

شیوع افسردگی و عوامل مؤثر بر آن در بیماران مصروع

حسن پور عبدالله^۱، پریسا ناظمی هرسینی^۲

^۱ کارشناس ارشد پرستاری داخلی جراحی. کارمند دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه.

^۲ کارشناس پرستاری، کارمند دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه.

نام نویسنده مسئول:

پریسا ناظمی هرسینی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۴/۲۷

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۶/۲۸

چکیده

هدف از انجام پژوهش حاضر شناسایی میزان شیوع اختلال افسردگی در بیماران مصروع می باشد. به همین منظور پژوهش گر با توجه به جنسیت، سطح تحصیلات، سن و وضعیت اقتصادی بیماران میزان افسردگی را در بیماران مصروع برآورد کرده است. روش تحقیق حاضر ارزشیابی، از نوع تحقیقات توصیفی می باشد به این صورت که گروهی از بیماران مصروع به عنوان گروه مطالعه انتخاب، سپس علائم میزان افسردگی در این گروه ارزیابی می شود. جامعه آماری شامل کلیه بیماران مصروع مراجعه کننده در کلینیک های مغز و اعصاب شهر بندرعباس می باشد با توجه به این که روش پژوهش ارزشیابی است روش نمونه گیری به صورت هدفمند می باشد. در نتیجه به طور در دسترس از بین مراجعه کننده ها ۶۰ نفر به عنوان افراد نمونه (گروه مطالعه) انتخاب شد. ابزار گردآوری اطلاعات شامل پرسش نامه افسردگی بک و پرسش نامه ویژگی های جمعیت شناختی می باشد. این پرسش نامه حاوی سؤال هایی است که برخی از آن ها در خصوص سن، جنس وضعیت تحصیلی و اقتصادی بیماران می باشد. در این پرسش نامه وضعیت اقتصادی خانواده ها در ۵ سطح دسته بندی شد. که عبارت بودند از خیلی خوب، خوب، متوسط، ضعیف و خیلی بد و بر حسب نگرش بیماران تعیین می شد. و برای تجزیه و تحلیل اطلاعات از دو روش آمار توصیفی و آمار استنباطی استفاده شد در بخش آمار توصیفی به پارامترهای مرکزی و پراکندگی و جدول ها و نمودارها پرداخته و در بخش آمار استنباطی به آزمون فرضیه ها پرداخته شد. برای آزمون فرضیه ها از روش آزمون های پارامتریک کروسکال والیس و آزمون پارامتریک t یک گروهی با استفاده از نرم افزار SPSS استفاده شد. در نهایت نتیجه پژوهش نشان داد، شیوع افسردگی در بیماران مصروع با نرخ جهانی دارای و در سطح آلفای ۰/۰۵ صدم دارای تفاوت معناداری نیست. هم چنین در این مطالعه، جنسیت، سطح تحصیلات، وضعیت اقتصادی با شیوع افسردگی در بیماران مصروع علائم همبستگی داشت. و با سن رابطه معناداری مشاهده نشد.

واژگان کلیدی: اختلال افسردگی، شیوع، بیماری صرع.

مقدمه

بیماری صرع یکی از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن عصبی است و شیوع آن حدود یک درصد عنوان شده است (کاپلان سادوک، ۲۰۰۳).

صرع بر اثر تخلیه الکتریکی غیر طبیعی بر اثر نورو نهای بیش از حد تحریک شده با غیر قطبی شدن بعد از سیناپس به وجود می‌آید، مکانیسم‌های عامل این غیر قطبی شدن شامل، تغییر هدایت یونی، کاهش مهار عصب رسانه گابا روی تحریک پذیری کورتکس مغز، افزایش تحریک پذیری کورتکس مغز در اثر گلوتامات می‌باشد (ماریو و مندز، ۲۰۰۵). صرع یک نشانگان است که در آن تغییرات الکتروفیزیولوژیک تغییرات ساختمانی و بیوشیمیایی در مغز به ویژه در سیستم لیمبیک، لوب‌های گیجگاهی و احتمالاً لوب‌های پیشانی مشاهده می‌گردد. تغییرات مذکور امکان دارد بر عملکرد هیجانی، رفتاری، شناختی و اجتماعی فرد مصروع اثر بگذارد. اگرچه آسیب‌شناسی روانی صرع به طور دقیق مشخص نشده است اما نتیجه افزایش اختلالات روان پزشکی در این اختلال نورولوژیک دیده می‌شود (وینکلز، ۲۰۰۴).

میزان بروز صرع در سالخوردهگان و کودکان بیش از سنین دیگر است و مردان بیشتر از زنان درگیر می‌شوند (آندریول و همکاران، ۲۰۰۱). مطالعات انجام شده در جمعیت عمومی، شیوع اختلالات روان پزشکی را در مبتلایان به صرع دو برابر بیشتر از غیرمبتلایان عنوان کرده‌اند (گاتازیز و همکاران، ۲۰۰۴). شیوع کلی اختلالات روانی را در صرع مزمن ۶۰-۵۰ درصد ذکر کرده‌اند. از بین اختلالات روان پزشکی مختلف همراه صرع، حداکثر توجه به افسردگی شده است و اختلالات دیگر کمتر مورد توجه بوده‌اند (بینبرگ و همکاران، ۲۰۰۵).

در مورد شایع‌ترین اختلال روان پزشکی همراه با صرع اختلاف نظر وجود دارد. برخی مطالعات افسردگی (پرین و همکاران، ۱۹۹۶) و برخی دیگر اختلال اضطرابی (کاپلان سایدرس و همکاران، ۲۰۰۵) را شایع‌ترین اختلال گزارش کرده‌اند. احساس بی‌ارزشی، ناامیدی، غمگینی و عصبی بودن در مبتلایان به صرع بیش از غیرمبتلایان بوده است (استرین و همکاران، ۲۰۰۵). نشانگان ملال بین حمله‌ای و جنون صرع نیز از جمله اختلالات روان پزشکی گزارش شده در مبتلایان به صرع است (اسوینکل و همکاران، ۲۰۰۵). گزارش شده که تفکرات خودکشی در این بیماران بیشتر از جمعیت عمومی می‌باشد (کاپلان سادوک و همکاران، ۲۰۰۵). شیوع افسردگی در این بیماران دو برابر بیماران مبتلا به سایر بیماری‌های ناتوان‌کننده است. اغلب افسردگی در این بیماران تشخیص داده نمی‌شود یا به طور ناقص مورد درمان قرار می‌گیرد. درمان ناقص افسردگی در این بیماران به طور بارز می‌تواند پیامدهای مهمی را به دنبال داشته باشد (آندریول و همکاران، ۲۰۰۱).

افسردگی باعث افت کیفیت زندگی مبتلایان به صرع می‌شود (کاپلان سادوک و همکاران، ۲۰۰۵). اضطراب نیز می‌تواند اثرات نامطلوب زیادی بر کیفیت زندگی مبتلایان به صرع وارد نماید (بینبرگ و همکاران، ۲۰۰۵). وجود افسردگی در کنار صرع به بهره‌گیری بیشتر از خدمات درمانی سرپایی، بستری و هزینه بیشتر درمان منجر شده است (لی و همکاران، ۲۰۰۵).

هم‌چنین عنوان شده که کیفیت زندگی مبتلایان به صرع، بیش از آنچه وابسته به متغیرهای مرتبط با صرع باشد، وابسته به متغیرهای وابسته به سلامت روانی می‌باشد (گلیام، ۲۰۰۵). علی‌رغم اهمیت فراوان، افسردگی در مبتلایان به صرع کمتر مورد تشخیص و درمان قرار می‌گیرد (جونز و همکاران، ۲۰۰۵). پزشکان از طریق ارزیابی و تشخیص مشکلات روان پزشکی مبتلایان به صرع خواهند توانست پیامدهای بیماران خود را ارتقا بخشند (استرین و همکاران، ۲۰۰۵).

توجه بیشتر آرایه‌کنندگان خدمات بهداشتی به اختلالات روان پزشکی همراه در مبتلایان به صرع الزامی است (بلومرو همکاران، ۱۹۹۵).

افسردگی شایع‌ترین اختلال روان پزشکی است که بر اساس برآورد سازمان جهانی بهداشت، تا سال ۲۰۲۰، پس از بیماری‌های قلبی عروقی، دومین بیماری تهدیدکننده سلامت و حیات انسان در سراسر جهان خواهد بود (ماری و لوپز، ۱۹۹۸؛ ابراهیمی، ۱۳۸۶). مبتلایان به اختلالات طبی مزمن، به طور چشمگیری بیش از سایر افراد در معرض خطر ابتلا به این بیماری هستند به طوری که در برخی از مطالعات میزان شیوع ۲۳-۱۵ درصد را برای آن گزارش کرده‌اند (لی، ۲۰۰۷).

افسردگی امری شایع در میان بیماران مبتلا به صرع است، اما مطالعات اندکی در خصوص بررسی این اختلال وجود دارد. (ماریو و همکاران، ۱۹۸۶) شیوع افسردگی را به صورت مقایسه‌ای در بیماران سرپایی مرتبط با معلولیت و پدیده‌شناسی آن در

بیماران بالینی بستری شده در بیمارستان مورد بررسی قرار دادند. نتایج این پژوهش نشان داد ۵۵ درصد از ۱۷۵ بیمار سرپایی مصروع، و ۳۰ درصد از ۷۰ مورد گروه کنترلی مقایسه‌ای، مبتلا به افسردگی، و ۳۰ درصد از بیماران مصروع در مقابل ۷ درصد از گروه کنترلی، تلاش‌های قبلی در ارتباط با اقدام به خودکشی داشته‌اند. بیماران مصروع، چهار برابر بیش از بیماران غیرمصروع، سابقه بستری شدن در بیمارستان به علت افسردگی را داشتند. ۱۶ بیمار حمله‌های جزئی داشته، و ۱۰ نفر از هر ۱۱ بیمار مورد ثبت امواج الکتریکی مغزی جانبی متمرکز بر نیم کره سمت چپ قرار گرفتند. این نتایج نشان دهنده اختلال روانی ناشی از کارکرد معیوب روان مغزی یا لیمبیک می‌باشد (ماریو و همکاران، ۱۹۸۶).

در اوایل قرن بیستم (کراپلین، ۱۹۰۳) و سپس بلومر به توصیف افسردگی در بیماران مصروع، که شامل یک الگوی چندشکلی نشان‌های، و دربرگیرنده نشانه‌های مؤثر به همراه تحریک‌پذیری خلقی بالا، و در آمیخته با خلق سرحالی، ترس، نشانه‌هایی از اضطراب، بی‌رمقی، درد و بی‌خوابی بود، پرداختند.

گاستات نیز این مشاهدات را مورد تایید قرار داد. بلومر، اصطلاح "اختلال بی‌قراری یا ملال بین حمله‌ای" را برای نام‌گذاری این نوع از افسردگی در بیماران مصروع عنوان کرد. و دوره سیر مزمن آن را با استفاده از دوره‌های عاری از نشانه‌های عودکننده که به خوبی به دوزهای پایین تجویز داروهای ضد افسردگی جواب می‌داد، توصیف نمود (بلومر و همکاران، ۱۹۸۸).

میزان شیوع افسردگی عمده در جمعیت عادی را تا ۲۵ درصد نیز تخمین زده‌اند (سادوک و سادوک، ۲۰۰۳) در حالی که این رقم در مبتلایان به صرع چهار تا پنج برابر میزان متوسط آن در جامعه است (جونز و همکاران، ۲۰۰۵). صرع همراه با افسردگی، تأثیرات عمیقی بر جای می‌گذارد و به افت عملکرد روزانه و تنزل کیفیت زندگی بیمار، کاهش پیشرفت تحصیلی در کودکان و نوجوانان مبتلا (توسون و همکاران، ۲۰۰۸) کاهش میزان ازدواج و افزایش نرخ بیکاری و تشنج، مرگ و میر بالا (ولسین و همکاران، ۱۹۹۹) و افزایش نیاز به درمان‌های پزشکی منجر می‌شود. از لحاظ آماری ۵-۱۰ درصد افراد جامعه به عارضه صرع مبتلا هستند و امکان ابتلا به صرع برای هر کس وجود دارد (میلانی فر، ۱۳۸۳).

میزان خودکشی نیز در بیماران مصروع، چهار تا پنج برابر جمعیت عادی است (لامبرت، ۱۹۹۹). استرس‌های روانی-اجتماعی، به ویژه افسردگی، از عوامل افزایش دهنده خطر خودکشی در این بیماران است. (لامبرت، ۱۹۹۹).

۱۹۳ بیمار سرپایی مصروع بالغ را از لحاظ افسردگی و نیز تمایل به خودکشی مورد ارزیابی قرار گرفتند. نتایج نشان داد شیوع تمایل به خودکشی در بین این بیماران، ۱/۹ درصد بود (هکمویک ۲۰۱۲).

به طور معمول، افسردگی اساسی به صورت عودکننده و بازتکرار شونده، و با نشانه‌هایی از اضطراب و یا اختلالات اضطرابی بروز می‌کند، و این بیماری جنبی خطر خودکشی را که در بیماران مصروع بالاتر از عموم جمعیت می‌باشد، را افزایش می‌دهد. مروری بر ۱۱ مطالعه، نشان داد که نرخ کلی خودکشی در افراد مصروع، پنج برابر بیشتر از عموم جامعه، و ۲۵ برابر میزان مورد انتظار بیماران مبتلا به حمله‌های جزئی ناشی از لب‌گیجگاهی است. نرخ خودکشی متوسط طول عمر برای بیماران مصروع ۱۲ درصد، و برای عموم جمعیت ۱/۱ الی ۱/۲ درصد است (کانر، ۲۰۰۹).

در مدل شناختی افسردگی، محرک خلق افسرده، رویدادهای منفی و پر استرس زندگی است. رویدادهای پر استرس بخش عمده زندگی بیماران مبتلا به صرع را تشکیل می‌دهند. این‌ها به صرع، درمان آن و درگیر بودن همیشگی با یک اختلال عصب شناختی مزمن، طیفی از استرس برای بیمار در پی دارد. در بسیاری از موارد، افراد مبتلا در فاصله بین حملات، توانایی زندگی طبیعی را دارند، اما مشکلات مربوط به آثار جانبی درمان، ترس از دست دادن کنترل و انگ‌های اجتماعی نادرست محدودیت‌های اجتماعی وسیعی برای مبتلایان ایجاد می‌کند.

ماهیت غیر قابل پیش‌بینی حملات، مبتلایان به صرع را اکثراً با موقعیت‌های پر استرس مثل مشکلات مربوط به کار و استخدام و روابط بین فردی ضعیف مواجه می‌کند (دوینسکی، ۲۰۰۱).

با توجه به اثرات نامناسب اختلالات روان‌پزشکی بر زندگی بیماران و ضرورت توجه به این اختلالات، مطالعه حاضر با هدف تعیین فراوانی افسردگی در بیماران مبتلا به صرع و هم‌چنین بررسی ارتباط بین فراوانی علائم مذکور و برخی متغیرها انجام شده است.

درمان دارویی افسردگی در صرع پیچیده است زیرا همواره این نگرانی وجود دارد که بعضی از انواع داروهای ضد افسردگی ممکن است فراوانی حملات را تحت تأثیر قرار دهند. مطالعات نشان داده است که درمان شناختی- رفتاری، دست کم به اندازه درمان دارویی بر درمان علائم افسردگی تأثیر دارد. تحقیقات مربوط به صرع، غالباً بر شیوع اختلالات روان پزشکی این بیماران (پلوک، ۲۰۰۴). تأثیر همابندی افسردگی با صرع بر کیفیت زندگی بیماران (کرامر و همکاران، ۲۰۰۳) تأثیر ویژگی های بالینی حملات، پی آمدهای جراحی یا تأثیر درمان دارویی بر کیفیت زندگی این بیماران متمرکزند (بولیون و همکاران، ۲۰۰۴). با توجه مسأله مطرح شده پژوهش گر به دنبال پاسخ به این سؤال است که میزان شیوع افسردگی و عوامل مؤثر بر آن در بیماران مصروع تا چه میزان است؟

افسردگی

افسردگی بیماری جسمی و روانی شایع عصر ماست. و در تمامی جهان روندی فزاینده دارد. این در حالی است که حدود نیمی از مبتلایان به افسردگی یا از بیماری خود بی خبرند یا بیماری آن ها چیزی دیگر، تشخیص داده شده است. افسردگی عبارت است، از احساس غم، دلسردی، یا ناامیدی به مدت حداقل ۲ هفته در اغلب روزها و ساعات روز. افسردگی یک بیماری اختصاصی نیست بلکه در تمام سنین و همه نژادها، هم در زنان و هم مردان ظاهر می شود. افسردگی بیماری منفردی نیست بلکه انواع گوناگون دارد به طوری که در بعضی افراد به صورت هایی ظاهر می شود که معمولاً آن را افسردگی نمی دانیم. افسردگی پس از آنکه درمان شد غالباً باز می گردد. افسردگی مسائل گوناگونی به همراه دارد. غیر از مسائل پزشکی و اندوه که بسیار شایع است، فرد مبتلا به افسردگی خود را در کارها مورد تبعیض و از نظر اجتماعی مطرود و حتی منفور خانواده می بیند. گاهی انزوای همراه افسردگی، بیمارانی را که وضعی درمان پذیر دارند به دوری از مردم سوق می دهد (کاپلان و همکاران، ۲۰۰۵).

علائم و نشانه های اختلالات افسردگی

احساس غم و اندوه، نبود احساس شادی، خوشحال نشدن از حوادث و اتفاقاتی که شادی آفریناند، لذت نبردن از موضوع هایی که پیش از بیماری لذت بخش بوده اند. بی تفاوتی نسبت به امور جاری و اتفاقات، نداشتن انگیزه، ناامیدی، درماندگی، نقصان حس اعتماد به نفس، اختلال حس گذر زمان، زمان به کندی می گذرد یا برعکس، انزوای طلبی، حساس بودن، زود متأثر شدن، گریان بودن، احساس پوچی، احساس سرخوردگی، تنش، نگرانی، اضطراب، تحریک پذیری، خشم و پر خاشگری (اتینگر و همکاران، ۱۹۹۸). فقدان توجه، کاهش نیروی تمرکز فکر، فراموشکاری، حواس پرتی، انحراف فکر، عدم تصمیم گیری بدبینی، احساس تقصیر و گناه، خود را بی کفایت، ناکارآمد و بی ارزش دانستن، افکار انتساب به خود افکار گزند و آسیب، اقدام به خودکشی، بی اشتها یا پراشتهایی، تهوع، یبوست و سایر علائم گوارشی. تندی و کندی ضربان قلب، نفس تنگی، سرفه های روان زاد (سرفه بدون عامل تحریک کننده)، احساس درد در تمام بدن، دردهای متحرک، گرفتگی عضلات، خستگی مداوم، ضعف. اختلال خواب، کاهش میل جنسی، کاهش انرژی که به صورت احساس سستی، بی قوتی می باشد. بی حوصلگی، شایع ترین علامت بیماران افسرده و شامل؛ ناخشنودی، بدخلقی، بی تابی است. عدم رعایت امور بهداشتی، کندی حرکت، با آهنگی پایین صحبت کردن و غیره (داویدیان، ۱۳۸۰).

انواع افسردگی

۱- افسردگی اساسی: این نوع افسردگی اختلال در خلق، که معمولاً ۲ هفته به طول می انجامد. احساس دلتنگی، عدم لذت از فعالیت های دلپذیر و احساس گناه از نشانه های آن است. این نوع افسردگی خطرناک بوده و می تواند به خود کشی منجر گردد. اختلال افسردگی اساسی بیشتر در افرادی است که هیچ ارتباط بین فردی نزدیکی ندارند و یا طلاق گرفته یا متارکه کرده اند. اختلال دو قطبی در افراد طلاق گرفته یا مجرد شایع تر از افراد متأهل است، این تفاوت ممکن است به دلیل شروع این اختلال در سنین پایین و نیز اخلافت زناشویی باشد. (سادوک و سادوک، ۲۰۰۳).

۲- افسردگی مزمن: شدت علائم آن از افسردگی اساسی کمتر بوده اما دوره آن طولانی و ممکن است، ۲ الی ۵ سال به طول انجامد. علائم آن معمولاً ناتوان کننده نمی باشد اما در عملکرد مناسب و احساس خوشایندی فرد تاثیرگذار است.

۳- اختلال انطباقی با خلق افسرده: هرگاه انسان عزیزی را از دست می دهد، شغلش را از دست داده و یا تغییر می دهد، و یا آگاه می گردد که بیماری لاعلاجی دارد کاملاً طبیعی است که احساس استرس، اندوه و خشم کند. اما در نهایت امر افراد خود را با شرایط پدید آمده وفق می دهند. اما برخی قادر به چنین عملی نمی باشند. هنگامی که واکنش فرد به یک موقعیت و یا حادثه سبب افسردگی در وی می گردد به آن اختلال در انطباق می گویند.

۴- اختلال دو قطبی: به تغییرات غیر قابل پیش بینی خلق از شیدایی تا افسردگی اختلال دو قطبی می گویند. در یک زمان فرد رفتار برون گرای مفرط، پرحرفی، خودبزرگ بینی، بروز می دهد و در دوره ای دیگر افسرده می گردد.

۵- افسردگی فصلی: این نوع افسردگی معمولاً در زمستان شیوع می یابد. علت آن کاهش تابش نور خورشید است. این افسردگی سبب سردرد، تحریک پذیری و کاهش سطح انرژی می گردد.

تعریف صرع

صرع شایع ترین بیماری نورولوژیک در جمعیت عمومی است و تقریباً یک درصد مردم دچار این بیماری هستند (وینکلزوهمکاران، ۲۰۰۵).

صرع نوعی بیماری است که شخص مبتلا به آن مستعد حملات تکراری ناشی از صرع می باشد و بنا براین تشخیص، بیماری صرع عبارت است از، سنجش احتمال بروز حملات بیماری. از طرف دیگر، اگر فردی به دلیل آسیب در بخشی از مغز چندین بار دچار حمله شود، احتمال بروز حمله بعدی وی بسیار بالاست و مطابق با تشخیص پزشکی به صرع مبتلا می باشد. اغلب پزشکان بیماری فردی را که در یک سال دو بار دچار صرع شده باشد، صرع تشخیص می دهند. زیرا در این وضعیت احتمال بروز حمله سوم بیش از ۸۰ درصد است (تورتا و کلر، ۱۹۹۹).

مشکل تشخیص در افرادی دیده می شود که فقط یک حمله صرعی داشته اند و در این موارد پزشک به کمک آزمایش های مختلف و با استفاده از معلومات مربوط به نوع حمله و دلایل آن احتمال بروز حمله بعدی را ارزیابی می کند. مشکل بعدی این است که چنان چه بیماری فردی صرع تشخیص داده شود چند سال باید بگذرد و او به حمله دچار نشود تا بپذیریم دیگر به صرع دچار نمی شود؟ متأسفانه پاسخ این سؤال آسان نیست اما به طور قطع، حملات افراد مبتلا به صرع سرانجام پایان می یابد. بنابراین نباید آن ها را جزء افراد مبتلا به صرع به حساب بیاوریم.

باید این واقعیت مهم را به خاطر بسپاریم که صرع یک بیماری نیست بلکه علامتی از یک بیماری به حساب می آید. علامت بیماری چیزی است که بیمار آن را بروز می دهد. در مورد صرع نیز همین گونه است که باید صرع را به عنوان نشانه ای از اختلالات مغزی مورد توجه قرار داد. طیف وسیعی از بیماری های مغزی ممکن است باعث بروز صرع شوند (ماریو و مندز، ۲۰۰۵).

پیشینه پژوهش

(کریستین و همکاران، ۲۰۱۰) به برآورد میزان شیوع افسردگی در اشخاص مبتلا به صرع پرداختند نتایج پژوهش آن ها نشان داد صرع به طور معناداری با افسردگی ارتباط داشته، و افسردگی شیوع بالایی در میان افراد مبتلا به صرع داشته است. این یافته ها، اهمیت شناسایی و مدیریت افسردگی در میان افراد مبتلا به صرع را پررنگ تر و برجسته تر می سازد.

(گیلیام و همکاران، ۲۰۱۲) در این خصوص پژوهشی انجام دادند. هدف از این مطالعه تعیین میزان شیوع و عوامل زمینه ساز اقدام به خودکشی در میان یک نمونه- بزرگ از بیماران سرپایی مبتلا به صرع بود. ۱۹۳ بیمار سرپایی مصروع بالغ را از لحاظ افسردگی و نیز تمایل به خودکشی مورد ارزیابی قرار دادند. عوامل اجتماعی و مرتبط با صرع، میزان تأثیر درمان و کیفیت مرتبط با سلامت زندگی نیز در این افراد مورد ارزیابی قرار گرفت. شیوع تمایل به خودکشی در طول دو هفته سپری شده، ۱۱/۹ درصد بود. و حدود یک چهارم از نمونه های دارای تمایل به خودکشی، فاقد نشانه های معنادار و قابل مشاهده در ارتباط با افسردگی بودند.

(کانر، ۲۰۰۹) پژوهشی با عنوان صرع و اختلال خلقی به انجام رساند. اختلالات افسردگی، گونه ای شایع از بیماری های جانبی همراه با صرع، و دارای تأثیری منفی بر کیفیت زندگی می باشد. شیوع افسردگی در افراد مصروع، به احتمال زیاد نشان دهنده یک رابطه دوسویه میان دو عارضه است. درمان اختلالات افسردگی در افراد مصروع، با استفاده از مهارکننده بازجذب سروتونین روشی ایمن است.

(دوینسکی، ۲۰۰۴) پژوهشی در رابطه با صرع و افسردگی، برای ارزیابی ویژگی های شخصیت و تأثیرات افسردگی بر شخصیت، در بیماران مصروع، انجام داد. ۲۳ بیمار دچار افسردگی و ۲۵ نمونه سالم در این مطالعه مورد بررسی قرار گرفتند. پرسشنامه افسردگی بک و پرسشنامه شخصیتی MMPI مورد استفاده قرار گرفتند. نتایج نشان داد که هیستریا، پارانویا، وارونگی یا هم جنس خواهی اجتماعی، و افسردگی، در بیماران مصروع ناشی از لوب گیجگاه و افسردگی در مقایسه با گروه کنترلی بالاتر بوده است. بیماران مبتلا به صرع و افسردگی، در سطح بالاتری از اضطراب و افسردگی در مقایسه با گروه کنترلی افراد سالم قرار داشتند. نتایج این مطالعه نشان داد که افسردگی ممکن است برخی تأثیراتی بر دگرگونی شخصیتی مشاهده شده در بیماری صرع داشته باشد.

(مارتینوویک و همکاران ۲۰۰۶) برای کاهش نشانه های زیر آستانه ای افسردگی در نوجوانان مبتلا به صرع، درمان شناختی- رفتاری پیش گیرانه را با مشاوره معمولی مقایسه و به این نتیجه رسیدند که اثر درمان شناختی- رفتاری بیش از مشاوره معمولی است.

(ظهیرالدین و قریشی، ۱۳۸۷) پژوهشی با عنوان بررسی میزان علائم افسردگی در بیماران مبتلا به صرع تونیک-کلونیک به انجام رسانیدند هدف از این مطالعه بررسی میزان علائم افسردگی و برخی عوامل خطر مرتبط با آن در این بیماران بوده تا ضرورت توجه به بیماری افسردگی و درمان به موقع آن مورد تأکید قرار گیرد. در این مطالعه توصیفی ۹۷ بیمار مصروع که به بیمارستان های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در سال ۱۳۸۲ مراجعه کرده بودند از نظر ابتلا به افسردگی توسط پرسشنامه بک و پرسشنامه محقق ساخته مورد ارزیابی قرار گرفتند، که ۱/۶ درصد از بیماران صرع تونیک-کلونیک بر اساس تست بک مبتلا به افسردگی خفیف و متوسط بودند.

در این بیماران، بین افسردگی با متغیرهای وضعیت شغلی، وضعیت تحصیلی، وضعیت اقتصادی و محل سکونت رابطه معناداری وجود داشت اما با سایر متغیرها رابطه معناداری وجود نداشت. نتایج حاصل از این پژوهش نشان دهنده بالا بودن میزان علائم افسردگی در بیماران مصروع بود که در اکثر موارد درمان مناسبی دریافت نکرده بودند. با توجه به قابل درمان بودن افسردگی و اثرات مفید درمان آن، غربالگری و تشخیص به موقع افسردگی در آن ها مهم و سودمند است.

(نوحی، آذر، کارآمد، شفیعی کندجانی، امیری، حبیبی و آثاری، ۱۳۹۰) پژوهشی با عنوان فراوانی علائم افسردگی، اضطراب منتشر، وسواس و ترس مرضی در فاز بین حمله ای مبتلایان به صرع به انجام رسانیدند. در این مطالعه توصیفی، ۱۳۷ بیمار مصروع مراجعه کننده به درمانگاه نورولوژی دانشگاه امام حسین و انجمن صرع ایران در سال ۱۳۸۳ بررسی شدند. چک لیستی شامل متغیرهای دموگرافیک و پرسش نامه-R90-SCL شامل سئوالات مربوط به افسردگی، اضطراب منتشر، وسواسی-جبری و ترس مرضی تکمیل گردید. فراوانی نسبی علائم افسردگی، اضطراب منتشر، وسواس، و ترس مرضی به ترتیب ۵۵/۴، ۴۴/۹، ۸/۵۵ و ۲/۲۳ درصد بود. علائم ترس مرضی ارتباط معناداری با سطح تحصیلات کمتر، بیکاری و سن بیشتر داشت. علائم وسواس اجباری و اضطراب منتشر با افزایش سن ارتباط معناداری داشت. علائم مورد بررسی با جنس، وضعیت تاهل، میزان مصرف دارو، طول مدت ابتلا و نوع صرع ارتباط آماری معناداری نداشت. نتیجه پژوهش نشان داد علائم افسردگی و وسواس جبری در درجه اول و علائم اضطراب منتشر و ترس مرضی در درجه بعد، از علل از کارافتادگی مبتلایان به صرع در فواصل بین حمله ای صرع بودند. بر این اساس، همکاری نزدیک بین روان پزشکان و متخصصین اعصاب در رویکرد درمانی بیماری صرع ضروری می نماید.

روش تحقیق

پژوهش حاضر از لحاظ هدف، کاربردی می باشد زیرا تحقیق کاربردی تلاشی برای پاسخ دادن به یک معضل و مشکل عملی است که در دنیای واقعی وجود دارد (خاکی، ۱۳۷۹، ص ۹۴).

تحقیق حاضر ارزشیابی، از نوع تحقیقات توصیفی می باشد. بدین صورت که گروهی از بیماران مصروع به عنوان گروه مطالعه انتخاب، سپس علائم میزان افسردگی در این گروه ارزیابی می شود. روش ارزشیابی، روشی است که در آن به طور قابل ملاحظه ای از طرح های تحقیق، ابزارهای اندازه گیری، فنون تجزیه و تحلیل داده ها استفاده می شود. پژوهش گران در این روش بیشتر به دنبال روابط تعمیم پذیری بین متغیرها هستند. به طور کلی روش ارزشیابی، فرایندی است که در آن اطلاعات جمع آوری شده و درباره ارزش اجزای مختلف طرح مورد نظر تصمیم گیری می شود. روش ارزشیابی دارای اهداف، منابع، رویه و مدیریت می باشد. از انواع روش ارزشیابی، می توان به ارزشیابی فردی، ارزشیابی هدف-محور و ارزشیابی موقعیت اشاره کرد. در این پژوهش جامعه آماری شامل کلیه بیماران مصروع مراجعه کننده در کلینیک های مغز و اعصاب شهر بندرعباس بوده است. با توجه به این که روش پژوهش ارزشیابی است روش نمونه گیری به صورت هدفمند می باشد. در نتیجه به طور در دسترس از بین مراجعه کننده ها ۶۰ نفر به عنوان افراد نمونه (گروه مطالعه) انتخاب شد.

روش ها و ابزار تجزیه و تحلیل داده ها

روش های تجزیه و تحلیل اطلاعات این پژوهش در دو سطح توصیفی و استنباطی صورت خواهد گرفت. در سطح توصیفی با استفاده از مشخصات آماری مانند فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار به تجزیه و تحلیل اطلاعات پرداخته و در سطح استنباطی متناسب با سطح سنجش داده ها و فرضه های اساسی آزمون آماری، از روش آزمون t گروه مستقل و یک گروهی با استفاده از نرم افزار SPSS استفاده می شود. و در صورت عدم نرمال بودن داده ها از آزمون های، یومان ویت نی و خی دو استفاده می شود.

یافته های پژوهش

بررسی آزمون نرمال بودن داده ها

جدول ۱- مربوط به آزمون کولموگروف-اسمیرنوف

جهت بررسی نرمال بودن داده ها

متغیر وابسته	افسردگی
تعداد	۵۰
میانگین	۱/۴۸
انحراف استاندارد	۰/۶۵۷
کولموگروف-اسمیرنوف (Z)	۰/۸۴۶
سطح معناداری	۰/۴۷۲

نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف نشان داد میزان Z محاسبه شده در سطح آلفای ۵ صدم معنادار نیست یعنی میزان p-value از ۵ صدم بزرگتر است و فرض صفر مبنی بر نرمال بودن نمرات مربوط به افسردگی رد نمی شود در نتیجه می توان گفت نمرات مربوط افسردگی دارای توزیع نرمال بودند بر همین اساس، لازم است از آزمون پارامتریک برای آزمون فرضیه ها استفاده کرد. برای فرضیه اصلی و برای مقایسه افسردگی در دو جنس از آزمون های پارامتریک استفاده شد اما با توجه به اینکه تعداد افراد نمونه در طبقات متفاوت پایین بود برای فرضیه های دوم، سوم و چهارم در پژوهش حاضر از آزمون نا پارامتریک کروسکال والیس استفاده شد.

سؤال های تحقیق

سؤال اصلی: میزان شیوع افسردگی در بیماران مصروع با توجه به نرخ جهانی چه میزان است؟

برای آزمون این سؤال ها از t تک متغیره استفاده شد. برای این منظور ابتدا تعداد سؤال های میانگین مورد انتظار (جامعه) محاسبه و سپس میانگین نمونه به دست آمده با آن میانگین، محاسبه گردید.

جدول ۲- جدول آمار توصیفی مربوط به شیوع افسردگی در بیماران مصروع با توجه به نرخ جهانی

متغیر وابسته	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	t	تفاوت میانگین ها	سطح معناداری	درجه آزادی
افسردگی	۵۰	۱/۴۸	۰/۶۵۷	-۰/۱۹۴	-۰/۰۱۸	۰/۸۴۷	۴۹

نتایج جدول فوق نشان می دهد t مشاهده شده ($t = -0/194$) در سطح $\alpha = 0/05$ با 95% اطمینان از نظر آماری معنادار نیست و فرض صفر رد نمی شود. همچنین بین میانگین مشاهده شده ($1/48$) و مورد انتظار ($1/5$) تفاوت معناداری مشاهده گردید یعنی میزان میانگین شیوع افسردگی در بیماران مصروع با نرخ جهانی دارای تفاوت معناداری نیست و میانگین ها در یک سطح بودند

فرضیه های تحقیق

فرضیه اول:

میزان شیوع افسردگی در بیماران مصروع زن و مرد متفاوت است. برای آزمون این فرضیه از t گروهی مستقل استفاده شد.

جدول ۳- جدول نتایج میانگین، مقدار و انحراف استاندارد شیوع افسردگی در بیماران مصروع با توجه به جنسیت

متغیر وابسته	گروهها	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	t	تفاوت میانگین	سطح معناداری	درجه آزادی
افسردگی	زن	۳۲	۱/۶۴	۰/۶۷۸	۲/۴۱	۰/۴۴۴	۲۰	۴۸
	مرد	۱۸	۱/۱۹	۰/۵۲۱				

نتایج سنجش این فرضیه از آزمون t گروهی مستقل استفاده شد که t مشاهده شده ($t = 2/41$) در سطح آلفای ۵ درصد معنادار است و فرض صفر رد می شود به عبارتی میانگین افسردگی در بیماران مصروع زن و مرد تفاوت وجود دارد به طوری که با توجه به میانگین ها چنین استنباط می شود که در زنان میزان افسردگی نسبت به مردان بالاتر است و این تفاوت هات از نظر آماری در سطح آلفای ۵ صدم با ۹۵ درصد اطمینان معنادار است.

فرضیه دوم:

میزان شیوع افسردگی در بیماران مصروع با توجه به وضعیت تحصیلی افراد متفاوت است. برای آزمون این فرضیه از کروسکال

والیس استفاده شد.

جدول ۴- آمار توصیفی مربوط به میزان شیوع افسردگی

در بیماران مصروع با توجه به وضعیت تحصیلی

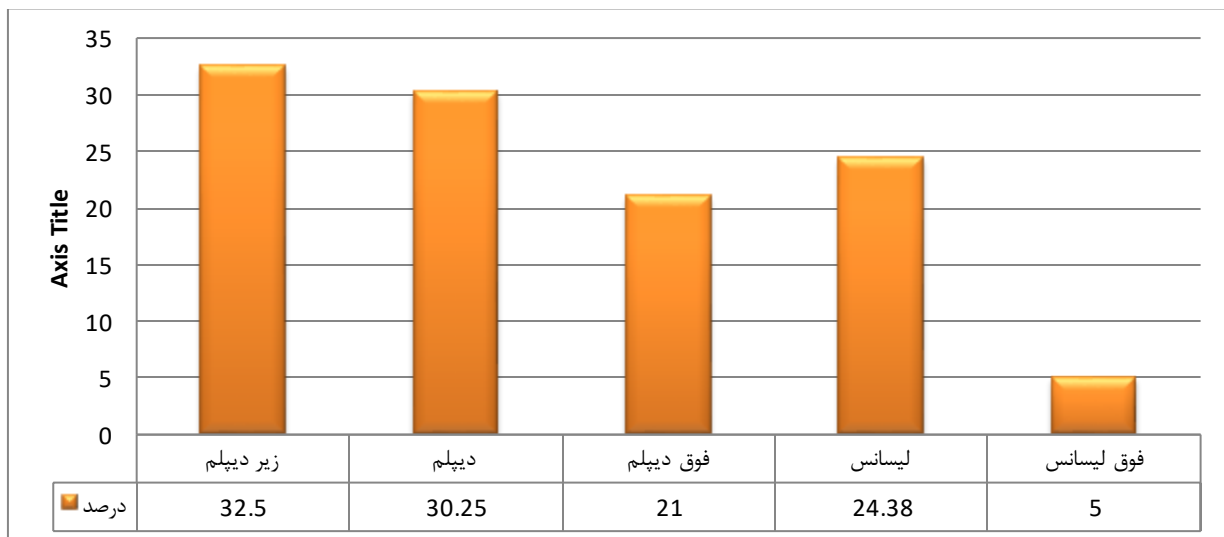
رتبه ای	میانگین رتبه ای	تعداد	رشته تحصیلی
۳۲/۵۰	۱۴	زیر دیپلم	
۳۰/۲۵	۶	دیپلم	
۲۱/۰۰	۱۶	فوق دیپلم	
۲۴/۳۸	۱۲	لیسانس	
۵/۰۰	۲	فوق لیسانس	
	۵۰	کل	

جدول فوق مربوط به میانگین رتبه ای شیوع افسردگی در بیماران مصروع با توجه به سطح تحصیلات آن ها است همان طور که مشاهده گردید، بیمارانی که از نظر وضعیت تحصیلی در سطح پایین یعنی کمتر از دیپلم قرار دارند، شیوع افسردگی در آن ها دارای رتبه ۳۲/۵۰ است، بیمارانی که دارای سطح تحصیلات دیپلم بودند، دارای شیوع افسردگی با رتبه ۳۰/۲۵ بیمارانی که دارای سطح تحصیلات فوق دیپلم دارای شیوع افسردگی با رتبه ۲۱ بیمارانی که دارای سطح تحصیلات لیسانس بودند، دارای شیوع افسردگی با رتبه ۲۴/۳۸ و بیمارانی که دارای سطح تحصیلات فوق لیسانس بودند، دارای شیوع افسردگی با رتبه ۵ بودند. همان طور که مشاهده گردید، بیماران با تحصیلات پایین، دارای بالاترین میزان افسردگی و بیماران دارای سطح تحصیلات فوق لیسانس دارای افسردگی پایینی بودند.

جدول ۵- جدول آمار توصیفی مربوط به آزمون کروسکال والیس

ضریب خی دو	درجه آزادی	سطح معناداری
۹/۴۵	۴	۰/۰۵۰

نتایج آزمون کروسکال والیس نشان داد میزان خی دو (۹/۴۵) با درجه آزادی ۴ در سطح آلفای ۵٪ معنادار است و فرض صفر رد شد. درواقع سطح تحصیلات در میزان شیوع افسردگی در بیماران مصروع مؤثر است و با توجه به میانگین ها می توان گفت افراد دارای سطح تحصیلات پایین میزان افسردگی بالاتر و افراد سطح تحصیلات فوق لیسانس نسبت به دیپلم و زیر دیپلم دارای سطح پایین تری از افسردگی هستند.



نمودار ۱- نمودار رتبه درصدی مربوط به میزان شیوع افسردگی در بیماران مصروع با توجه به وضعیت تحصیلی

فرضیه سوم:

میزان شیوع افسردگی در بیماران مصروع با توجه به سن آن ها متفاوت است .

جدول ۶- جدول آمار توصیفی مربوط به میزان شیوع افسردگی در بیماران مصروع با توجه به سن

میانگین رتبه ای	تعداد	سن
۲۶/۵۴	۱۲	تا ۲۰ سال
۲۲/۹۱	۱۱	بین ۲۱-۲۵ سال
۲۴/۶۵	۱۰	بین ۲۶-۳۰ سال
۱۶/۶۴	۷	بین ۳۱-۳۵ سال
۳۵/۷۵	۴	بین ۳۶-۴۰ سال

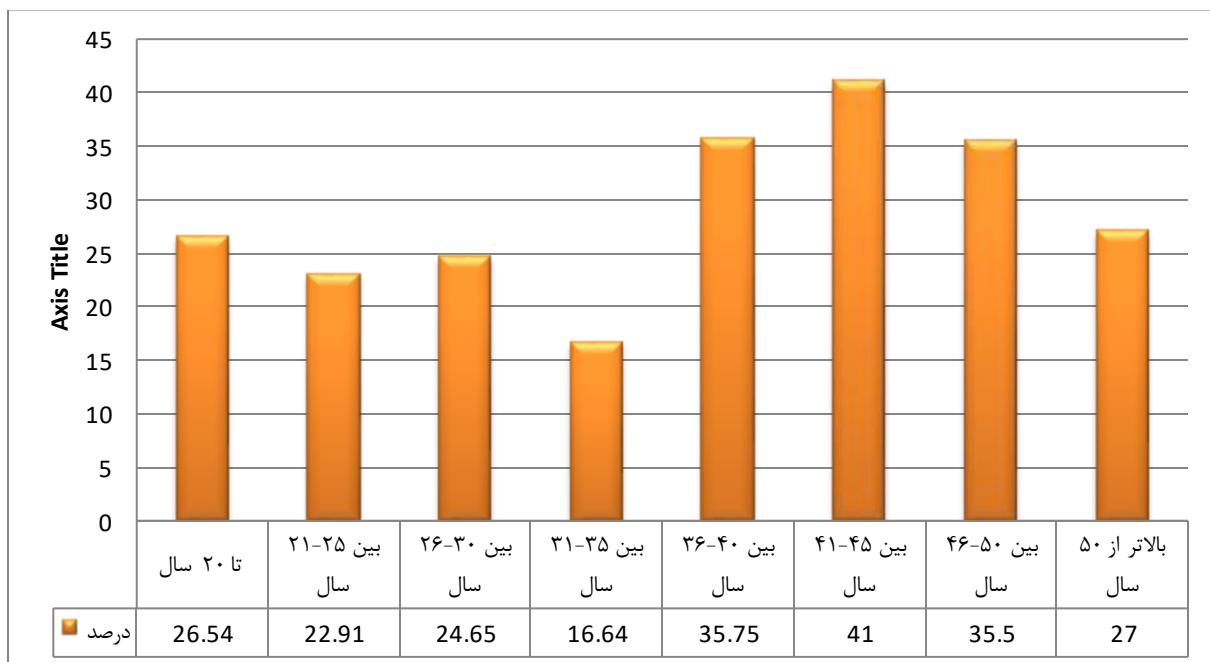
۴۱/۰۰	۲	بین ۴۵-۴۱ سال
۳۵/۵۰	۱	بین ۵۰-۴۶ سال
۲۷/۰۰	۳	بالاتر از ۵۰ سال
	۵۰	کل

جدول فوق مربوط به میانگین رتبه ای شیوع افسردگی در بیماران مصروع با توجه به سن آن ها بوده است. همان طور که مشاهده گردید بیمارانی که سن شان تا ۲۰ سال است شیوع افسردگی در آن ها دارای رتبه ۲۶/۵۴ است، سنین ۲۱ تا ۲۵ سال دارای شیوع افسردگی با رتبه ۲۲/۹۱، سنین ۲۶ تا ۳۰ سال دارای شیوع افسردگی با رتبه ۲۴/۶۵، سنین ۳۱ تا ۳۵ سال دارای شیوع افسردگی با رتبه ۱۶/۶۴، سنین ۳۶ تا ۴۰ سال دارای شیوع افسردگی با رتبه ۳۵/۷۵، سنین ۴۱ تا ۴۵ سال دارای شیوع افسردگی با رتبه ۴۱، سنین ۴۶ تا ۵۰ سال دارای شیوع افسردگی با رتبه ۳۵/۵۰ و سنین بالاتر از ۵۰ سال دارای شیوع افسردگی با رتبه ۲۷ بوده است.

جدول ۷- جدول آمار توصیفی مربوط به آزمون کروسکال والیس

ضریب خی دو	درجه آزادی	سطح معناداری
۷/۷۹	۷	۰/۳۵۱

نتایج آزمون کروسکال والیس نشان داد میزان خی دو (۷/۷۹) با درجه آزادی ۷ در سطح آلفای ۰.۵٪ معنادار نیست و فرض صفر رد نمی شود در واقع می توان گفت سن در میزان شیوع افسردگی در بیماران مصروع مؤثر نیست.



نمودار ۲- نمودار رتبه درصدی میزان شیوع افسردگی در بیماران مصروع با توجه به سن آن ها

نمودار فوق مربوط به میانگین رتبه ای شیوع افسردگی در بیماران مصروع با توجه به سن آن ها، دامنه سن بیماران تا ۵۰ سال است سنین ۴۰ سال میزان افسردگی بالا بوده است و از ۴۱ به بالا افسردگی دارای روند نزولی بوده است. سنین زیر ۲۰ سال نیز نسبت به سنین بین ۲۰ تا ۳۹ سال دارای افسردگی بیشتری بوده است. در نهایت افسردگی در سن بالاتر در بیماران مصروع بیشتر است که این میزان معنا دار نیست و ممکن است به دلیل مقدار کم حجم نمونه چنین نتایجی حاصل گردیده است.

فرضیه چهارم:

میزان شیوع افسردگی در بیماران مصروع با توجه به وضعیت اقتصادی خانواده متفاوت است.

جدول ۸- جدول آمار توصیفی میزان شیوع افسردگی در بیماران مصروع با توجه وضعیت اقتصادی

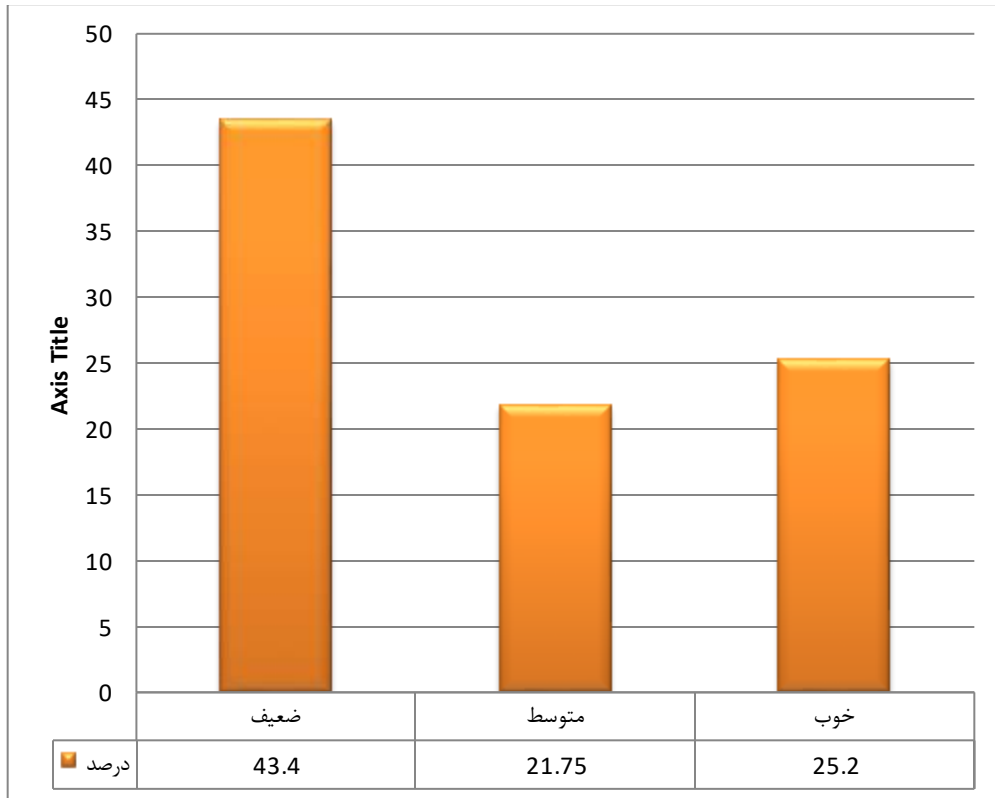
وضعیت اقتصادی	تعداد	میانگین رتبه ای
ضعیف	۵	۴۳/۴۰
متوسط	۲۲	۲۱/۷۵
خوب	۲۳	۲۵/۲۰
مجموع	۵۰	

جدول فوق مربوط به میانگین رتبه ای شیوع افسردگی در بیماران مصروع با توجه به وضعیت اقتصادی آن ها است همان طور که مشاهده گردید. بیمارانی که از نظر وضعیت اقتصادی ضعیف بودند، شیوع افسردگی در آن ها دارای رتبه ۴۳/۴۰، بیمارانی که دارای وضعیت اقتصادی متوسط بودند، دارای شیوع افسردگی با رتبه ۲۱/۷۵ و بیماران با وضعیت اقتصادی خوب، دارای شیوع افسردگی با رتبه ۲۵/۲۰ بودند. همان طور که مشاهده گردید بیمارانی که از نظر وضعیت اقتصادی ضعیف بودند دارای بالاترین میزان افسردگی و بیماران دارای وضعیت اقتصادی متوسط دارای افسردگی پایین، بیماران دارای وضعیت اقتصادی خوب نسبت به بیماران دارای وضعیت اقتصادی ضعیف دارای افسردگی کمتر و نسبت به بیماران دارای وضعیت اقتصادی متوسط دارای افسردگی بالاتری بودند.

جدول ۹- جدول آمار توصیفی مربوط به آزمون کروسکال والیس

ضریب خی دو	درجه آزادی	سطح معناداری
۹/۰۳	۲	۰/۰۱۱

نتایج آزمون کروسکال والیس نشان داد میزان خی دو (۹/۰۳) با درجه آزادی ۲ در سطح آلفای ۵٪ معنادار است و فرض صفر رد شد. در واقع وضعیت اقتصادی در میزان شیوع افسردگی در بیماران مصروع مؤثر است و با توجه به میانگین ها می توان گفت افراد دارای وضعیت اقتصادی پایین میزان افسردگی بالاتری دارند و وضعیت اقتصادی متوسط نسبت به وضعیت اقتصادی بالا و پایین دارای میزان پایین تری از افسردگی است.



نمودار ۳- نمودار رتبه درصدی مربوط به میزان شیوع افسردگی در بیماران مصروع با توجه به وضعیت اقتصادی

نمودار فوق مربوط به میانگین رتبه ای شیوع افسردگی در بیماران مصروع با توجه به وضعیت اقتصادی آن ها است همان طور که مشاهده گردید بیمارانی که از نظر وضعیت اقتصادی ضعیف بودند، شیوع افسردگی در آن ها بالاست زیرا دارای رتبه درصدی ۴۳/۴ در افسردگی، بیماران دارای وضعیت اقتصادی متوسط، دارای شیوع افسردگی با رتبه ۲۱/۷۵ و بیماران با وضعیت اقتصادی خوب، دارای شیوع افسردگی با رتبه ۲۵/۲۰ بودند. همان طور که مشاهده گردید بیمارانی که از نظر وضعیت اقتصادی ضعیف بودند دارای بالاترین میزان افسردگی، بیماران دارای وضعیت اقتصادی متوسط دارای افسردگی پایین و بیماران دارای وضعیت اقتصادی خوب نسبت به بیماران دارای وضعیت اقتصادی ضعیف دارای افسردگی کمتر و نسبت به بیماران دارای وضعیت اقتصادی متوسط دارای افسردگی بالاتری بودند.

نتیجه گیری

در بررسی فرضیه میزان شیوع افسردگی در بیماران مصروع با توجه به نرخ جهانی نتیجه زیر حاصل شد: برای آزمون این فرضیه از t تک متغیره استفاده شد. برای این منظور ابتدا با توجه به تعداد سؤال ها، میانگین مورد انتظار (جامعه) محاسبه و سپس میانگین نمونه به دست آمده با آن میانگین محاسبه گردید. نتایج نشان داد t مشاهده شده ($t = -0/194$) در سطح $\alpha = 0/05$ با 95% اطمینان از نظر آماری معنادار نیست و فرض صفر رد نمی شود. به عبارتی بین میانگین مشاهده شده ($1/48$) و مورد انتظار ($1/5$) تفاوت معناداری مشاهده نمی شود یعنی میزان میانگین شیوع افسردگی در بیماران مصروع با نرخ جهانی دارای تفاوت معناداری نیست و میانگین آن ها در یک سطح می باشد.

در بررسی فرضیه میزان شیوع افسردگی در بیماران مصروع با توجه به وضعیت تحصیلی افراد متفاوت است. برای آزمون این فرضیه از کروسکال والیس استفاده شد، نتایج زیر حاصل شد:

نتایج نشان داد میزان χ^2 دو ($9/45$) با درجه آزادی ۴ در سطح آلفای 5% معنادار است و فرض صفر رد می شود در واقع چنین برآورد شد، سطح تحصیلات در میزان شیوع افسردگی در بیماران مصروع مؤثر است و با توجه به میانگین ها می توان گفت افراد دارای سطح تحصیلات پایین میزان افسردگی بالاتری دارند و سطح تحصیلات فوق لیسانس نسبت به دیپلم و زیر دیپلم

دارای سطح پایین تری از افسردگی است. بررسی‌ها نشان داده است که بین وضع اجتماعی و اقتصادی بیمار و افسردگی ارتباط نزدیکی وجود دارد. میزان شیوع افسردگی در افراد کم درآمد، بیکار، کم سواد و بی سواد ۴ تا ۲۴ بار بیشتر از شیوع آن در بین افراد تحصیل کرده و حرفه ای است. با توجه به نتایج به دست آمده، چنین استنباط می شود هر چه افراد از نظر سطح تحصیلات بالاتر باشند قدرت سازگاری بیشتر با مشکلات و مسایل را دارند. به همین منظور در بیماران مصروع نیز این امر صادق است.

در بررسی فرضیه میزان شیوع افسردگی در بیماران مصروع با توجه به سن آن‌ها متفاوت است، نتایج زیر حاصل شد: نتایج آزمون کروسکال والیس نشان داد میزان شیوع افسردگی در بیماران مصروع با توجه به سن آن‌ها متفاوت است، نتایج زیر حاصل شد: نتایج آزمون کروسکال والیس نشان داد میزان شیوع افسردگی در بیماران مصروع مؤثر نیست. هر چند بسیاری از اختلالات روان پزشکی از جمله اضطراب و دیگر اختلالات خلقی در سنین بالا بیشتر است (نوحی و همکاران، ۱۳۹۰) اما در پژوهش حاضر شاید به دلیل محدود بودن نمونه آماری یا سایر علل محیطی نتایج معناداری مشاهده نشد. در بررسی فرضیه میزان شیوع افسردگی در بیماران مصروع با توجه به وضعیت اقتصادی خانواده متفاوت است، نتایج زیر حاصل شد:

نتایج آزمون کروسکال والیس نشان داد میزان شیوع افسردگی در بیماران مصروع با توجه به سن آن‌ها متفاوت است، نتایج زیر حاصل شد: نتایج آزمون کروسکال والیس نشان داد میزان شیوع افسردگی در بیماران مصروع مؤثر است و با توجه به میانگین‌ها می توان گفت افراد دارای وضعیت اقتصادی پایین میزان افسردگی بالاتری دارند و وضعیت اقتصادی متوسط نسبت به وضعیت اقتصادی بالا و پایین دارای میزان پایین تری از افسردگی است.

بنابراین نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر به صورت زیر است:

با توجه به نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر این گونه برآورد شد که، میزان شیوع صرع در جامعه ایران بالاتر از میزان شیوع آن در جهان نمی باشد و میانگین شیوع آن تقریباً برابر است. شیوع افسردگی در بیماران مصروع دو برابر بیماران مبتلا به سایر بیماری‌های ناتوان کننده است. اغلب افسردگی در این بیماران تشخیص داده نمی شود یا به طور ناقص مورد درمان قرار می گیرد. که به طور بارز می تواند عواقب مهمی را به دنبال داشته باشد.

هم چنین تأثیر عواملی مانند، سن، جنس، سطح تحصیلات و وضعیت اقتصادی نشان داد بین سن بیماران و شیوع افسردگی تفاوتی وجود نداشته است، بین وضعیت اقتصادی و شیوع افسردگی در بیماران مصروع رابطه وجود دارد به طوری که هر چه بیماران از نظر اقتصادی در سطح بالاتر باشند شیوع افسردگی در آن‌ها کمتر می باشد و در مورد تأثیر سطح تحصیلات در بروز افسردگی در این بیماران رابطه معناداری مشاهده شد نتایج نشان داد هر چه سطح تحصیلات این افراد پایین تر باشد میزان افسردگی آن‌ها بالاتر می باشد و میزان سازگاری بیماران با اختلال افسردگی پایین تر است.

منابع و مراجع

- [۱] داویدیان، هاراطون (۱۳۸۸). شناخت و بیان حالات افسردگی در بیماران ایرانی.
- [۲] کاپلان و سادوک (۱۹۹۴). خلاصه روان پزشکی علوم رفتاری و روان پزشکی بالینی. ترجمه نصرت اله پورافکاری. ۱۳۷۹. تهران: شهر آب.
- [3] lexis Boro and Sheryl haut (2003). Medical comorbidities in the treatment of epilepsy. *Epilepsy & Behavior*. 4: 52-512.
- [4] Andreoli TE, Carpenter CCJ, Griggs RC, Loscalzo J. *Cecil's Essential of Medicine*. 5th 11111 New York: W.B. Saunders; 2001
- [5] Beck, A.T. (1967). *Cognitive therapy and the emotional disorders*, New York: International
- [6] Beyenburg S, Mitchell AJ, Schmidt D, Elger CE, Reuber M. Anxiety in patients with epilepsy: systematic review and suggestions for clinical management. *Epilepsy Behav* 2005;7:161-71.
- [7] Birmaher, B, Ryan. N.D. Williamson. D. E. Brent. D. A. Kaufman. J. Dahl, R. E., Perel, J. Nelson . B (1996) "Childern and Adolescent Depression: A Review of the 10 Years. Part." *Journal of American Academy of Child and Adolescent psychiatry*, Vol.35 pp: 427-435 .
- [8] Blumer D, Montouris G & Hermann B. Psychiatric morbidity in seizure patients on a neurodiagnostic monitoring unit. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 1995;7:۴۵-۵۶:
- [9] Boylan, L.S., Flint, L.A., Labovitz, D.L., Jackson, S.C., Starner, k., & Devinsky, O. (2004). Depression but not seizure frequency predicts quality of life in treatment-resistant epilepsy. *Neurology*, 62(2), 258-261.
- [10] Devinsky Orrin (2004). Therapy for Neurobehavioral Disorders in Epilepsy , *journal of Epilepsy & Behavior* , Volume 45, Issue Supplement s۲, pages 34-40.
- [11] Gilliam FG. Diagnosis and treatment of mood disorders in persons with epilepsy. *Curr Opin Neurol* 2005;18:129-33.
- [12] Gillian FC. (2005). Diagnosis and treatment of mood disorder on persons with epilepsy. *Curr opin neurol*. ۱۸: ۱۲۹-۱۳۳
- [13] Kanner, A.m. (2009). Psychiatric issues in epilepsy: The complex relation of mood, anxiety disorders, and epilepsy. *Epilepsy and Behavior*, 15(1), 83-87.
- [14] Kapiian- Hi, Sasock-BJ; synopsis of psuchiatry, ۸th, edition William-willkins, 2000 pp, 558-529 .
- [15] Kaplan H, Sadock Bj. *Synopsis of psychiatry*. ۹th ed. Baltimore: Wiliams and Wilkins; 2003 .
- [16] Kenneth R. Alper, John j. Barry and Antoaneta j. Balabanor. (2002) treatment of psychosis, aggression, and irritability in patients with epilepsy & Behavior. 3: 513-518.
- [17] Kirsten M. Fiest ,Jonathan Dykeman , Scott B. Patten, Samuel Wiebe , Gilaad G. Kaplan , Colleen J. Maxwell , Andrew G.M. Bulloch and Nathalie Jette (۲۰۱۰). Depression in epilepsy A systematic review and meta-analysis. *Views & Reviews*.
- [18] Lee WC, Arcona S, Thomas SK, Wang Q, Hoffmann MS, Pashos CL. Effect of comorbidities on medical care use and cost among refractory patients with partial seizure disorder. *Epilepsy Behav* ۲۰۰۵;۷:۱۲۳-۲۶. Lee.E.J.(۲۰۰۷). A cognitive vulnerabikity model of depression for people with temporal lobe epilepsy: A longitudinal study. Doctor dissertation, University of Wisconsin.

- [19] Lempers, J.D., & Clark-Lempers, D.S. (1997). "Economic hardship, family relationship, and adolescent distress: evaluation of a stress-distress men mother-daughter and mother-sons dyads." *Adolescence*, Vol. ۳۲, pp. ۳۳۹-۳۵۶
- [20] Lori L. Altshuler; Orrin Devinsky; Robert M. Post, William Theodore (1990). Depression, Anxiety, and Temporal Lobe Epilepsy Laterality of Focus and Symptoms, *Arch Neurol*. ۱۹۹۰; ۴۷(۳): ۲۸۴-۲۸۸
- [21] Mari. F. Mendez Ashle (2005). Neuropsychiatric aspects of Epilepsy. Kaplan & Sadock's comprehensive text book of psychiatry. Eighth edition. Vol. ۱
- [22] Mario F. Mendez; Jeffrey L. Cummings, D. Frank Benson (۱۹۸۶). Depression in Epilepsy Significance and Phenomenology, *Arch Neurol*. ۱۹۸۶; ۴۳(۸): ۷۶۶-۷۷۰
- [23] Pellock, J.M. (۲۰۰۴). Managing behavioral and cognitive problems in children with epilepsy. *Journal of Child Neurology*. ۱۹(۱), S۷۳-S۷۴
- [24] Perini GI, Tosin C, Carraro C, Bernasconi G, Canevini MP, Canger R, et al (۱۹۹۶) Interictal mood and personality disorders in temporal lobe epilepsy and juvenile myoclonic epilepsy. *J Neurol Neurosurg Psychiatr*; ۶۱: ۶۰۱-۶۰۵
- [25] Torta R, Keller R. Behavioral, psychotic and anxiety disorders in Epilepsy. Etiology, clinical features and therapeutic implication. *Epilepsia* ۱۹۹۹; ۴۰: ۲-۲۰
- [26] Winkels, J. Kuyk, R. van-Dyck Ph. Spinhoven psychait. Comorbidity in epilepsy. *Epilepsy & Behavior*; ۷: ۳۷-۵۰