مقاله پژوهشی

مقایسه‌ی پروفایل شناختی و آشفتگی هیجانی در بیماران مبتلا به صرع عمومی و کانونی

رقیه معزز[1]، محمد نریمانی[2]، نادر حاجلو[3]، عباس ابولقاسمی[4]، داریوش سوادی اسکوئی[5]

تاریخ دریافت ۱۳۹٤/۱۱/۱۱ تاریخ پذیرش ۱۳۹۵/۰۱/۱٦

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: مشکلات هیجانی و شناختی از مسائل رایج و آزاردهنده برای بیماران مبتلا به صرع است. پژوهش حاضر باهدف بررسی پروفایل شناختی و آشفتگی هیجانی در دو گروه مبتلا به صرع عمومی و کانونی انجام گرفته است.

مواد و روش کار: روش پژوهش حاضر از نوع توصیفی علی- مقایسه‌ای بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به صرع مراجعه‌کننده به مطب پزشکان متخصص مغز و اعصاب شهرستان اردبیل طی ماه‌های فروردین تا شهریور ۹۴ بود. نمونه موردمطالعه شامل ۶۰ بیمار (۳۰ نفر در گروه صرع عمومی و ۳۰ نفر در صرع کانونی) در دامنه سنی ۱۳ تا ۲۰ سال بود که به‌صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب گردید. به‌منظور بررسی پروفایل شناختی از آزمودنی‌ها خواسته شد تا آزمون آندره ری به‌منظور بررسی حافظه دیداری، خرده مقیاس حافظه شنیداری فوری و تأخیری از مقیاس حافظه وکسلر را پاسخ دهند. همچنین به‌منظور بررسی آشفتگی هیجانی بیماران از آن‌ها خواسته شد تا مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس لویندا را پاسخ دهند. برای تحلیل داده‌های پژوهش از روش‌های آمار توصیفی و روش تحلیل چند متغیره (مانوا) استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که بیماران مبتلا به صرع کانونی در مقایسه با بیماران مبتلا به صرع عمومی عملکرد ضعیف‌تری در حوزه‌های شناختی مربوط به حافظه دیداری و شنیداری دارند. همچنین بیماران مبتلا به صرع کانونی آشفتگی هیجانی بالاتری را نسبت به بیماران مبتلا به صرع عمومی نشان دادند.

بحث و نتیجه‌گیری: بنابر نتایج حاصل از این پژوهش پروفایل شناختی و آشفتگی هیجانی در دو گروه مبتلا به صرع عمومی و کانونی متفاوت است.

کلیدواژه‌ها: صرع عمومی، صرع کانونی، پروفایل شناختی، آشفتگی هیجانی

مجله پزشکی ارومیه، دوره بیست و هفتم، شماره چهارم، ص ۳۴۴-۳۳۶، تیر ۱۳۹۵

آدرس مکاتبه: اردبیل، خیابان دانشگاه، دانشگاه محقق اردبیلی، شماره تماس: ۰۹۱۴۱۵۱۹۷۹۴

Email: Narimani@uma.ac.ir

مقدمه

صرع به‌عنوان یک بیماری نرولوژیکی رایج، همراه با جریانات الکتریکی و تشنجات بالینی قابل‌اندازه‌گیری، تعریف می‌شود. در حالت کلی حدود ۶۵ میلیون نفر در دنیا با این بیماری درگیر هستند و هر ساله ۱۰۰۰۰۰ مورد جدید به آن افزوده می شود. در این اختلال کارکردهای شناختی و رفتاری تغییر پیدا می‌کند و منجر به ناکارآمدی‌های اجتماعی شدید می‌شود. تکرار تخلیه‌های اپیلپتیک مسئول تأثیرات طولانی‌مدت در شکل‌پذیری عملکرد مغزی شده و درنهایت منجر به ناکارآمدی‌های شناختی، رفتاری و هیجانی در دو نوع اصلی صرع یعنی صرع کانونی و عمومی می‌گردد (۱). باوجوداینکه تشنجات مهم‌ترین ویژگی صرع است اما اختلالات هیجانی و شناختی در همه انواع صرع گزارش شده است.

مطالعات نشان داده است که تشنجات در بیماران مبتلا به صرع در تمام حوزه‌های شناختی مانند توجه، زبان، کارکردهای اجرایی، حافظه، حل مسئله و بینش تأثیر می گذارد و این ناکارآمدی‌های شناختی جنبه حیاتی در کیفیت زندگی بیماران دارد (۲، ۳). شناخت به‌عنوان ظرفیت مغز برای پردازش دقیق اطلاعات و در سطح بالاتر به‌عنوان برنامه رفتاری سازش یافته در

[1] دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی

[2] استاد روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی (نویسنده مسئول)

[3] دانشیار روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی

۴ استاد روانشناسی، دانشگاه گیلان

۵ استا مغز و اعصاب، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-03-28]

فرد تعریف می‌شود. در میان حوزه‌های شناختی این بیماران از مشکلات حافظه بیشتر از سایر مشکلات شناختی شکایت دارند.

صرع کانونی با نشانه‌هایی چون خیره شدن و عدم پاسخ، پاسخ‌های نامناسب و یا اشتباه به سؤالات، شنیدن آوازهای غیرمعمول و حرکات دست و بازو یک ناحیه خاص از مغز را، درگیر می‌کند و در بیشتر موارد در منطقه لوب گیجگاهی رخ می‌دهد. صرع عمومی در هر دو طرف مغز رخ می‌دهد که بیشتر علت ژنتیکی یا ارثی دارد. تحقیقات اخیر نقص شناختی مخصوصاً در حوزه حافظه را در هر دو گروه مبتلا به صرع عمومی و کانونی نشان می‌دهد (۴). بررسی آیکیا[1] (۲۰۰۲) نشان داد که بیماران مبتلا به صرع کانونی مخصوصاً صرع لوب گیجگاهی آسیب بیشتری در حافظه را به دلیل اهمیت و نقش کلیدی ساختارهای میانی و آنتریور لوب گیجگاهی نشان می‌دهند (۵). ازجمله ساختارهای واقع در این ناحیه هیپوکامپ است که نقش اساسی در کارکرد حافظه دارد و از دست دادن حافظه به خاطر از دست دادن نورون‌ها در مناطق CA_1, CA_2 هیپوکامپ در این منطقه از مغز رخ می‌دهد؛ اما مشکلات حافظه در صرع کانونی خارج لوب گیجگاهی مانند صرع کانونی لوب آهیانه نیز دیده می‌شود (۶). نتایج اکثر تحقیقات در حوزه شناختی بر روی بیماران مبتلا به صرع عمومی و کانونی نشان‌دهنده این واقعیت است که مشکلات حافظه به‌خصوص در حافظه بلندمدت (۷) در صرع کانونی در مقایسه با صرع عمومی بیشتر رخ می‌دهد (۸-۱۰) درحالی‌که سوجونگ[2]، (۲۰۱۲) نشان داد که کارکردهای شناختی در صرع عمومی تقریباً در حد نرمال می‌باشد (۱۱). در بررسی بر روی بیماران مبتلا به صرع کانونی و مقایسه آن با گروه سالم، این بیماران در بخش حافظه منطقی تأخیری تفاوت معنی‌دار نشان دادند اما در حافظه منطقی فوری تفاوت معنی‌دار نبود (۱۲). هرچند برای رسیدن به نتایج قطعی‌تر در این حوزه بایستی پژوهش‌های بیشتری صورت گیرد؛ اما اکثر تحقیقات، آسیب بیشتر حافظه در بیماران مبتلا به صرع کانونی در مقایسه با صرع عمومی را نشان می‌دهد. در بررسی تولستوا و کوتوا بر روی ۳۲ بیمار مبتلا به صرع عمومی و ۲۰ بیمار مبتلا به صرع کانونی با استفاده از ابزارهای شناختی مربوط به حافظه کوتاه‌مدت و بلندمدت بینایی و شنوایی، توجه و سیالیت کلامی، بیماران مبتلا به صرع کانونی عملکرد ضعیف‌تری را نسبت به بیماران مبتلا به صرع عمومی نشان دادند (۱۳). در بررسی حوزه‌های شناختی مختلف در بیماران مبتلا به صرع عمومی و کانونی، بیماران مبتلا به صرع کانونی در بخش‌های یادآوری فوری، تأخیری، مرحله کپی و یادآوری حافظه بینایی آندره ری، تسلط معنایی، تسلط واجی، ظرفیت عددی به‌طور معنی‌داری عملکرد ضعیف‌تری از گروه سالم نشان داده‌اند درحالی‌که بیماران مبتلا به صرع عمومی تنها در بخش تسلط معنایی عملکرد ضعیف‌تری نسبت به گروه سالم نشان دادند در این پژوهش تفاوت معنی‌دار بین صرع عمومی و کانونی به دست نیامد (۱۴).

علاوه بر مشکلات شناختی در این بیماران، همانند سایر بیماری‌های مزمن واکنش‌های روان‌شناختی نظیر خشم، استرس، افسردگی و اضطراب نیز بسیار گزارش می‌شود و بررسی اختلالات روان‌شناختی ازنقطه‌نظر تحقیقاتی و بالینی در سال‌های اخیر در ارتباط با بیماری صرع موردتوجه است. تعداد بیشتری از فاکتورهای اضطراب‌آور مانند جریان تشنجات، احتمال آسیب‌های جسمانی، ناتوانایی‌های هیجانی و خجالت‌های اجتماعی در زندگی روزانه بیماران مبتلا به صرع وجود دارد که می‌تواند کیفیت زندگی بیماران را تحت تأثیر قرار دهد و بر میزان اضطراب آنان بیفزاید (۱۵).

استرس‌های هیجانی و عاطفی قوی‌ترین، مؤثرترین و در بعضی موارد شایع‌ترین عوامل برانگیزاننده حملات صرع هستند. افراد مبتلا به صرع میزان بیشتری از نشانه‌های افسردگی و اضطراب را نسبت به جمعیت عمومی نشان می‌دهند (۱۶, ۱۷).

فعالیت مغزی تغییریافته که علت تشنجات اپیلپتیک است باعث ایجاد خلق افسرده در این بیماران می‌شود و استرس زندگی با شرایط مزمن می‌تواند افسردگی و اضطراب را در این بیماران تشدید کند. احساسات افسردگی در این بیماران تا حدودی به دلیل استرس به خاطر شرایط مزمن بیماری و همچنین متغیرهای روانی- اجتماعی، رخ می‌دهد؛ اما این احساسات، اساساً به خاطر فعالیت مغزی غیرطبیعی بیماران است که رخ می‌دهد. طبق بررسی‌های موجود، تغییرات در فعالیت الکتریکی مغز افراد مبتلا به صرع در وضعیت‌های هیجانی-عاطفی دیده می‌شود.

رایج‌ترین آشفتگی هیجانی در بیماران مبتلا به صرع، افسردگی است که در حدود ۱۱ تا ۵۷ درصد بیماران گزارش می‌شود. شیوع اضطراب در بیماران مبتلا به صرع ۱۵ تا ۵۲/۳ درصد گزارش شده که در کیفیت زندگی بیماران (۱۰) تأثیر منفی دارد. عوامل مختلفی در ارتباط با افسردگی و اضطراب در بیماران مبتلا به صرع موردمطالعه قرار گرفته است؛ یکی از این عوامل نوع صرع (عمومی یا کانونی بودن) می‌باشد. هرچند تعداد پژوهش‌ها در حوزه مقایسه آشفتگی هیجانی در صرع عمومی و کانونی اندک است، اما یافته‌های برخی تحقیقات حاکی از آن است که اضطراب در بیماران مبتلا به صرع کانونی مخصوصاً صرع لوب گیجگاهی و صرع لوب آهیانه بیشتر از بیماران مبتلا به صرع عمومی می‌باشد (۱۸-۲۰).

[1] . Aikia

[2] . Sujoeng

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-03-28]

با توجه به بحث‌های صورت گرفته و اهمیت پرداختن به حوزه‌های شناختی و هیجانی بیماران مبتلا به صرع و کمبود پژوهش‌ها مخصوصاً در مقایسه بین دو نوع صرع عمومی و کانونی در ایران و اهمیت پی بردن به تفاوت خصوصیات بالینی در انواع مختلف بیماران مبتلا به صرع به‌منظور به‌کارگیری بهتر روش‌های درمانی و مراقبت‌های مناسب روان‌شناختی و پزشکی، پژوهش حاضر درصدد بررسی این است که آیا بین پروفایل شناختی (حافظه دیداری و شنیداری) و آشفتگی هیجانی (استرس، افسردگی و اضطراب) در بین دو گروه مبتلا به صرع عمومی و کانونی تفاوت معنی‌دار وجود دارد؟

مواد و روش کار

طرح پژوهش حاضر از نوع توصیفی، علی- مقایسه‌ی بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه بیماران دختر و پسر مبتلا به صرع عمومی و کانونی در گروه سنی ۲۰-۱۳ سال که طی ماه‌های فروردین تا شهریور ۹۴ به مطب پزشکان متخصص مغز و اعصاب شهرستان اردبیل مراجعه کرده‌اند، بود. نمونه موردمطالعه ۶۰ آزمودنی ۳۰ نفر در گروه مبتلا به صرع عمومی و ۳۰ نفر مبتلا به صرع کانونی بود؛ که در هر دو گروه ۱۸ پسر و ۱۲ دختر حضور داشتند. ملاک ورود به پژوهش تشخیص بیماری صرع در بیماران توسط پزشکان متخصص که به‌غیراز صرع هیچ اختلال دیگری نداشتند، بود. بیماران دو گروه ازلحاظ دامنه سنی، طول مدت بیماری، سن شروع تشنج، سطح تحصیلات و جنس همگن شدند. در این پژوهش نمونه‌ها به‌صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند در گروه بیماران مبتلا به صرع کانونی اکثر بیماران مبتلا به صرع کانونی لوب گیجگاهی بودند. ابزارهای مورداستفاده در پژوهش شامل:

الف- مقیاس لویندا: به‌منظور بررسی آشفتگی هیجانی در بیماران مبتلا به صرع از مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس لویندا (۱۹۹۵) استفاده شد که دارای ۲۱ ماده هست و هر آزمودنی به هر آیتم به صورت هرگز (۰)، کم (۱)، زیاد (۲) و خیلی زیاد (۳) پاسخ می‌دهد. آیتم‌های ۱، ۶، ۸، ۱۱، ۱۲، ۱۴، ۱۸ استرس، آیتم‌های ۲، ۴، ۷، ۹، ۱۵، ۱۹ و ۲۰ افسردگی و آیتم‌های ۳، ۵، ۱۰، ۱۳، ۱۶، ۱۷، ۲۱ اضطراب را می‌سنجد. ضریب آلفای کرونباخ برای این مقیاس برای افسردگی ۰/۸۱، اضطراب ۷۳/؛ و استرس ۰/۸۱ می‌باشد. ضریب اعتبار آن برای افسردگی ۰/۶۶، استرس ۴۹/؛ و اضطراب ۰/۶۷ می‌باشد (۲۱).

ب- آزمون اشکال پیچیده آندره ری: همچنین به‌منظور بررسی حافظه دیداری از آزمون اشکال پیچیده آندره ری استفاده شد. این آزمون به‌منظور ارزیابی توان رشد ترسیمی، ساخت یابی ادراکی و حافظه دیداری مورداستفاده قرار می‌گیرد. این آزمون اولین بار توسط آندره ری[1] در سال ۱۹۴۱ طراحی و سپس توسط اوستریت[2] در سال ۱۹۹۴ هنجاریابی شد. در نوبت اول تصویر در جلوی آزمودنی در جهت مناسب گذاشته می‌شود و به او پیشنهاد می‌شود تا مشابه آن را بر روی کاغذ سفید ترسیم کند. در نوبت دوم از آزمودنی خواسته شد این بار به‌طور حفظی تصویر مشاهده شده قبلی را ترسیم کند. نمره‌گذاری آن بر مبنای صحت، دقت، سرعت و بر اساس ۲۸ جزء کامل مجموعه که هرکدام حداکثر ۲ نمره دارد محاسبه می‌گردد. ضریب پایایی با روش آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های به‌کاررفته کپی و بازیابی به ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۷۹ به دست آمد.

ج- خرده مقیاس حافظه شنیداری فوری و تأخیری از مقیاس حافظه وکسلر: به‌منظور بررسی حافظه شنیداری از خرده مقیاس‌های شنیداری فوری (حافظه منطقی ۱ و تداعی زوج‌های کلامی ۱) و خرده مقیاس شنیداری تأخیری (حافظه منطقی ۲ و تداعی زوج‌های کلامی ۲) آزمون وکسلر استفاده شد. ضریب پایایی برای خرده مقیاس‌های به کار گرفته‌شده به ترتیب شامل ۰/۷۸و ۰/۸۱ است (۲۲).

از بیماران مبتلا به صرع عمومی و کانونی واجد شرایط، در پژوهش حاضر خواسته شد تا پرسشنامه‌های مربوط به آشفتگی هیجانی و شناختی را پاسخ دهند. برای تحلیل داده‌های پژوهش با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ داده‌ها در دو سطح توصیفی و استنباطی مورد تجزیه‌وتحلیل قرار گرفت. برای توصیف داده‌ها از جداول و شاخص‌های آمار توصیفی شامل میانگین، انحراف معیار و برای استنباط آماری داده‌ها آزمون چند متغیره (مانوا) استفاده شد.

یافته‌ها

برای تحلیل داده‌های جمع‌آوری‌شده از روش‌های آمار توصیفی و استنباطی استفاده شده است به‌طوری‌که برای توصیف داده‌های جمع‌آوری‌شده از جداول میانگین و انحراف استاندارد و در آمار استنباطی به‌منظور تعیین مقایسه پروفایل شناختی (حافظه دیداری، حافظه فوری شنیداری، حافظه تأخیری شنیداری) و آشفتگی هیجانی (استرس، اضطراب، افسردگی) در بین افراد مبتلا به صرع عمومی و کانونی از روش تحلیل واریانس چند متغیره مانوا (MANOVA) استفاده شد.

[1] .Andre- Rey

[2] .Osterrieth

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-03-28]

جدول (۱): نتایج میانگین و انحراف استاندارد استرس، اضطراب، افسردگی و حافظه دیداری، فوری شنیداری و تأخیری شنیداری

متغیرها	گروه	میانگین	انحراف معیار
استرس	عمومی	۹/۳۸	۳/۷۰۵
	کانونی	۱۵/۳۳	۳/۰۰۸
اضطراب	عمومی	۱۱/۲۷	۳/۹۳۰
	کانونی	۱۶/۵۳	۳/۹۱۷
افسردگی	عمومی	۱۲/۳۷	۴/۳۸۲
	کانونی	۳۷/۷۰	۴/۳۵۶
حافظه دیداری	عمومی	۱۷/۹۰	۶/۳۴۸
	کانونی	۱۴/۶۳	۱/۱۵۶
حافظه فوری شنیداری	عمومی	۱۲۰/۶۳	۳۰/۰۹۴
	کانونی	۹۳/۹۴	۲۸/۵۶۶
حافظه تأخیری شنیداری	عمومی	۱۲۰/۷۰	۲۹/۳۳۸
	کانونی	۸۵/۸۷	۳۱/۷۳۸

همان‌طور که در جدول ۱ گزارش شده است میانگین نمرات مربوط به استرس، اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلا به صرع کانونی در مقایسه با بیماران مبتلا به صرع عمومی بالاتر است. همچنین میانگین نمرات مربوط به حافظه دیداری، حافظه شنیداری فوری و حافظه شنیداری تأخیری در بیماران مبتلا به صرع کانونی پایین‌تر از بیماران مبتلا به صرع عمومی به دست آمد.

در راستای تعیین معنی‌داری تفاوت میان گروه‌ها (صرع عمومی و کانونی) در مؤلفه‌های آشفتگی هیجانی و پروفایل شناختی از آزمون تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) استفاده شد که نتایج حاصل از آن در جداول زیر ارائه شده است. ازآنجایی‌که به‌منظور انجام آزمون تحلیل واریانس چند متغیری باید پیش‌فرض برابری واریانس‌ها محقق شود، به این منظور ابتدا از آزمون لوین به این منظور استفاده کردیم که نتایج آن در جدول ۲ آمده است.

جدول (۲): نتایج جدول لوین برای بررسی برابری واریانس‌ها

متغیرها	F	df_1	df_2	سطح معنی‌داری
استرس	۰/۱۱۱	۱	۵۸	۰/۷۴۰
اضطراب	۰/۱۳۰	۱	۵۸	۰/۷۲۰
افسردگی	۰/۲۱۸	۱	۵۸	۰/۶۴۳
حافظه دیداری	۰/۰۲۸	۱	۵۸	۰/۸۶۷
حافظه فوری شنیداری	۰/۱۱۵	۱	۵۸	۰/۷۳۶
حافظه تأخیری شنیداری	۱/۳۰۵	۱	۵۸	۰/۲۵۸

همان‌طور که جدول ۲ نشان می‌دهد پیش‌فرض برابری واریانس‌ها برای تحلیل واریانس چند متغیری رعایت شده است، به این صورت که این آزمون برای هیچ‌کدام از متغیرها معنی‌دار نبود، درنتیجه استفاده از آزمون پارامتریک تحلیل واریانس چند متغیره بلامانع است، همچنین برای بررسی فرض همگنی کوواریانس‌ها از آزمون باکس استفاده شد و نتایج نشان داد که مقدار BOX معنی‌دار نیست (BOX = ۳۱/۵۵۷، f=۱/۳۳۵، p=۰/۱۳۹) و درنتیجه پیش‌فرض تفاوت بین کوواریانس‌ها برقرار است.

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-03-28]

جدول (۳): نتایج آزمون معنی‌داری واریانس چند متغیره

آزمون	ارزش	f	درجه آزادی	درجه خطا	سطح معنی‌داری	مجذوراتا
اثر پیلای	۰/۵۰۹	۹/۱۷۲	۶	۵۳	۰/۰۰۰÷	۰/۵۰۹
لامبدای ویلکز	۰/۴۹۱	۹/۱۷۲	۶	۵۳	۰/۰۰۰	۰/۵۰۹
اثر هتلینگ	۱/۰۳۸	۹/۱۷۲	۶	۵۳	۰/۰۰۰	۰/۵۰۹
بزرگ‌ترین ریشه خطا	۱/۰۳۸	۹/۱۷۲	۶	۵۳	۰/۰۰۰	۰/۵۰۹

با توجه به نتایج ارائه‌شده در جدول ۳ مشاهده می‌شود که اثر کلی گروه معنی‌دار است، چراکه F مربوط به آزمون‌های اثر پیلایی، لامبدای ویلکز، اثر هتلینگ و بزرگ‌ترین ریشه خطا با (۹/۱۷۲) با درجه آزادی ۶ در سطح P≤ ۰/۰۵ معنی‌دار است. یعنی بین دو گروه صرع عمومی و کانونی حداقل در یکی از متغیرهای پژوهشی تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

جهت تعیین اینکه این تأثیر کلی در گروه‌ها و متغیرها وجود دارد، آزمون تحلیل واریانس یک‌راهه انجام گرفت. نتایج تحلیل واریانس یک‌راهه در جدول ۴ ارائه شده است. مطابق مندرجات این جدول چنین استنباط می‌شود که تفاوت گروه‌های موردمطالعه (صرع عمومی و کانونی) در افسردگی، اضطراب، استرس و حافظه دیداری، فوری شنیداری، تأخیری شنیداری در سطح P≤۰/۰۵ معنی‌دار است.

جدول (۴): نتایج آزمون تحلیل واریانس یک‌راهه برای تعیین تفاوت بین گروهی در متغیرهای موردمطالعه

منبع تغییرات	متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	مجذورات اتا
گروه‌ها	استرس	۴۵۳/۷۵۰	۱	۴۵۳/۷۵۰	۳۲/۹۱۲	۰/۰۰۱	۰/۳۵۷
	اضطراب	۴۳۲/۰۱۷	۱	۴۳۲/۰۱۷	۲۸/۰۶۵	۰/۰۰۱	۰/۳۲۶
	افسردگی	۸۱/۶۶۷	۱	۸۱/۶۶۷	۴/۲۷۸	۰/۰۴۳	۰/۰۶۹
	حافظه دیداری	۱۶۶/۶۶۷	۱	۱۶۶/۶۶۷	۴/۲۳۲	۰/۰۶۸	۰/۰۶۸
	حافظه فوری شنیداری	۹۹۰۷/۳۵۰	۱	۹۹۰۷/۳۵۰	۱۱/۵۰۹	۰/۱۶۶	۰/۱۶۶
	حافظه تأخیری شنیداری	۱۸۲۰۰/۴۱۷	۱	۱۸۲۰۰/۴۱۷	۱۹/۴۸۷	۰/۲۵۱	۰/۲۵۱

بحث و نتیجه‌گیری

مشکلات هیجانی و شناختی از مسائل رایج و آزاردهنده برای بیماران مبتلا به صرع است. یافته‌های این پژوهش نشان داد که بین میانگین نمرات حافظه دیداری و شنیداری و نمرات آشفتگی هیجانی در بیماران مبتلا به صرع عمومی و کانونی تفاوت معنی‌دار وجود دارد. بر این اساس عملکرد بیماران مبتلا به صرع کانونی نسبت به صرع عمومی در حوزه‌های شناختی ضعیف‌تر بود و همچنین این بیماران نمرات بالاتری را در آشفتگی هیجانی نشان دادند. نتیجه این پژوهش با نتایج تحقیقات (۵، ۱۳) همسوست. علم نروسایکولوژی امکان بررسی سیستم عصبی و اثر آن بر رفتار را موردبررسی قرار می‌دهد. بنابراین با مشاهده آسیب در سطوح مختلف مغز می‌توان به پایین آمدن عملکرد در کارکردهای ذهنی و رفتاری پی برد. مواجه طولانی‌مدت با فعالیت عصبی غیر نرمال می‌تواند ساختار و عملکرد مغز را تغییر دهد بیماران مبتلا به صرع در مقایسه با گروه سالم در حوزه‌های مختلف حافظه مخصوصاً حافظه کلامی و حافظه غیرکلامی ضعیف‌تر عمل می‌کنند. در بین دو گروه مبتلا به صرع، مشکلات حافظه در اکثر حوزه‌ها عموماً در صرع کانونی نسبت به صرع عمومی بیشتر گزارش شده است. در تبیین این یافته، محققان فرضیه آسیب‌شناسی و انحطاط هیپوکامپ به علت از دست دادن نرون‌ها و جوانه‌ی فیبرها در رابطه با صرع لوب گیجگاهی را مطرح کرده‌اند. یافته‌های اندازه‌گیری ایمونو- هیستوچیمستری نشان می‌دهد که در بیماران مبتلا به صرع کانونی لوب گیجگاهی جوانه فیبرهای خزه مانند که در لایه مولکولی داخلی شکنج دندانه‌دار در هر دو قسمت شکمی و پشتی

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-03-28]

هیپوکامپ قرار دارد، تخریب می‌شود. در بررسی رابطه بین آسیب شناسی حافظه و صرع کانونی، دو نوع آسیب، اسکلروز یا آتروفی هیپوکامپ و تجمع جسم آمیلاز مطرح است. اسکلروز هیپوکامپ شامل گلیوز، از دست دادن نرون‌های هرمی و پراکندگی سلول گرانول و جسم آمیلاز[1] شامل وجود توده شفاف مشتق شده از انحطاط سلول‌های عصبی می‌باشد (۱۲).

در رابطه با آسیب حافظه در بیماران مبتلا به صرع عمومی فرضیه بیشتر در رابطه با آسیب شناسی مناطق پیشانی و پیش پیشانی و همچنین در رابطه با ناکارآمدی تالاموس مطرح شده است. بنابراین در مطالعه حافظه دو گروه مبتلا به صرع عمومی و کانونی بررسی مناطق گیجگاهی و پیشانی به‌تنهایی کافی به نظر نمی‌رسد. بااین‌وجود آتروفی تالاموس در صرع کانونی نیز گزارش شده است. در بررسی حافظه در دو گروه مبتلا به صرع عمومی و کانونی اندازه‌گیری حجمی مربوط به مناطق پیش پیشانی، تالاموس و گیجگاهی و بررسی اینکه آیا کاهش حجمی در این مناطق می‌تواند توضیحی بر این تفاوت باشد یا نه بایستی صورت گیرد (۷). در رابطه با بررسی علل نتایج به‌دست‌آمده در حوزه‌های شناختی در دو گروه مبتلا به صرع عمومی و کانونی نیاز به تحقیقات بیشتر ضروری به نظر می‌رسد.

اکثر مطالعات بر وجود احتمال بیشتر آشفتگی هیجانی در بیماران مبتلا به صرع کانونی مخصوصاً صرع لوب گیجگاهی تأکید دارند هرچند برخی مطالعات نتایج دیگری را نشان دادند (۲۳، ۲۴). نتایج این پژوهش نشان داد که آشفتگی هیجانی در بیماران مبتلا به صرع کانونی نسبت به بیماران مبتلا به صرع عمومی بالاتر است. این یافته با نتایج پژوهش (۲۰, ۲۵) همسو است. در سال‌های اخیر بررسی اختلالات روان‌شناختی با بیماری صرع موردتوجه است. داده‌ها احتمال افزایش آشفتگی هیجانی در بیماران مبتلا به صرع را نشان می‌دهند؛ به‌طوری‌که در افراد مبتلا به صرع این همبودی ۲۰ تا ۴۰ درصد گزارش شده و در برخی موارد تا ۷۰ درصد هم رسیده است (۲۶). افسردگی در بیماران مبتلا به صرع می‌تواند نتیجه فعل‌وانفعالات بین عوامل مختلف مانند، عوامل روانی اجتماعی و عوامل مربوط به بیماری باشد؛ اما تحقیقات اخیر همبودی افسردگی و صرع را به دلیل پاتوژ نیز مشترک آن‌ها می‌داند. احتمال اختلال در میزان سروتونین مغز (۵ هیدروکسی تریپتامین) به‌عنوان یک عامل مشترک بین مکانسیم عمل صرع و افسردگی در نظر گرفته می‌شود. شواهد حاکی از دلالت نقش سرتونین در بیماری صرع است. اثرات ضد تشنجی داروهای ضدافسردگی مانند سیتالپرام در مطالعات فاول[2] (۲۰۰۳) تأیید شده است (۲۷). به‌طوری‌که برای افراد غیر افسرده، دارای تشنجات کنترل‌شده، استفاده از این دارو باعث کاهش میزان فراوانی تشنجات در این بیماران شد. مطالعات مربوط به بیماران مبتلا به صرع لوب گیجگاهی و بیماران افسرده، کاهش اتصال به گیرنده در سرتونین را در مناطق تالاموس، هیپوکامپ، عایق قدامی، کمربند قدامی و هسته رافه نشان داده است. بنابراین در بیماران مبتلا به صرع لوب گیجگاهی همراه با افسردگی تغییرات در سیستم سرتونرژیک نه‌تنها در مناطق مغزی مربوط به بیماری صرع بلکه در سایر مناطقی که درگیر با احساسات و عواطف هستند، مانند آنچه در بیماری افسردگی است، دیده می‌شود (۲۸). فعالیت اپیلپتیک در مناطق معینی از مغز به‌عنوان عامل مستقیم اضطراب مخصوصاً در حملات پانیک تعیین شده است. این باور باعث پذیرش این تئوری است که یک مکانیسم آسیب‌شناسی مشترک بین اضطراب و صرع مخصوصاً در ناحیه آمیگدال مغز وجود دارد. همچنین مکانسیم مؤثر بر حملات صرعی و تغییرات سیستم دوپامینرژیک، سروتونرژیک و نوروآدرنرژیک در بحث آشفتگی‌های هیجانی و صرع مطرح می شود. ازنقطه‌نظر شیمی-عصبی آسیب‌شناسی گاما بوتریک اسید (GABA) نیز عامل مشترک بین صرع و اضطراب است. شایان‌ذکر است که اضطراب در ارتباط با افزایش حملات تشنجی در بیماران مبتلا به صرع کانونی لوب پیشانی، ازجمله کرتکس اوربیتو فرونتال است (۲۶).

امکان تعیین برآورد دقیق از میزان ابتلا به آشفتگی هیجانی در بیماران مبتلا به صرع عمومی و کانونی آسان نیست، چراکه انواع زیادی از عوامل می‌تواند تأثیرگذار باشد. اکثر محققان دخالت لیمبیک را به‌عنوان یک توضیح احتمالی ممکن در بالاتر بودن میزان آشفتگی هیجانی در بیماران مبتلا به صرع کانونی لوب گیجگاهی نسبت به بیماران مبتلا به صرع عمومی مطرح کردند (۲۹). هرچند در برخی مطالعات مانند مطالعه فیلهو[3] (۲۰۱۳)، آشفتگی هیجانی در بیماران مبتلا به صرع میوکلونیک عمومی نسبت به بیماران صرع لوب گیجگاهی بیشتر گزارش شد؛ نتیجه حاصل به دلیل بیشتر بودن میزان تشنجات در آن گروه از بیماران به دست آمد. بنابراین فراوانی حملات تشنجی و تعداد داروهای مصرفی می‌تواند در ارتباط با میزان آشفتگی هیجانی باشد. به‌طورکلی می‌توان نتیجه گرفت که ارتباط بین آشفتگی هیجانی و صرع یک ارتباط یک‌بعدی و ساده نیست بلکه به‌عنوان یک رابطه چندبعدی و پیچیده تعریف می‌شود و بیماری صرع از طرق مختلف می‌تواند در شکل‌گیری آشفتگی هیجانی نقش داشته باشد، بااین‌وجود منطقه اپیلپتیک به‌عنوان یک عامل احتمالی بالقوه

[1]. corpora amylacea
[2]. Favael
[3]. Filho

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-03-28]

تأثیرگذار در رابطه با آشـــفتگی هیجانی در نظر گرفته می‌شـــود. به‌طورکلی بیماران مبتلا به صـــرع کانونی کنترل ضـــعیف‌تری بر حملات تشنجی خود، نسبت به بیماران صرع عمومی دارند (۳۰). علاوه بر این نشانه‌های جسمانی مانند، سرگیجه، غش، بی‌حسی، ترس از دســـت دادن کنترل و پیش‌بینی رویدادهای منفی در این بیماران بیشـــتر دیده می‌شـــود که این عامل می‌تواند تبیینی بر ضعیف‌تر بودن بیماران مبتلا به صرع کانونی در حوزه‌های شناختی و نمرات بالاتر آنان در آشفتگی هیجانی باشد.

پژوهش حاضر جزء معدود پژوهش‌های صورت گرفته در رابطه با شناخت و آشفتگی هیجانی در دو گروه مبتلا به صرع عمومی و کانونی اســـت. برای دســـت یافتن به نتایج قطعی‌تر نیاز به اجرای پژوهش در این حوزه توصـیه می‌شـود. بررسـی ویژگی‌ها و شـرایط متفاوت بالینی و رفتاری موجود در این دو گروه از بیماران مبتلا به صرع در به‌کارگیری فرایندهای درمانی می‌تواند مؤثر باشد، پیشنهاد می‌شـــود در پژوهش های آتی این دو گروه در حوزه های مختلف رفتاری، شخصیتی و شناختی موردمطالعه و بررسی قرار گیرند تا اطلاعات دقیق‌تر و کامل‌تر در تمام حوزه ها به‌منظور ارائه بهتر خدمات به دست آید. همچنین با تهیه نمونه دقیق‌تر می‌توان تأثیر عوامل مختلف مانند سن شروع صرع، داروهای مصرفی، مدت‌زمان ابتلا، دوز دارو های مصـــرفی و نوع دارو های مصـــرفی را نیز در حوزه‌های هیجانی و شناختی موردمطالعه قرار داد. از محدودیت‌های این پژوهش عدم بررســـی تأثیر این عوامل در حوزه شـــناخت و هیجان بیماران بود.

پژوهش حاضر جزء معدود پژوهش‌های صورت گرفته در رابطه با شناخت و آشفتگی هیجانی در دو گروه مبتلا به صرع عمومی و کانونی اســـت. برای دســـت یافتن به نتایج قطعی‌تر نیاز به اجرای پژوهش در این حوزه توصـیه می‌شـود. بررسـی ویژگی‌ها و شـرایط متفاوت بالینی و رفتاری موجود در این دو گروه از بیماران مبتلا به صرع در به‌کارگیری فرایندهای درمانی می‌تواند مؤثر باشد، پیشنهاد می‌شـــود در پژوهش های آتی این دو گروه در حوزه های مختلف رفتاری، شخصیتی و شناختی موردمطالعه و بررسی قرار گیرند تا اطلاعات دقیق‌تر و کامل‌تر در تمام حوزه ها به‌منظور ارائه بهتر خدمات به دست آید. همچنین با تهیه نمونه دقیق‌تر می‌توان تأثیر عوامل مختلف مانند سن شروع صرع، داروهای مصرفی، مدت‌زمان ابتلا، دوز دارو های مصـــرفی و نوع دارو های مصـــرفی را نیز در حوزه‌های هیجانی و شناختی موردمطالعه قرار داد. از محدودیت‌های این پژوهش عدم بررســـی تأثیر این عوامل در حوزه شـــناخت و هیجان بیماران بود.

تشکر و قدردانی

بدین‌وســـیله از تمامی بیماران مبتلا به صـــرع و افرادی که صـــمیمانه در به نتیجه رســـیدن این پژوهش همکاری نمودند به‌خصوص خانم فریبا سلمان اوغلی تشکر و قدردانی می‌گردد.

References:

1. Lopes R, Moeller F, Besson P, Oqez F, Szurhaj, X. Study on the relationships between intrinsic functional connectivity of the default mode network transient epileptic activity. Frontiers Neurol 2014;10(5): 1-16.
2. Schouten A. Lerning and memory of school children with epilepsy: a prospective controlled longitudinal study. J Child Neurol 2002;44(3): 802-11.
3. Zhao F, Kang H, You L, Rastogi P, Venkatesh D, Chandra M. Neuropsychological deficits in temporal lobe epilepsy: A comprehensive review. Ann Indian Acad Neurol 2014;17(4):374–82.
4. Tritz H, Faustman D, Hassse C. Executive deficits ingeneralized and extrafrontal partial epilepsy long versus short seizure- free periods. Epilepsy Behav 2009;14;66-70.
5. Aikia M. Verbal memory in newly diagnosed partial epilepsy. Department of Neurological 2002; 64(5): 1-40.
6. Van Rijckevorsel K. Cognitive problems related to epilepsy syndromes, especially malignant epilepsies. Seizure 2006;15(4):227–34.
7. Hooting K, Malina T, Lindenau M, Benger T. Long-term versus Short-term memory deficits for faces in temporal lobe and generalized epilepsy patients. Int Neuropsychol Soc 2010;11(2): 1-5.
8. Hommet C, Suerwein HC, Toffol DE, Lasonde B. Idiopathic epileptic syndromes And cognation. Neurosci Biobehav 2006;30: 85-96.
9. Zeman A, Gatman M, Kupor N. Epilepsy and memory. Epilepsy J 2012;20(1): 4-10.

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-03-28]

10. Liik M, Vahter L, Grod K, Halder, S. Cognitive profile and depressive sing in patinents with epilepsy. Medicina 2013;49(2): 254-61.
11. Sujoeng U. Cognitive function of idiopathic childhood epilepsy. Department of pediatrics 2012;55(4): 155-63.
12. Aiyer R, Nath J. Mechanism of memory deficit in temporal lobe epilepsy. J Neuroscience 2011;22: 6051-2.
13. Tolsto NV, Koto SV. Cognitive functions in patients with idiopatihic generalized and crytogenic focal epilepsy. Epileptic Disord 2010;10(2): 8-13.
14. Realmuto S, Zummo L, Cerami C, Agro L, Dodich A, Caneesa N. Social cognition dysfunction in patients with epilepsy evidence from patients with temporal lobe and idpiathic generalized epilepsies. Epilepsy Behav 2015;47(5): 98-103.
15. Vasilios K, Kimiskidis K, Valeta T. Epilepsy and anxiety Epidemology, Classification, ariology and treatment. Epileptic Disord 2012;3: 248-56.
16. Macrodimitris S, Wershler J, Hatfield M, Hamilton K. group cognitive behavioral therapy for depressive and anxious symptom in patients with epilecy. Epilepsy Behav 2011;23(1): 33-8.
17. Saygın Gülbahar D, Huseyin Karadeli H, Esenkaya Ö, Emin Ozcan M, Halac G, Asil T. Influences of socio-demographics on depression and anxiety in patients with complex partial and tonic-clonic seizures. Med Glas (Zenica) 2014;11(2):356–60.
18. Marshal L, Rao V. Psychiartic complications in patients with epilepsy. Epilepsy Res 2002: 48(3): 11-33.
19. Vasiliose K, kimiskidis K, Valeata T. Epilepsy and anxiety Epidemology, classification, aetiology, and treatment. Epileptic Disord 2012;3: 248-56.
20. Nenadovic M, Vicintic S, Simonoic P. Anxiety in epileptic patients. Psychiatria Danubin 2011;3(3): 264-9.
21. Abolghasemi, A, Narimani M. Psychological tests. Ardabil: Ardabil entesharat bagherezvan; 2006. P. 43-5.(Persian)
22. Miraghaye A, Moradi A, Hasani J, Rahimi V, Mirzaye J. Compare the performace of the With obsessive-compulsive disorder and post-traumatic steress disorder in verbal and nonverbal memory. J Kermanshah Med 2013;7(1): 34-40. (Persian)
23. Fiordeli E, Begh E, Bgliun C. Epilepsy and psychiatric disturbans. Psychiatry 1999;163(4): 46-50.
24. Swinkel WA, Kuych J, Psychiatric comorbidity in epilepsy. Epilepsia 2005;7: 37-50.
25. Tang, WT, Lu J, Ungavari G, Wong KS, Kwan P. Anxiety symptoms in patients with epilepsy versus generalized epilepsy. J homepage 2014;21(2): 457-60.
26. Filho G. Psychiatric comorbidity in patients with two prototypes of focal versus generaled epilepsy syndroms. J homopage 2013;20: 383-6.
27. Favael E. The anticonvulsant effect of citaloparma as an indirect evidence of serotonergic impairment in human epileptogenesis. Seizure 2003;12(3): 316-8.
28. Lothe A, Hammer A. Comorbidity between temporal lobe epilepsy and depression Brian 2008;131(4): 65-82.
29. Hauser WA, Hesdorfer DC. Depression and epilepsy. Epilepsia 2001;30(2): 7-18.
30. Brandt C. Prevalence of anxity disorders in patients with refractory focal epilepsy a prospective clinic based survey. Epilepsy Behav 2010: 17: 259-63.

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-03-28]

Original Article

COMPARISON OF COGNITIVE PROFILE AND EMOTIONAL DISTRESS IN PATIENTS WITH GENERAL AND FOCAL EPILEPSY

Roghaye Moazaz[1], Mohammad Narimani[2], Nader Hajlo[3], Abbas Abolghasemi[4], Dariush savadi oskoei[5]*

Received: 1 Feb, 2016; Accepted: 5 Apr, 2016

Abstract

Background & Aims: Emotional and cognitive problems are common and annoying problems among patients with epilepsy. This study was carried out with the purpose of examining the cognitive profile and emotional distress of two groups of patients, one with the general and the other with the focal epilepsy.

Materials & Methods: The method used in this study is descriptive, the causal-comparative kind. The statistical population included all the patients, with epilepsy, who referred to neurology specialists' offices in Ardabil city from April to September, 2015. The sample group consisted of 60 patients (30 focal epilepsy cases and 30 general epilepsy cases) across the age range of 13 to 20 years, which was selected as the sample in access. To study the cognitive profile, subjects under study were asked to answer Andre Ray's test for visual memory assessment, and to examine immediate and delayed auditory memory subscales, they were asked to answer the Wechsler Memory Scale. Also, in order to examine the patients' emotional distress, they were asked to answer Lewinda's depression, anxiety and stress scale. Research data were analyzed by the use of descriptive statistics and multivariate analysis (MANOVA).

Results: The results showed that patients with focal epilepsy, compared with the general epilepsy patients, show poorer performance in cognitive abilities related to auditory and visual memory. Also, patients with focal epilepsy display higher emotional distress than patients with general epilepsy.

Conclusion: The results of this study prove that cognitive profile and emotional distress vary among the two groups of patients one with general and the other with focal epilepsy.

Keywords: General epilepsy, Focal epilepsy, Profile of cognitive, Emotional distress

Address: University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran
Tel: +98 9141519794
Email: Narimani@uma.ac.ir

SOURCE: URMIA MED J 2016: 27(4): 344 ISSN: 1027-3727

[1]*PhD Student in Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran*
[2]*Professor, Psychology Department, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran (Corresponding Author)*
[3]*Associate Professor, Psychology Department, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran*
[4] *Professor,* Psychology Department, *University of Guilan, Rasht, Iran*
[5] *Professor of Neurology, Tabriz University of Medical Sciences , Tabriz, Iran*

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-03-28]