲۳/۹۴ درصد) و ۲۲ نفر بالاتر از لیسانس (۸/۴۹ درصد) بودند. جدول ۱ میانگین، انحراف استاندارد و ضرایب همبستگی بین حمایت اجتماعی ادراک‌شده، ترومای کودکی، افسردگی، اضطراب و استرس و علائم جسمانی را نشان می‌دهد.

جدول ۱ ضرایب همبستگی بین متغیرها را نشان می‌دهد که بر اساس آن جهت همبستگی بین متغیرها منطبق بر انتظار و همسو با تئوری‌های حوزه پژوهش بود. جدول ۲ چولگی، کشیدگی، ضریب تحمل و عامل عامل تورم متغیرهای پیش‌بین را نشان می‌دهد. (جدول ۱)

برای ارزیابی مفروضه نرمال بودن توزیع داده‌ها مقادیر چولگی و کشیدگی مورد بررسی قرار گرفت و هم‌چنان که جدول ۲ نشان می‌دهد که مقادیر مزبور برای همه متغیرها در محدوده +۲ و -۲ قرار دارد. این مطلب بیانگر آن است که توزیع داده‌ها از نرمال بودن تک‌متغیری انحراف آشکاری ندارند. مفروضه هم‌خطی بودن به کمک مقادیر ضریب تحمل و عامل تورم واریانس بررسی شد که مقادیر ضریب تحمل همه متغیرهای پیش‌بین بزرگ‌تر از ۰/۰۱ و مقادیر عامل تورم واریانس آنها کوچک‌تر از ۱۰ است. بنابراین، مفروضه هم‌خطی بودن در بین داده‌های پژوهش حاضر برقرار بود. در این تحقیق برای ارزیابی برقراری یا عدم برقراری مفروضه نرمال بودن توزیع چندمتغیری، از تحلیل اطلاعات مربوط به فاصله مهلنوبیس

نمره پنج نمره‌گذاری می‌شود. نمره پرسشنامه ترومای کودکی با میانگین نمره گویه‌ها محاسبه می‌شود و نمره بیشتر نشان‌دهنده ترومای بالاتر و نامطلوب‌تر می‌باشد. روایی ابزار با روش تحلیل عاملی اکتشافی بررسی و نتایج حاکی از وجود پنج مولفه ترومای جسمی، ترومای هیجانی، ترومای جنسی، ترومای غفلت هیجانی و ترومای غفلت جسمی بود و پایایی آن با روش‌های بازآزمایی و آلفای کرونباخ در دامنه ۰/۷۹ تا ۰/۹۴ به دست آمد [۳۵]. ابراهیمی و همکاران پایایی پرسشنامه را با روش آلفای کرونباخ در دامنه ۰/۸۱ تا ۰/۹۷ گزارش کردند [۳۶]. در پژوهش حاضر مقدار پایایی با روش آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۹ و برای مولفه‌ها در دامنه ۰/۷۳ تا ۰/۸۵ محاسبه شد.

## مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس: این

مقیاس توسط لایباند و لایباند با ۲۱ آیتم و ۳ مولفه افسردگی، اضطراب و استرس (هر مولفه ۷ آیتم) ساخته شد که به صورت طیف لیکرت چهار درجه‌ای از کاملا متفاوت با من با نمره صفر، متفاوت با من با نمره یک، شبیه به من با نمره دو و کاملا شبیه من با نمره سه نمره‌گذاری می‌شود. نمره مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس با میانگین نمره گویه‌ها محاسبه می‌شود و نمره بیشتر نشان‌دهنده افسردگی، اضطراب و استرس بالاتر و نامطلوب‌تر می‌باشد. روایی ابزار با روش تحلیل عاملی اکتشافی بررسی و نتایج حاکی از وجود سه مولفه افسردگی، اضطراب و استرس بود و پایایی آن با روش آلفای کرونباخ بالاتر از ۰/۷۰ به دست آمد (۳۷). عبدالکریمی و همکاران پایایی مقیاس را با روش آلفای کرونباخ برای افسردگی ۰/۹۴، اضطراب ۰/۸۵ و استرس ۰/۸۷ گزارش کردند (۳۸). در پژوهش حاضر مقدار پایایی با روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۹ و برای خانواده ۰/۸۵، دوستان ۰/۹۱ و دیگران ۰/۸۴ محاسبه شد. داده‌ها پس از گردآوری با ابزارهای فوق با روش مدل‌سازی معادلات ساختاری در نرم‌افزارهای SPSS-24 و AMOS-26 تحلیل شدند.

با میانجیگری افسردگی، اضطراب و استرس بر علائم جسمانی اثر معنادار مثبت داشت ( $P < 0/05$ ). شکل ۱ پارامترهای استاندارد در مدل ساختاری را نشان می‌دهد. (جدول ۴)

شکل ۱ نشان می‌دهد که مجموع مجذور همبستگی‌های چندگانه برای متغیر علائم جسمانی برابر با ۰/۶۷ به دست آمده و این موضوع نشان داد که در مجموع حمایت اجتماعی ادراک شده، ترومای کودکی و افسردگی، اضطراب و استرس ۶۷ درصد از واریانس علائم جسمانی را در مبتلایان به صرع تبیین کردند. (شکل ۱)

### بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی مدل ساختاری علائم جسمانی بر اساس حمایت اجتماعی ادراک شده و ترومای کودکی با میانجیگری افسردگی، اضطراب و استرس در بیماران مبتلا به صرع انجام شد.

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که حمایت اجتماعی ادراک شده بر افسردگی، اضطراب و استرس و علائم جسمانی اثر معنادار منفی داشت. این یافته‌ها در زمینه اثر حمایت اجتماعی بر افسردگی، اضطراب و استرس با یافته‌های پژوهش‌های گیوئو و همکاران [۲۰]، نریمان و همکاران [۲۱] و دیگر بدایق و همکاران [۲۲] و در زمینه اثر آن بر علائم جسمانی با یافته‌های پژوهش‌های گریگیتایتی و سودربرگ [۲۳]، فیشر و همکاران [۲۴] و عطادخت و همکاران [۲۵] همسو بود. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که حمایت اجتماعی ادراک شده عامل محافظتی و یک راهبرد مقابله‌ای است که از طریق مکانیسم‌های روانشناختی یا سیستم‌های درون‌ریزی مغزی می‌تواند سبب بهبود سلامت شود. حمایت اجتماعی با وضعیت خلقی مثبت، کیفیت زندگی مطلوب، خودکارآمدی، خودارزشی، عزت‌نفس و احساس ارتباطات میان‌فردی مثبت مرتبط است و فقدان حمایت اجتماعی با افزایش افکار عدم پذیرش، کاهش خودارزشی، افت ارتباط با دیگران و نشانه‌های افسردگی ارتباط دارد. فردی که از حمایت اجتماعی مناسبی

(Mahakanobis distance) و ترسیم نمودار توزیع آن استفاده شد. مقادیر چولگی و کشیدگی نمرات فاصله مهلنوبایس به ترتیب برابر با ۰/۹۵ و ۰/۴۲ بود که نشان می‌دهد ارزش چولگی و کشیدگی اطلاعات مهلنوبایس در  $\pm 2$  بوده و مفروضه نرمال بودن توزیع چندمتغیری در بین داده‌ها برقرار بود. در نهایت برای ارزیابی برقراری/عدم برقراری مفروضه همگنی واریانس‌ها نمودار پراکندگی واریانس‌های استاندارد شده خطاها بررسی شد و نتایج نشان داد که مفروضه مزبور نیز در بین داده‌ها برقرار بود. جدول ۳ شاخص‌های برازندگی مدل اندازه‌گیری و مدل ساختاری را نشان می‌دهد. (جدول ۲)

جدول ۳ نشان می‌دهد که همه شاخص‌های برازندگی حاصل از تحلیل عاملی از برازش مناسب مدل اندازه‌گیری با داده‌های گرآوری شده حمایت نمودند. به دنبال ارزیابی چگونگی برازش مدل اندازه‌گیری، در مرحله دوم شاخص‌های برازندگی مدل ساختاری برآورد و ارزیابی شد. در مدل ساختاری چنین فرض شد که حمایت اجتماعی ادراک شده و ترومای کودکی هم به صورت مستقیم و هم با میانجیگری افسردگی، اضطراب و استرس با علائم جسمانی در بیماران مبتلا به صرع رابطه دارند. چگونگی برازش مدل ساختاری با استفاده از روش مدل‌سازی معادلات ساختاری ارزیابی و نتایج نشان داد که مدل ساختاری نیز با داده‌های گرآوری شده برازش قابل قبول و مناسبی داشت. جدول ۴ ضرایب مسیر در مدل ساختاری را نشان می‌دهد. (جدول ۳)

جدول ۴ نشان می‌دهد که حمایت اجتماعی بر افسردگی، اضطراب و استرس و علائم جسمانی اثر معنادار منفی، ترومای کودکی بر افسردگی، اضطراب و استرس اثر معنادار مثبت و افسردگی، اضطراب و استرس بر علائم جسمانی اثر معنادار مثبت داشت ( $P < 0/05$ )، اما ترومای کودکی بر علائم جسمانی اثر معناداری نداشت ( $P > 0/05$ ). علاوه بر آن، حمایت اجتماعی با میانجیگری افسردگی، اضطراب و استرس بر علائم جسمانی اثر معنادار منفی و ترومای کودکی

علائم جسمانی با پژوهش‌های کیلی و همکاران [۱۲] و بشریور و همکاران [۲۸] می‌توان به تفاوت‌های روش‌شناسی اشاره کرد. پژوهش‌های آنها به بررسی رابطه ساده یا همان همبستگی بین متغیرها پرداخته است، اما پژوهش حاضر به روابط پیچیده یا همان اثر بین متغیرها پرداخته است. بررسی‌ها حاکی از آن است که اثر بین متغیرها زمانی معنادار می‌شود که میزان همبستگی زیاد باشد. این توضیح از آنجایی که همبستگی بین ترومای کودکی با علائم جسمانی مبتلایان به صرع معنادار، اما اثر ترومای کودکی بر علائم جسمانی آنان غیرمعنادار است، قابل توجیه می‌باشد.

یافته‌های دیگر پژوهش حاضر نشان داد که افسردگی، اضطراب و استرس بر علائم جسمانی اثر معنادار مثبت داشت. این یافته با یافته پژوهش‌های گایوروا و همکاران [۲۹] و صالح‌میرحسینی و همکاران [۳۰] همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت که مبتلایان به صرع دارای افسردگی، اضطراب و استرس به دلیل مواجهه مکرر با یک رویداد غیرقابل پیش‌بینی و کنترل‌ناپذیر (تشنج‌ها) کم کم به سوی درماندگی و انفعال کشیده می‌شوند و اغلب ترس از هجوم حمله در محیط‌های اجتماعی و نگرانی از سوء برداشتهای دیگران، بیمار را از بسیاری از تجربه‌های مثبت بازمی‌دارد، فرصت‌های عملکرد موثر در آنان را می‌گیرد، در معرض داغ‌نگ قرار می‌دهد و علائم جسمانی را در آنان تشدید می‌نماید. در نتیجه، منطقی است که افسردگی، اضطراب و استرس بر علائم جسمانی مبتلایان به صرع اثر معنادار مثبت بگذارد.

دیگر یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که حمایت اجتماعی با میانجیگری افسردگی، اضطراب و استرس بر علائم جسمانی اثر معنادار منفی و ترومای کودکی با میانجیگری افسردگی، اضطراب و استرس بر علائم جسمانی اثر معنادار مثبت داشت. پژوهشی در این زمینه یافت نشد، اما در تبیین میانجی افسردگی، اضطراب و استرس بین حمایت اجتماعی و ترومای کودکی با علائم جسمانی می‌توان گفت که اثر حمایت اجتماعی و

برخوردار باشد، می‌داند که در هنگام بروز مشکلات می‌تواند به حمایت دیگران که در دسترس هستند، تکیه کند و این عامل منجر به ایجاد نوعی حسی اعتماد به نفس و اطمینان از مواجهه موثر و مفید در برابر مشکل‌ها و چالش‌ها می‌شود. در نتیجه، منطقی است که حمایت اجتماعی بر متغیرهای افسردگی، اضطراب و استرس و علائم جسمانی مبتلایان به صرع اثر معنادار منفی بگذارد.

دیگر یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که ترومای کودکی بر افسردگی، اضطراب و استرس اثر معنادار مثبت داشت، اما ترومای کودکی بر علائم جسمانی اثر معناداری نداشت. این یافته‌ها در زمینه اثر ترومای کودکی بر افسردگی، اضطراب و استرس با یافته‌های پژوهش‌های کیوزمینسکیتی و همکاران [۲۶] و محمودی و همکاران [۲۷] همسو و در زمینه عدم اثر معنادار آن بر علائم جسمانی با یافته‌های پژوهش‌های کیلی و همکاران [۱۲] و بشریور و همکاران [۲۸] ناهمسو بود. در تبیین اثر ترومای کودکی بر افسردگی، اضطراب و استرس می‌توان گفت که آسیب در دوران کودکی رشد هیجانی و اجتماعی در دوران نوجوانی و بزرگسالی را تحت تاثیر قرار می‌دهد و گسترش شناخت‌های منفی درباره خود و دیگران می‌تواند شکل‌گیری روابط شرطی بین محرک مربوط به تروما و پریشانی روانشناختی (افسردگی، اضطراب و استرس) را تسهیل سازد. افزون بر آن، آسیب‌های دوران کودکی مانع از گسترش توانایی‌های تنظیم هیجانی به شیوه سالم می‌شود و این آسیب‌ها به‌ویژه آسیب‌های بین‌فردی مکرر بین کودک و مراقبت با یادگیری مهارت‌های مدیریت و تنظیم هیجان تداخل می‌کند. افراد دارای تجربه‌های آسیب‌زای دوران کودکی یا ترومای کودکی معمولاً در دریافت و سازماندهی اطلاعات هیجانی دچار ضعف هستند و همواره هیجان‌های مربوط به تهدید را مورد توجه و تمرکز قرار می‌دهند. بنابراین، می‌توان انتظار داشت که افزایش ترومای کودکی سبب افزایش افسردگی، اضطراب و استرس مبتلایان به صرع شود. همچنین، در تبیین ناهمسوئی اثر ترومای کودکی بر

سن نمونه‌ها بود که این امر نیز ممکن است بر نتایج پژوهش تاثیر گذاشته باشد. بنابراین، انجام پژوهش‌های بیشتر در مبتلایان به صرع با توجه به نوع و شدت بیماری و یا حتی سن و جنسیت می‌تواند نتایج مفیدی در پی داشته باشد. طبق نتایج این مطالعه برنامه‌ریزی برای کاهش علائم جسمانی در بیماران مبتلا به صرع از طریق افزایش حمایت اجتماعی و کاهش افسردگی، اضطراب و استرس ضروری می‌باشد. همچنین، به مسئولان برگزاری دوره‌های آموزشی و همایش‌های گروهی برای مبتلایان به صرع و آشنایی بیشتر با بیماری مذکور و بررسی نقش متغیرهای روانشناختی از جمله حمایت اجتماعی ادراک‌شده، ترومای کودکی و افسردگی، اضطراب و استرس در آن پیشنهاد می‌شود.

### تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از مسئولان انجمن صرع ایران و همه بیماران مبتلا به صرع به دلیل کمک در اجرا و مشارکت در پژوهش تشکر می‌شود.

ترومای کودکی بر علائم جسمانی در مبتلایان به صرع با واسطه مکانیسم‌های شناختی و هیجانی رخ می‌دهد. از مهم‌ترین مکانیسم‌های شناختی می‌توان به افکار و باور به افسردگی، اضطراب و استرس و از مهم‌ترین مکانیسم‌های هیجانی می‌تواند به احساس افسردگی، اضطراب و استرس اشاره کرد و از آنجایی که افسردگی، اضطراب و استرس هم دارای مکانیسم شناختی و هم دارای مکانیسم هیجانی است، لذا می‌توان انتظار داشت که میانجی مناسبی باشد و حمایت اجتماعی ادراک‌شده و ترومای کودکی از طریق آن بتوانند بر علائم جسمانی در مبتلایان به صرع اثر معنادار داشته باشند.

همانند سایر پژوهش‌های علوم رفتاری، پژوهش حاضر نیز با محدودیت‌هایی مواجه بود که از جمله می‌توان به مصرف داروهای ضدصرع در شرکت‌کنندگان پژوهش اشاره کرد که این امر می‌تواند بر نتایج پژوهش اثر گذاشته باشد. یکی دیگر از محدودیت‌های این مطالعه عدم مشخص کردن نوع صرع شرکت‌کنندگان و شدت بیماری آنها بود. محدودیت دیگر عدم کنترل جنسیت و

جدول ۱ - میانگین، انحراف استاندارد و ضرایب همبستگی متغیرها

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲
۱. حمایت اجتماعی - حمایت خانواده	۱											
۲. حمایت اجتماعی - حمایت دوستان	۰/۱۶۰***	۱										
۳. حمایت اجتماعی - حمایت دیگران	۰/۱۸۰***	۰/۱۵۰***	۱									



۸۸/۴	۱۳/۲	-									۴. ترومای کودکی - سوء استفاده عاطفی	۵۵/۰- ۰۰۰۰۰۰۰۰	۰۰۰۰۰۰۰۰/۰- ۰۰۰۰۰۰۰۰	۰۰۰۰۰۰۰۰/۰- ۰۰۰۰۰۰۰۰	۰۰۰۰۰۰۰۰/۰- ۰۰۰۰۰۰۰۰	۰۰۰۰۰۰۰۰/۰- ۰۰۰۰۰۰۰۰	۰۰۰۰۰۰۰۰/۰- ۰۰۰۰۰۰۰۰
۹۱/۶	۸/۰	۰۰۰۰۰/۰									۵. ترومای کودکی - سوء استفاده فیزیکی	۰۰۰۰۰۰۰۰/۰- ۰۰۰۰۰۰۰۰	۰۰۰۰۰۰۰۰/۰- ۰۰۰۰۰۰۰۰	۰۰۰۰۰۰۰۰/۰- ۰۰۰۰۰۰۰۰	۰۰۰۰۰۰۰۰/۰- ۰۰۰۰۰۰۰۰	۰۰۰۰۰۰۰۰/۰- ۰۰۰۰۰۰۰۰	۰۰۰۰۰۰۰۰/۰- ۰۰۰۰۰۰۰۰
۹۱/۱۱	۵/۳	۰۰۰۰۰/۰									۶. ترومای کودکی - سوء استفاده جنسی	۰۰۰۰۰۰۰۰/۰- ۰۰۰۰۰۰۰۰	۰۰۰۰۰۰۰۰/۰- ۰۰۰۰۰۰۰۰	۰۰۰۰۰۰۰۰/۰- ۰۰۰۰۰۰۰۰	۰۰۰۰۰۰۰۰/۰- ۰۰۰۰۰۰۰۰	۰۰۰۰۰۰۰۰/۰- ۰۰۰۰۰۰۰۰	۰۰۰۰۰۰۰۰/۰- ۰۰۰۰۰۰۰۰
۹۲/۵	۸/۰	۰۰۰۰۰/۰									۷. ترومای کودکی - غفلت عاطفی	۰۰۰۰۰۰۰۰/۰- ۰۰۰۰۰۰۰۰	۰۰۰۰۰۰۰۰/۰- ۰۰۰۰۰۰۰۰	۰۰۰۰۰۰۰۰/۰- ۰۰۰۰۰۰۰۰	۰۰۰۰۰۰۰۰/۰- ۰۰۰۰۰۰۰۰	۰۰۰۰۰۰۰۰/۰- ۰۰۰۰۰۰۰۰	۰۰۰۰۰۰۰۰/۰- ۰۰۰۰۰۰۰۰
۹۲/۱	۶/۴	۰۰۰۰۰/۰									۸. ترومای کودکی - غفلت جسمی	۰۰۰۰۰۰۰۰/۰- ۰۰۰۰۰۰۰۰	۰۰۰۰۰۰۰۰/۰- ۰۰۰۰۰۰۰۰	۰۰۰۰۰۰۰۰/۰- ۰۰۰۰۰۰۰۰	۰۰۰۰۰۰۰۰/۰- ۰۰۰۰۰۰۰۰	۰۰۰۰۰۰۰۰/۰- ۰۰۰۰۰۰۰۰	۰۰۰۰۰۰۰۰/۰- ۰۰۰۰۰۰۰۰
۹۲/۶	۰/۶	۰۰۰۰۰/۰									۹. افسردگی	۰۰۰۰۰۰۰۰/۰- ۰۰۰۰۰۰۰۰	۰۰۰۰۰۰۰۰/۰- ۰۰۰۰۰۰۰۰	۰۰۰۰۰۰۰۰/۰- ۰۰۰۰۰۰۰۰	۰۰۰۰۰۰۰۰/۰- ۰۰۰۰۰۰۰۰	۰۰۰۰۰۰۰۰/۰- ۰۰۰۰۰۰۰۰	۰۰۰۰۰۰۰۰/۰- ۰۰۰۰۰۰۰۰
۹۲/۷	۷/۳	۰۰۰۰۰/۰									۱۰. اضطراب	۰۰۰۰۰۰۰۰/۰- ۰۰۰۰۰۰۰۰	۰۰۰۰۰۰۰۰/۰- ۰۰۰۰۰۰۰۰	۰۰۰۰۰۰۰۰/۰- ۰۰۰۰۰۰۰۰	۰۰۰۰۰۰۰۰/۰- ۰۰۰۰۰۰۰۰	۰۰۰۰۰۰۰۰/۰- ۰۰۰۰۰۰۰۰	۰۰۰۰۰۰۰۰/۰- ۰۰۰۰۰۰۰۰
۹۲/۸	۷/۱	۰۰۰۰۰/۰									۱۱. استرس	۰۰۰۰۰۰۰۰/۰- ۰۰۰۰۰۰۰۰	۰۰۰۰۰۰۰۰/۰- ۰۰۰۰۰۰۰۰	۰۰۰۰۰۰۰۰/۰- ۰۰۰۰۰۰۰۰	۰۰۰۰۰۰۰۰/۰- ۰۰۰۰۰۰۰۰	۰۰۰۰۰۰۰۰/۰- ۰۰۰۰۰۰۰۰	۰۰۰۰۰۰۰۰/۰- ۰۰۰۰۰۰۰۰
۹۲/۹	۵/۳	۰۰۰۰۰/۰									۱۲. علائم جسمانی	۰۰۰۰۰۰۰۰/۰- ۰۰۰۰۰۰۰۰	۰۰۰۰۰۰۰۰/۰- ۰۰۰۰۰۰۰۰	۰۰۰۰۰۰۰۰/۰- ۰۰۰۰۰۰۰۰	۰۰۰۰۰۰۰۰/۰- ۰۰۰۰۰۰۰۰	۰۰۰۰۰۰۰۰/۰- ۰۰۰۰۰۰۰۰	۰۰۰۰۰۰۰۰/۰- ۰۰۰۰۰۰۰۰
۹۲/۱۰	۱۲/۱۰	۰۰۰۰۰/۰									میانگین	۰۰۰۰۰۰۰۰/۰- ۰۰۰۰۰۰۰۰	۰۰۰۰۰۰۰۰/۰- ۰۰۰۰۰۰۰۰	۰۰۰۰۰۰۰۰/۰- ۰۰۰۰۰۰۰۰	۰۰۰۰۰۰۰۰/۰- ۰۰۰۰۰۰۰۰	۰۰۰۰۰۰۰۰/۰- ۰۰۰۰۰۰۰۰	۰۰۰۰۰۰۰۰/۰- ۰۰۰۰۰۰۰۰
۹۲/۱۱	۸/۶	۰۰۰۰۰/۰									انحراف استاندارد	۰۰۰۰۰۰۰۰/۰- ۰۰۰۰۰۰۰۰	۰۰۰۰۰۰۰۰/۰- ۰۰۰۰۰۰۰۰	۰۰۰۰۰۰۰۰/۰- ۰۰۰۰۰۰۰۰	۰۰۰۰۰۰۰۰/۰- ۰۰۰۰۰۰۰۰	۰۰۰۰۰۰۰۰/۰- ۰۰۰۰۰۰۰۰	۰۰۰۰۰۰۰۰/۰- ۰۰۰۰۰۰۰۰

جدول ۲ - میانگین، انحراف استاندارد و ضرایب همبستگی متغیرها

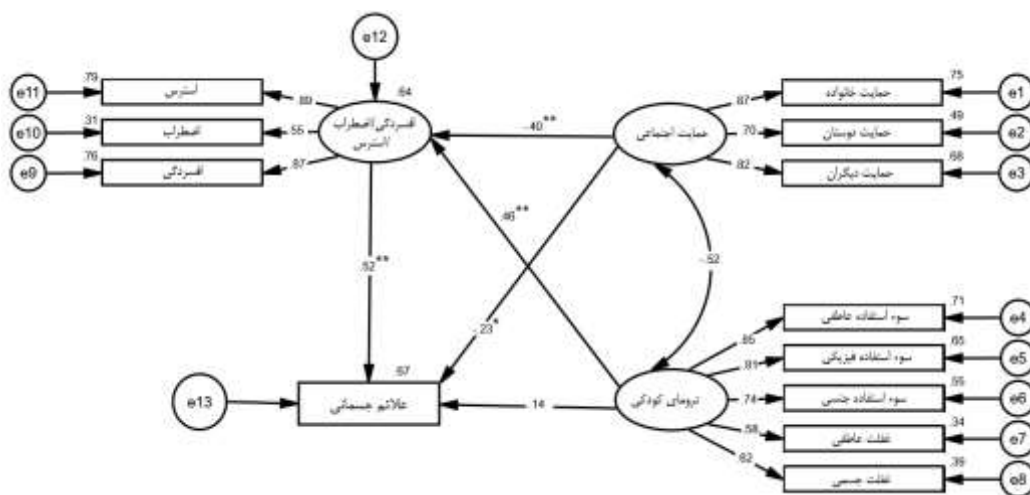
مفروضه‌های هم‌خطی بودن		مفروضه‌های نرمال بودن		متغیرها
عامل تورم واریانس	ضریب تحمل	کشیدگی	چولگی	
۲/۶۵	۰/۳۸	-۱/۰۹	-۰/۳۱	حمایت اجتماعی - حمایت خانواده
۲/۰۰	۰/۵۰	-۱/۱۹	۰/۰۶	حمایت اجتماعی - حمایت دوستان
۲/۴۹	۰/۴۰	-۱/۲۶	۰/۰۵	حمایت اجتماعی - حمایت دیگران
۲/۷۹	۰/۳۶	-۰/۴۵	۰/۶۹	ترومای کودکی - سوء استفاده عاطفی
۲/۶۸	۰/۳۷	۰/۷۶	۱/۱۹	ترومای کودکی - سوء استفاده فیزیکی
۲/۰۸	۰/۴۸	-۰/۲۴	۱/۰۳	ترومای کودکی - سوء استفاده جنسی
۱/۷۳	۰/۵۸	-۰/۳۹	۰/۲۹	ترومای کودکی - غفلت عاطفی
۱/۵۹	۰/۶۳	۰/۳۸	۱/۰۳	ترومای کودکی - غفلت جسمی
۳/۲۹	۰/۳۰	-۰/۷۶	۰/۴۷	افسردگی
۱/۵۳	۰/۶۵	-۰/۰۳	۰/۷۱	اضطراب
۳/۲۷	۰/۳۱	-۰/۶۶	۰/۳۱	استرس
-	-	-۰/۸۹	۰/۲۵	علائم جسمانی

جدول ۳ - شاخص‌های برازش مدل اندازه‌گیری و مدل ساختاری

نقطه برش	مدل ساختاری	مدل اندازه‌گیری	شاخص‌های برازندگی
-	۱۲۷/۵۶	۱۰۲/۷۹	مجذور کای
-	۴۹	۴۱	درجه آزادی مدل
کمتر از ۳	۲/۶۰	۲/۵۱	$df^2/\chi$
$۰/۹۰ >$	۰/۹۲۰	۰/۹۳۱	GFI
$۰/۸۵۰ >$	۰/۸۷۵	۰/۸۹۹	AGFI
$۰/۹۰ >$	۰/۹۵۶	۰/۹۵۹	CFI
$۰/۰۸ <$	۰/۰۷۹	۰/۰۷۶	RMSEA

جدول ۴ - ضرایب مسیر مستقیم و غیرمستقیم متغیرها در مدل ساختاری

مسیر	متغیرهای مکنون	b	SE	$\beta$	P
مستقیم	ترومای کودکی ← افسردگی، اضطراب و استرس	۰/۵۷۴	۰/۱۴۶	۰/۴۵۹	۰/۰۰۱
	حمایت اجتماعی ← افسردگی، اضطراب و استرس	-۰/۵۳۴	۰/۱۵۶	-۰/۴۰۴	۰/۰۰۱
	افسردگی، اضطراب و استرس ← علائم جسمانی	۰/۸۳۵	۰/۱۴۴	۰/۵۲۳	۰/۰۰۱
	ترومای کودکی ← علائم جسمانی	۰/۲۷۸	۰/۱۸۰	۰/۱۳۹	۰/۱۰۹
	حمایت اجتماعی ← علائم جسمانی	-۰/۴۷۷	۰/۱۹۳	-۰/۲۲۶	۰/۰۱۶
غیرمستقیم	ترومای کودکی ← علائم جسمانی	۰/۴۷۹	۰/۱۵۱	۰/۲۴۰	۰/۰۰۱
	حمایت اجتماعی ← علائم جسمانی	-۰/۴۴۶	۰/۱۴۸	-۰/۲۱۱	۰/۰۰۱
کل	ترومای کودکی ← علائم جسمانی	۰/۷۵۷	۰/۲۰۲	۰/۳۷۹	۰/۰۰۱
	حمایت اجتماعی ← علائم جسمانی	-۰/۹۲۳	۰/۲۱۸	-۰/۴۳۸	۰/۰۰۱



شکل ۱ - پارامترهای استاندارد در مدل ساختاری

**Reference:**

- 1- Carmassi C, Corsi M, Bertelloni CA, Pedrinelli V, Massimetti G, Peroni D, et al. Post-traumatic stress spectrum symptoms in parents of children affected by epilepsy: Gender differences. *Seizure*; 2020; 80: 169-174. doi: 10.1016/j.seizure.2020.06.021
- 2- Lopez-Castroman J, Jaussent I, Pastre M, Baeza-Velasco C, Kahn JP, Leboyer M, et al. Severity features of suicide attempters with epilepsy. *Journal of Psychiatric Research*; 2022; 154: 44-49. doi: 10.1016/j.jpsychires.2022.07.030
- 3- Afzalaghaee M, Dehghani M, Alimi R, Mehdinejad M. Predictors of quality of life in patients with epilepsy. *Journal of Knowledge & Health*, 2015; 10(1): 11-18. doi: 10.22100/jkh.v10i1.534
- 4- Cano-Lopez I, Hampel KG, Garces M, Villanueva V, Gonzalez-Bono E. Quality of life in drug-resistant epilepsy: relationships with negative affectivity, memory, somatic symptoms and social support. *Journal of Psychosomatic Research*; 2018; 114: 31-37. doi: 10.1016/j.jpsychores.2018.09.001
- 5- Cusack CE, VAnzhula IA, Levinson CA. The structure of eating disorder and somatic symptoms. *Journal of Affective Disorders*, 2022; 319: 397-406. doi: 10.1016/j.jad.2022.09.106
- 6- McFarlane AC, Graham K. The ambivalence about accepting the prevalence somatic symptoms in PTSD: Is PTSD a somatic disorder? *Journal of Psychiatric Research*, 2021; 143: 388-394. doi: 10.1016/j.jpsychires.2021.09.030
- 7- Bae EJ, Kim DE, Sagong H, Yoon JY. Problematic smartphone use and functional somatic symptoms among adolescents: Mediating roles of depressive symptoms and peer relationships by gender. *Archives of Psychiatric Nursing*, 2022; 40: 25-31. doi: 10.1016/j.apnu.2022.04.003
- 8- Tian X, Jin Y, Chen U, Tang L, Jimenez-Herrera MF. Relationships among social support, coping style, perceived stress, and psychological distress in Chinese lung cancer patients. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 2021; 8(2): 172-179. doi: 10.4103/apjon.apjon\_59\_20
- 9- Bektas I, Arkan G. The effect of perceived social support of Syrian mothers on their infant feeding attitudes. *Journal of Pediatric Nursing*, 2021; 57: 40-45. doi: 10.1016/j.pedn.2020.10.005
- 10- Wizla M, Glica A, Gola M, Lewczuk K. The relation of perceived social support to compulsive sexual behavior. *Journal of Psychiatric Research*, 2022; 156: 141-150. doi: 10.1016/j.jpsychires.2022.10.021
- 11- Hao R, Jin H, Zuo J, Wu Y, Sun X, Hu J. The multiple mediating effect of family health and perceived social support on depressive symptoms in older adults: A cross-sectional national survey in China. *Journal of Affective Disorders*, 2023; 327: 348-354. doi: 10.1016/j.jad.2023.01.097
- 12- Kealy D, Rice SM, Ogrodniczuk JS, Spidel A. Childhood trauma and somatic symptoms among psychiatric outpatients: Investigating the role of shame and guilt. *Psychiatry Research*, 2018; 268: 169-174. doi: 10.1016/j.psychres.2018.06.072
- 13- Cancel A, Dallel S, Zine A, El-Hage W, Fakra E. Understanding the link between childhood trauma and schizophrenia: A systematic review of neuroimaging studies. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 2019; 107: 492-504. doi: 10.1016/j.neubiorev.2019.05.024
- 14- Hoffman SN, Stein MB, Taylor CT. Childhood trauma predicts positive expressive suppression during social

- affiliation in adults with anxiety and/or depression: Implications for social functioning. *Behavior Therapy*, 2023; 54(2): 375-385. doi: 10.1016/j.beth.2022.10.003
- 15- Steenkamp LR, Parrish EM, Chalker SA, Badal VD, Pinkham AE, Harvey PD, Depp CA. Childhood trauma and real-world social experiences in psychosis. *Schizophrenia Research*, 2023; 252: 279-286. doi: 10.1016/j.schres.2022.12.039
- 16- Landman DM, Sewpersadh A, Peterson C. Depression, anxiety, and stress among chiropractors in South Africa during the early COVID-19 pandemic. *Journal of Chiropractic Humanities*, 2022; 29: 37-43. doi: 10.1016/j.echu.2022.08.001
- 17- Lee EH, Moon SH, Cho MS, Park ES, Kim SY, Han JS, Cheio JH. The 21-item and 12-item versions of the depression anxiety stress scales: Psychometric evaluation in a Korean population. *Asian Nursing Research*, 2019; 13(1): 30-37. doi: 10.1016/j.anr.2018.11.006
- 18- Patten EV, Vaterlaus JM. Prevalence of depression, anxiety, and stress in undergraduate dietetics students. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 2021; 53(1): 67-74. doi: 10.1016/j.jneb.2020.10.005
- 19- Erdogan S, Can AA, Abic A, Yilmaz DV. Examination of individuals' depression, anxiety, and stress levels during the COVID-19 pandemic in Turkey. *Archives of Psychiatric Nursing*, 2022; 41: 96-102. doi: 10.1016/j.apnu.2022.07.021
- 20- Guo K, Zhang X, Bai S, Minhat HS, Nazan AINM, Feng J, et al. Assessing social support impact on depression, anxiety, and stress among undergraduate students in Shaanxi province during the COVID-19 pandemic of China. *PLoS ONE*, 2021; 16(7): e0253891: 1-10. doi: 10.1371/journal.pone.0253891
- 21- Nariman H, Hassanzadeh A, Ghamarani A, Amidi Mazaheri M. The study of relationship between depression, anxiety, and stress with social support and life satisfaction in mothers of children with autism spectrum disorder. *Journal of Health System Research*, 2020; 16(3): 199-205. doi: 10.22122/jhsr.v16i3.3847
- 22- Bodaghi E, Alipour F, Bodaghi M, Nori R, Peiman N, Saeidpour S. The role of spirituality and social support in pregnant women's anxiety, depression and stress symptoms. *Community Health Journal*, 2016; 10(2): 72-82.
- 23- Grigaityte I, Soderberg P. Why does perceived social support protect against somatic symptoms: Investigating the roles of emotional self-efficacy and depressive symptoms? *Nordic Psychology*, 2021; 73(3): 226-241. doi: 10.1080/19012276.2021.1902845
- 24- Fisher HM, Winger JG, Miller SN, Wright AN, Vilardaga JCP, Majestic C, et al. Relationship between social support, physical symptoms, and depression in women with breast cancer and pain. *Support Care Cancer*, 2021; 29: 5513-5521. doi: 10.1007/s00520-021-06136-6
- 25- Atadokht A, Narimani M, Ahadi B, Abolghasemi A, Zahed A, Iranparvar M. Study of the psychological profile in diabetic patient and its relationship with their social support. *Journal of Ardabil University of Medical Sciences*, 2013; 13(2): 195-205.
- 26- Kuzminskaite E, Penninx BWJH, Van Harmelen AL, Elzinga BM, Hovens JGFM, Vinkers CH. Childhood trauma in adult depressive and anxiety disorders: An integrated review on psychological and biological mechanisms in the NESDA cohort. *Journal of Affective Disorders*, 2021;

- 283: 179-191. doi: 10.1016/j.jad.2021.01.054
- 27- Mahmoudi M, Saberi H, Bashardoust SPredicting psychological distress based on childhood trauma with the mediating role of alexithymia. *Journal of Advances in Cognitive Sciences*, 2022; 24(3): 41-56. doi: 10.30514/icss.24.3.41
- 28- Basharpour S, Narimani M, Issazadegan A. Role of experiencing traumatic life events in the prediction of psychological symptoms in male high school students in city of Uremia in 2010-11 school-year. *Scientific Journal of Ilam University of Medical Sciences*, 2013; 20(4): 96-106.
- 29- Gavurova B, Ivankova V, Rigelsky M, Mudarri T, Miovsky M. Somatic symptoms, anxiety, and depression among college students in the Czech Republic and Slovakia: A cross-sectional study. *Frontiers in Public Health*, 2022; 10(859107): 1-17. doi: 10.3389/fpubh.2022.859107
- 30- Salehmirhassani V, Ghorbani N, Alipour A, Farzad V. The mediating role self-knowledge processand self-control in regulating of relationship between perceived and objective stress and anxiety, depression, and physical symptoms. *Research in Psychological Health*, 2016; 10(3): 1-15. doi: 10.18869/acadpub.rph.10.3.1
- 31- Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-15: Validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms. *Psychosomatic Medicine*, 2002; 64(2): 258-266. doi: 10.1097/00006842-200203000-00008
- 32- Abdolmohammadi K, Ghadiri Sourman Abadi F, Seyed Pourmand NS, Falsafinejad MR. The validation of somatization inventory in the students of Tabriz Universities (Iran). *Qom University of Medical Sciences*, 2018; 11(12): 61-67.
- 33- Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment*, 1988; 52(1): 30-41. doi: 10.1207/s15327752jpa5201\_2
- 34- Adl HA, ShafiAbadi A, Pirani Z. The effectiveness of group therapy based on quality of life on perceived social support in infertile women. *Journal of Applied Psychology*, 2016; 10(2): 175-191.
- 35- Bernstein DP, Stein JA, Newcomb MD, Walker E, Pogge D, Ahluvalia T, et al. Development and validation of a brief screening version of the childhood trauma questionnaire. *Child Abuse & Neglect*, 2003; 27(2): 169-190. doi: 10.1016/S0145-2134(02)00541-0
- 36- Ebrahimi H, Dejkam M, Seghatoleslam T. Childhood traumas and suicide attempt in adulthood . *Iranian Journal of Psychiatry & Clinical Psychology*, 2014; 19(4): 275-282.
- 37- Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: Comparison of the depression anxiety stress scales (DASS) with the Beck depression and anxiety inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 1995; 33(3): 335-343. doi: 10.1016/0005-7967(94)00075-U
- 38- Abdolkarimi M, Sarrafi M, Nejad Torshabi2 M, Khodadadi H, Zareipour M. Stress, anxiety and depression and related factors in secondary school girls in Rafsanjan in 2019. *Journal of Pediatric Nursing*, 2021; 7(3): 69-75.

## Structural Model of Somatic Symptoms based on Perceived Social Support and Childhood Trauma in Patients with Epilepsy: Mediating Role of Depression, Anxiety and Stress

Mohammadbeigi M<sup>1</sup>, Taheri A<sup>2</sup>, Abolmaali KH<sup>3</sup>,  
Gharergozli K<sup>4</sup>

### Abstract

**Introduction:** Considering the importance of examining somatic symptoms in patients with epilepsy, the present study was conducted with the aim of investigating the structural model of somatic symptoms based on perceived social support and childhood trauma with the mediating of depression, anxiety and stress in patients with epilepsy.

**Methods:** This study in terms of purpose was applied and in terms of implementation method was descriptive from type of correlation. The research population was the patients with epilepsy of Iran in the 2021 year, which number of 260 people of them were selected as a sample by simple random sampling method. The research tools were included somatic symptoms questionnaire (Kroenke et al., 2002), perceived social support scale (Zimet et al., 1988), childhood trauma questionnaire (Bernstein et al., 2003) and depression, anxiety and stress scale (Lovibond and Lovibond, 1995). Data were analyzed by structural equation modeling in SPSS-24 and AMOS-26 software.

**Results:** The findings showed that the model of somatic symptoms based on perceived social support and childhood trauma with the mediating of depression, anxiety and stress in patients with epilepsy had a good fit. Also, social support had a significant negative effect on depression, anxiety and stress and somatic symptoms, childhood trauma had a significant positive effect on depression, anxiety and stress, and depression, anxiety and stress had a significant positive effect on somatic symptoms ( $P < 0.05$ ), but trauma childhood had no significant effect on somatic symptoms ( $P > 0.05$ ). In addition, social support with the mediating of depression, anxiety and stress had a significant negative effect on somatic symptoms and childhood trauma with the mediation of depression, anxiety and stress had a significant positive effect on somatic symptoms ( $P < 0.05$ ).

**Conclusion:** According to the results of this study, it is necessary to plan to reduce somatic symptoms in patients with epilepsy by increasing social support and reducing depression, anxiety and stress.

**Keywords:** Somatic Symptoms, Perceived Social Support, Childhood Trauma, Depression, Anxiety, Stress, Epilepsy.

---

1- PhD student in Clinical Psychology, Department of Psychology, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

2- Assistant Professor, Department of Psychology, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran, (Corresponding Author), a2\_taheri@yahoo.com

3- Associate Professor, Department of Psychology, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

4- Professor, Neurological Diseases, Shahid Beheshti University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran