

أعراض القلق والإكتئاب لدى عينة من مرضى الصرع في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية والإكلينيكية*

د. أحمد عاطف محمد مصطفى
دكتوراة في علم النفس
أ.د. م منى حسين توفيق صابر
أستاذ الأمراض العصبية المساعد - كلية الطب - جامعة بني سويف
أ.د. نيرمين عبد الوهاب أحمد
أستاذ علم النفس الإكلينيكي - جامعة بني سويف

المُلخَص:

هدفت الدراسة الراهنة إلى تحديد طبيعة العلاقة بين أعراض القلق، والإكتئاب لدى عينة من مرضى الصرع. والتعرف على الفروق بين مرضى الصرع في أعراض القلق، والإكتئاب باختلاف الحالة الإجتماعية، ومعدل تكرار النوبات الصرعية لديهم. حيث قام الباحثين باختبار فروض الدراسة على عينة مقصودة من مرضى الصرع، مكونة من ١٢٢ مُصاباً بالصرع، ولا يعانون من أي اضطرابات عقلية، أشارت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطية متوسطة بين الإصابة بالقلق؛ والإصابة بالإكتئاب لدى مرضى الصرع، ووجود فروق جوهريّة بين مرضى الصرع في أعراض القلق باختلاف الحالة الإجتماعية لصالح المرضى غير المتزوجين. ووجود فروق جوهريّة بين مرضى الصرع في أعراض الإكتئاب باختلاف معدل تكرار النوبات لصالح المرضى الذين تحدث لديهم النوبات بمعدل نوبة واحدة، أو أكثر من نوبة يومياً. والمرضى الذين تحدثت النوبات لديها بمعدل نوبة واحدة، أو أكثر من نوبة أسبوعياً.

الكلمات المفتاحية: القلق، الإكتئاب - مرض الصرع.

* E-mail of the correspondig :jcps@art.bsu.edu.eg

مقدمة:

هدفت الدراسة الحالية إلى استكشاف طبيعة العلاقة بين أعراض القلق، والإكتئاب لدى عينة من مرضى الصرع. والتعرف على الفروق بين مرضى الصرع في أعراض القلق، والإكتئاب باختلاف الحالة الإجتماعية، ومعدل تكرار النوبات الصرعية؛ حيث يعد الصرع أحد أكثر الاضطرابات العصبية إنتشاراً في مرحلة الطفولة، وثاني أكثر الاضطرابات العصبية شيوعاً لدى البالغين بعد الأمراض الدماغية الوعائية، ويتسم الصرع بالنوبات المتكررة التي تُصيب كل من الجنسين في جميع الأعمار، والأعراق، والمجتمعات، ويُعاني منه حوالي ٧٠ مليون شخص في جميع أنحاء العالم، يعيش ٩٠% منهم في البلدان النامية (Sabea & Mohamoud,2018; Kumar, Sarangi, Tripathi, Ramanujam& Gupta,2019; Tan & Kavurmaci,2020; Beghi,2020; Jung,2020).

كما يُعاني مرضى الصرع من زيادة مخاطر الإصابة بالأمراض النفسية المُصاحبة مقارنةً بعمامة السكان، والحالات الطبية غير العصبية، وما يترتب عليها من عواقب جسدية، ونفسية، وإجتماعية تؤثر على جودة حياتهم الصحية، وتعد اضطرابات القلق، والإكتئاب من أكثر الأمراض النفسية المُصاحبة شيوعاً، والأعلى في معدلات الإصابة بين مرضى الصرع مقارنة بعمامة السكان؛ حيث تبلغ معدلات إنتشار القلق، والإكتئاب بين عمامة السكان من ٧% إلى ٢٠%. بينما تصل تلك النسبة من ٢٠% إلى ٥٠% بين مرضى الصرع، وهناك ما يُشير من الأدلة إلى وجود علاقة ارتباطية ثنائية الاتجاه بين الإصابة بالصرع، والإصابة بالاضطرابات النفسية؛ فمرضى الصرع أكثر عرضة للإصابة بالأمراض النفسية المُصاحبة. بينما المصابون بأمراض نفسية أولية مؤكدة أكثر احتمالاً للإصابة بالصرع (Michaelis, Tang, Wagner, Modi, Lafrance Jr, Goldstein, Lundgren, Reuber,2018; Liu, Yin, Fan, Fan, Wu, Shen, Wu & Kuang,2020).

وتعتبر دراسة القلق، والإكتئاب لدى مرضى الصرع من الموضوعات ذات الأهمية في مجال علم النفس الإكلينيكي؛ فقد أشارت بعض الدراسات إلى ارتفاع نسبة التعرض إلى خطر الإنتحار بين مرضى الصرع المُصابين بالأمراض النفسية المُصاحبة للإصابة بالصرع. وارتفاع معدلات الأفكار الإنتحارية بين مرضى الصرع من ٢ إلى ٣ مرات مقارنة بغير المُصابين بالصرع. وزيادة نسبة الإنتحار بينهم لتصل إلى ١٢% مقارنة بعمامة السكان الذين تمثل نسبة الإنتحار بينهم ١%؛ وذلك بسبب ارتفاع معدلات إنتشار الاضطرابات

المزاجية بين مَرَضَى الصَّرَع (Lin& Pakpour,2017; Liu, Chen & Xiao,2020; Kuteesa, Abbo& Muhwezi,2020).

وقد أظهرت دراسة مسحية أن أكثر من نصف المُصابين بالصَّرَع قد تعرَّضوا للخوف، والإكتئاب، أو الحزن كرد فعل أولي عند بداية تشخيصهم بالإصابة بالصَّرَع، وأن رُبعم كانوا مهمومين بالوصمة الإجتماعية، بالإضافة إلى مخاوفهم من ردود أفعال الآخرين التي - غالباً - تؤدي إلى شعورهم بالخجل، والوحدة، وقد تساهم الأمراض النفسية المُصاحبة مثل القلق، والإكتئاب في زيادة الوصمة الإجتماعية لدى مَرَضَى الصَّرَع، وتؤدي بهم إلى تبني استراتيجيات التراجع، والتكتم التي لها تأثير سلبي على جودة حياتهم، وتُعزز شعورهم بالوصمة الإجتماعية المُرتبطة بالتوتر، وتدني تقدير الذات، وانخفاض الكفاءة الذاتية، وسوء العلاقات الإجتماعية، والبطالة، وضعف الالتزام بتناول الأدوية؛ ولذلك يجب ألا تقتصر معالجة مَرَضَى الصَّرَع على التقليل من النوبات فقط، وإنما يجب أن يشمل العلاج - أيضاً - التخفيف من الأمراض النفسية المُصاحبة للصَّرَع مثل القلق، والإكتئاب (Kanner,2016; Leoa, Citraro, Tallarico, Iannone, Fedosova, Nesci, Sarro, Sarkisova & Russo,2019; Blixen, Ogede, Briggs, Aebi, Burant, Wilson, Terashima & Sajatovic, 2020).

تساؤلات الدراسة: -

يُمكن صياغة تساؤلات الدراسة الحالية في الآتي: -

- (١) هل تُوجد علاقة ارتباطية بين أعراض القلق، والإكتئاب لدى مَرَضَى الصَّرَع؟
- (٢) هل تُوجد فروق جوهريّة بين مَرَضَى الصَّرَع في أعراض القلق باختلاف الحالة الإجتماعية؟
- (٣) هل تُوجد فروق جوهريّة بين مَرَضَى الصَّرَع في أعراض الإكتئاب باختلاف معدل تكرار النوبات؟

أهداف الدراسة: -

يُمكن إجمال أهداف الدراسة الحالية في الآتي: -

- (١) التعرف على طبيعة العلاقة بين أعراض القلق، والإكتئاب لدى مَرَضَى الصَّرَع.

(٢) التعرف على الفروق بين مرضى الصرع في أعراض القلق باختلاف الحالة الإجتماعية.

(٣) التعرف على الفروق بين مرضى الصرع في أعراض الإكتئاب باختلاف معدل تكرار النوبات.

أهمية الدراسة: -

تتمثل الأهمية النظرية، والتطبيقية للدراسة الحالية فيما يلي: -

(١) الاستفادة من نتائج الدراسة في إعداد البرامج الإرشادية الوقائية الموجهة لأسر مرضى الصرع، ولمرضى الصرع أنفسهم على وجه الخصوص.

(٢) إثراء المكتبة العربية بمقاييس لقياس مفهوم القلق، والإكتئاب لدى مرضى الصرع على وجه التحديد.

(٣) محاولة علمية لسدّ النقص في الاهتمام بمنعيرات الدراسة الحالية، والوقوف على شبكة العلاقات بينها في البيئة العربية.

مفاهيم الدراسة والأطر النظرية المفسرة لها: -

أولاً: تعريف القلق: -

يُعرف القلق بأنه اضطراب نفسيّ مُنهك يَتميز بمجموعة واسعة من الأعراض المعرفية، والجسدية، ويُعاني المصابون به من مشكلات طبية مُتنوعة مدى حياتهم بنسبة كبيرة. (Meuret, Tunnell & Roque,2020)

يُعرف القلق العام وفقاً للدليل التشخيصي، والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية بأنه شعور دائم بالخوف المفرط، والتوتر الزائد لمدة ستة أشهر على الأقل مع وجود ثلاثة، أو أكثر من الأعراض التالية: الأرق، والتعب، ومشكلات التركيز، والقابلية للإستثارة، وتوتر العضلات، ومشكلات النوم.

ووفقاً للتصنيف الدولي للأمراض "المراجعة العاشرة"، يتطلب تشخيص القلق وجود عرض جسدي واحد على الأقل، مثل: خفقان القلب، وصعوبة التنفس، والغثيان، أو التلبك المعوي، والدوار، وفقدان الإحساس (Ridley, Rao, Schilbach & Patel,2020).

النظريات المُفسرة للقلق لدى مَرَضَى الصَّرَع: -

النَّظَرِيَّة العَصَبِيَّة البِيُولُوجِيَّة^١:-

تقوم هذه النَّظَرِيَّة عَلَى أساس التَّكامل بين كُل من الجَانِب العَصَبِي الكِيمِيائي، والجَانِب العَصَبِي التَّشْرِيحي؛ لتفسير أَسْبَاب إنتِشَار إضْطِرَابَات القَلْق لدى مَرَضَى الصَّرَع، ويُركِز الجَانِب العَصَبِي الكِيمِيائي للنَّظَرِيَّة عَلَى الاختلالات في أنظمة النَّاقِلَات العَصَبِيَّة (السيروتونين، والنور أدرينالين، والدوبامين، وجابا)، وبصفة خَاصَّة في الجهاز الخُوفي، وخصوصاً الجِسم اللُوزي؛ حيث إن اختلال تَوَازُن السيروتونين - عَالِباً - ما يَرتبِط بِكُل من: إضْطِرَابَات الصَّرَع، والقَلْق، كما يَلعب النِّظام الدُوباميني دَوْرًا في بَادئَة نشاط الاضْطِرَام^٢ في مَراكِز المُخ، وتكوين الإضْطِرَابَات الانفعالية بما فيها إضْطِرَابَات القَلْق، كما أن وجود أي خَلل في النَّاقِل العَصَبِي المُثبِط جابا، هَذَا النَّاقِل العَصَبِي الرَّئِيسِي في الجهاز العَصَبِي المَركِزي؛ رُبما يَكُون مَسْؤُولًا عَن إنتِشَار إضْطِرَابَات القَلْق لدى مَرَضَى الصَّرَع، بينما يُركِز الجَانِب العَصَبِي التَّشْرِيحي للنَّظَرِيَّة عَلَى دور النُّوَاة اللوزية، والنُّوَاة المَركِزية، وقرن آمون؛ في إنتِشَار إضْطِرَاب الخُوف، والقَلْق لدى مَرَضَى الصَّرَع، وهُنَاكَ الكَثِير من الأدلة التَّجريبية، والإكلينيكية الَّتِي تُوكِد عَلَى أَهْمِيَّة كُل من اللوزة المُخية، والنويات المَركِزية عَلَى وجه التَّحديد؛ في حُدُوث الخُوف، والقَلْق لدى مَرَضَى الصَّرَع؛ حيث يَعمل التَّحْفِيز المُتَكَرِّر لهذه المَنطِقة خِلال مَسَار نُّوَبَات صَّرَع الفص الصَّدغي عَلَى زيَادَة إسْتِثَارَة هذه المَنطِقة الَّتِي تَتَجَلَى في أَعْرَاض إضْطِرَابَات القَلْق، ومن النَّاحِيَةِ الإكلينيكية، فإن التَّحْفِيز الكِهْرِبَائِي المَبَاشِر لِلجُزء الأيْمَن من اللوزة المُخية يُثير المَشَاعِر السَّلْبِيَّة لدى الفَرد مِثْل الخُوف، والقَلْق، والحُزن، بينما تَحْفِيز الجُزء الأيسر من اللوزة؛ قد يُؤدِي إِلَى إثَارَة المَشَاعِر السَّارَة، أو غير السَّارَة لدى الفَرد، كما تَفترض هذه النَّظَرِيَّة أن اختلاف حَجم اللوزة المُخية بِشَقِيهَا الأيْمَن، والأيسر؛ يَعمَل سَبِيلًا لِمُعَالَجَة المَعْلُومَات الإنْفِعَالِيَّة لدى الفَرد فَعَلَى سَبِيل المِثَال يَرتبِط القَلْق الرُّهَابِي بِزيَادَة حَجم اللوزة، بينما يَرتبِط القَلْق الذُّهَانِي، وسُرْعَة الإنْفِعَال، والعُدوانية؛ بانخِفاض حَجم اللوزة (Kimiskidis & Valeta, 2012; Kwon & Park, 2014; Avedisova & et al, 2020).

¹ The Neurobiological Theory

² Kindling

النظرية النفسية الدينامية¹:-

تستند النظرية النفسية الدينامية على آراء علماء النفس حول دور العوامل النفسية في إحداث التوبات الصرعية، ويعتبر كل من: القلق، والإجهاد أحد أهم هذه العوامل المثيرة للتوبات الصرعية، وترى نظرية فرويد للتخليل النفسي أن القلق ما هو إلا رد فعل لمثير واقعي في البيئة الخارجية يدركها الأنا على نحو مهدد وخطير، وتكون وظيفة القلق هنا بمثابة إعداد الفرد لتجنب هذا الخطر، وحماية الأنا من هذا التهديد سواء بالقضاء عليه، أو بتجنبه، أو بإتباع أساليب دفاعية إزاءه، وترى النظرية النفسية الدينامية أن الصراعات اللاشعورية التي لا يمكن تجاوزها نفسياً؛ تؤدي إلى مزيد من القلق، والتوتر اللذان قد يؤديا إلى مزيد من التوبات الصرعية. ومن المهم في المجال الإكلينيكي التفريق بين توبات الصرع العضوي²، وتوبات الصرع نفسية المنشأ³، والتوبات غير الصرعية⁴ (Kimiskidis & et al,2012).

ثانياً: تعريف الإكتئاب:-

يُعرف الإكتئاب الرئيسي وفقاً للدليل التشخيصي، والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية بأنه مجموعة الأعراض المتضمنة تغيرات في الوظيفة النفسية الحركية، وفقدان الوزن، وزيادة النوم، أو الأرق، وقلة الشهية، والتعب، وصعوبة التركيز، والشعور المفرط بالدنّب، أو بالدونية، والتفكير في الإنتحار (Ridley & et al,2020).

ويُعرف الإكتئاب طبقاً لتعريف جمعية علم النفس الأمريكية بأنه أكثر الاضطرابات النفسية شيوعاً، وهو أكثر من مجرد الشعور بالحزن، ويعاني المصابون به من فقدان الاهتمام، والمتعة أثناء ممارسة أنشطة الحياة اليومية، وزيادة، أو خسارة الوزن بصورة ملحوظة، والأرق، أو النوم المفرط، ونقص الطاقة، وعدم القدرة على التركيز. والشعور المفرط بالدنّب، أو بالدونية، والأفكار المتكررة عن الموت، أو الإنتحار (<https://www.apa.org/topics/depression>).

1 The Psychodynamic Theory

2 Pure Organic Epileptic Seizures

3 Psychologically Produced Epileptic Seizures

4 Nonepileptic Seizures

النظريات المُفسرة للإكتئاب لدى مَرَضَى الصَّرَع: -

النظريّة العصبية الحيويّة: -

تؤكد هذه النظريّة على وجود علاقة ارتباطيّة ثنائية الاتجاه بين كل من الإصابة بالصَّرَع، والإكتئاب، وتفترض وجود آليات عصبية بيولوجية مشتركة تشرح هذه العلاقة الثنائية؛ حيث تُوجد بعض العوامل المشتركة بينهم؛ والمؤدية إلى الإصابة بأي من المَرَضين، فوجود أحد الاضطرابين لدى الشَّخص؛ قد يكون عاملاً مهماً في إصابته بالاضطراب الآخر، ومن هذه العوامل: حدوث نشاط غير طبيعي، وتغيّرات في بعض النواقل العصبية في الدِّماغ مثل: الأمينات الحيوية، وجابا، والسيروتونين، والدوبامين، والنورأدرينالين، والغلوتامات، بالإضافة إلى وجود اختلالات في وظائف الفص الجبهيّ، وانخفاض النشاط الأيضي لدى كل من مَرَضَى الصَّرَع، والإكتئاب مجهول السبب، ووجود بعض التغيّرات التركيبية، والاختلالات الوظيفية في كل من: الفص الصدغي، والفص الجبهيّ، واللوزة المخية، وقرن آمون، والقشرة المخية الأنفية الداخلية^١، كما أن الإصابة بصَّرَع الفص الصدغي الأيسر؛ تؤدي إلى انخفاض النشاط في الفصوص الأمامية؛ مما يؤدي إلى الإصابة بالإكتئاب داخلي المنشأ، فمَرَضَى النَّوبات الجزئية المركبة، أو الصَّرَع البُوريّ، وبالتحديد صَّرَع التصلُّب الصدغي الأوسط^٢، يكونوا أكثر احتمالاً للإصابة بالإكتئاب، وقد تم تأكيد العلاقة بين اختلال وظائف الفص الجبهيّ، والإكتئاب، والإصابة بصَّرَع الفص الصدغي باستخدام تقنيات تصوير الدِّماغ، وبعض الاختبارات النفسية العصبية (Mula & Schmitz, 2009; Mufaddel, 2014; Tombini, Assenza, Quintiliani, Ricci, Lanzone, Ulivi & Di Lazzaro, 2020).

نموذج الشبكة المعرفية للإكتئاب لدى مَرَضَى الصَّرَع^٣: -

يرى هذا النموذج أن الأعراض الإكتئابية في مَرَض الصَّرَع قد تكون ناتجة عن وجود خلل في نفس الشبكة العصبية المعرفية المتسببة في حدوث الإكتئاب بشكل عام، وأن مَرَضَى الصَّرَع المُصابين بالإكتئاب، يُظهرون خللاً في الشبكة العصبية المعرفية يتجاوز ما يتم مشاهدته في الإصابة بالصَّرَع بمفرده، ويؤكد هذا النموذج على أن كل من: مدى اضطراب الشبكة العصبية الذي يتضح من خلال أشعة التصوير المقطعي البوزيتروني، وأشعة الرنين المغناطيسي، والعوامل الإكلينيكية مثل العمر عند بداية ظهور النَّوبات؛ قد

1 Entorhinal Cortex

2 Mesial Temporal Sclerosis

3 Cognitive Network Model of Depression in Epilepsy

يؤثران على مدى مساهمة الشبكة المعرفية في ظهور الأعراض الإكتيائية لدى مرضى الصرع، ويثير احتمالية أن بعض الحالات التي لديها خلل في الإدراك، وأعراض اكتتابيه؛ قد تنشأ لديها النوبات بشكل مستقل عن نفس اضطراب الشبكة المعرفية الأساسية، وهو ما أكده كل من بيرغ، ويلسون، وباكسيندل أن السمات السلوكية المرتبطة بالصرع البؤري؛ قد تكون مظاهر أولية للمرض في بعض الحالات، وليست بسبب الآثار المباشرة لكل من: الأمراض العامة، أو النوبات، أو الأدوية المضادة للصرع، أو غيرها من الأسباب، ويشير هذا النموذج إلى دور الاختلالات النفسية، والمعرفية في خفض عتبة النوبات. ودور النوبات المتكررة في زيادة حدة التدهور في التكامل المعرفي، لدى مرضى الصرع، بالرغم من أن السمة الأساسية لمرض الصرع تتمثل في الحالة الانتيابية للنوبات، ويؤكد أيضاً هذا النموذج على دور آلية الشبكة المشتركة في احتمالية تفسير الاضطرابات المعرفية، أو السلوكية المتكررة، التي تحدث في الفترة الزمنية بين النوبات الصرعية التي قد تكون أكثر إنهاكاً من النوبات نفسها، وتفسير الأعراض المعرفية، والسلوكية التي تظهر قبل بداية النوبات. وتحديد كيفية التغيرات التي تحدث في الشبكة العصبية المعرفية في مرض الصرع متضمنة تحديد التغيرات في الشبكات المعرفية، المتعلقة بالحالة المزاجية في الفترة الزمنية التي تسبق حدوث النوبات الصرعية التي تعد من السمات الجوهرية المميزة لمرض الصرع (Rayner,2017).

ثالثاً: مرض الصرع :-

تُعرف منظمة الصحة العالمية الصرع بأنه اضطراب مزمن يُصيب الدماغ، ويتأثر به الأشخاص في جميع أنحاء العالم، ويتميز بنوبات متكررة، عبارة عن نوبات وجيزة من الحركة اللاإرادية التي قد تخص جزءاً من الجسم (جزئية)، أو الجسم كله (عامة)، ويصاحبها - أحياناً - فقدان للوعي، والتحكم في وظائف الأمعاء، أو المثانة

<https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/epilepsy>

ويُعرف الصرع طبقاً للرابطة الدولية لمكافحة الصرع بأنه اضطراب عصبي من اضطرابات الدماغ التي تتميز بالاستمرارية، والقابلية لإنتاج نوبات صرعية (Tombini& et al,2020).

أسباب الصرع: -

يتميز مرض الصرع بالتوبات المتكررة، ويعاني أكثر من ١٠% من السكان من نوبة صرعية واحدة على الأقل في حياتهم، ولكن حوالي ٢% منهم فقط هم من يُصابون بالصرع، وتُوجد عديد من الأسباب للإصابة بالتوبات الصرعية التي تتضمن أسباباً هيكلية، وحيوية، ومعدية^١، وأيضية، ومناعية، أو مسببات غير معروفة، ومن بين هذه المسببات، التصلب الصدغي الأوسط^٢، والخلل القشري البؤري^٣، والورم الكهفي^٤، والأورام المرتبطة بالصرع مثل: الورم العصبي الدبقي العقدي^٥، أو الاضطرابات مثل: التصلب الدرني^٦. كما تشمل أسباب الإصابة بالصرع على التعرض للإيذاء أثناء الولادة، وإصابات الدماغ الرضية، وعدوى الدماغ مثل (التهاب السحايا، أو التهاب الدماغ)، والسكتة الدماغية. وتشير التقديرات إلى أن ٢٥% من أسباب الإصابة بالصرع يمكننا الوقاية منها إذا تم تقديم تدخلات فعالة للوقاية من الصرع كجزء من الاستجابات الصحية العامة الأوسع نطاقاً في مجالات الرعاية الصحية للأمهات، وحديثي الولادة، ومكافحة الأمراض السارية، والوقاية من الإصابات، وصحة الأوعية الدموية (Secco,2020; Martínez, Isla, Márquez, Ventura, Naranjo, Sanchez, Portillo Conesa & BAJAÑA,2020; Patel& Moshé,2020).

الدراسات، والبحوث السابقة: -

يعرض الباحثين في هذا الجزء أهم البحوث، والدراسات التي تناولت الفلق، والإكتئاب لدى مرضى الصرع على النحو التالي: -

في نطاق تلك الدراسات قام فام وساورو وباتين وويب وفيست وبولك وجيتي (Pham, Sauro, Patten, Wiebe, Fiest, Bulloch& Jetté,2017) دراسة بهدف معرفة، وتقدير مدى انتشار اضطراب الفلق لدى مرضى الصرع، وتحديد العوامل المرتبطة به، وتكونت عينة هذه الدراسة من ٢٥٠ مريضاً بالصرع، وتكونت أدوات هذه الدراسة من مقياس الفلق، والإكتئاب في المستشفى^٧، واستبانة صحة المريض ذات البؤد التسعة، والمقياس الكلي لتقييم شدة الصرع^٨، والمقياس الكلي لتقييم الإعاقة^١، ومقياس جودة الحياة "النسخة المختصرة"^٢،

¹ Infectious

² Mesial Temporal Sclerosis

³ Focal Cortical Dysplasia

⁴ Cavernoma

⁵ Ganglioglioma

⁶ Tuberos Sclerosis

⁷ Hospital Anxiety and Depression Scale

⁸ The Global Assessment of Epilepsy Severity Scale (GASE)

أعراض القلق والإكتئاب لدى عينة من مرضى الصرع في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية والإكلينيكية

وقد أشارت نتائج هذه الدراسة إلى شيوع، وانتشار اضطرابات القلق لدى ٤٠% من المشاركين في هذه الدراسة، والإكتئاب لدى ٢٤,١%، والقلق، والإكتئاب معاً لدى ٤٣,٥٩% من عينة الدراسة، كما أشارت إلى وجود علاقة ارتباطية بين ارتفاع المستوى التعليمي لدى مرضى الصرع؛ وانخفاض نسبة القلق لديهم، ووجود علاقة ارتباطية بين الإصابة بالقلق؛ وكل من شدة الصرع، ودرجة الإعاقة المرتبطة بالنوبات الصرعية، والآثار الجانبية للأدوية المضادة للصرع، وانخفاض جودة الحياة لديهم، ووجود علاقة ارتباطية بين زيادة احتمالات الإصابة بالقلق؛ وكل من الإصابة بالإكتئاب، والآثار الجانبية للأدوية المضادة للصرع، والتدخين، وتعاطي العقاقير المحظورة^٣، كما أوضحت النتائج عدم وجود علاقة ارتباطية بين الإصابة بالقلق، وكل من النوع، والحالة الوظيفية، وتعاطي الكحول، ونوع النوبات الصرعية.

كما قام، جبور- بوكوروف ونيكولاسفيتش وهاجر وزيفانوفيتش وإغنايوفيتش (Gebauer-Bukurov, Nikolasevic, Hajder, Zivanovic & Ignjatovic, 2019) بإجراء دراسة بهدف معرفة، ومقارنة مستويات القلق، والإكتئاب لدى المراهقين من مرضى الصرع، والأصحاء، وتحديد العلاقة بين درجات القلق، والإكتئاب، وبعض متغيرات الصرع، وتكونت عينة هذه الدراسة من ١٥٠ مراهق، تم تقسيمهم إلى مجموعتين: إحداهما تجريبية مكونة من ٩٠ مصاباً بالصرع، ومجموعة أخرى ضابطة مكونة من ٦٠ مراهقاً من الأصحاء، وتكونت أدوات هذه الدراسة من مقياس بيك للإكتئاب، ومقياس القلق كحالة - كسمة، وقد أشارت نتائج هذه الدراسة إلى انتشار الإكتئاب الخفيف إلى المتوسط لدى ٢٣,٣% من مجموعة مرضى الصرع، ولدى ٨,٣% من مجموعة الأصحاء، وارتفاع درجات الإكتئاب، والقلق كحالة، وكسمة لدى مرضى الصرع مقارنة بالأصحاء، كما أوضحت النتائج وجود علاقة ارتباطية موجبة بين القلق؛ والإكتئاب في مجموعة المرضى، ومجموعة الأصحاء، ووجود علاقة ارتباطية بين ارتفاع مستويات القلق، والإكتئاب؛ وكل من زيادة معدل تكرار النوبات، ومسيبات الإصابة بالصرع، والعلاج المتعدد "تناول أكثر من نوع من مضادات الصرع".

كما قام كل من دابله وجونيجا وسينغ وباللا (Dabla, Juneja, Singh & Bala, 2020) بإجراء دراسة بهدف معرفة، وتحديد معدل انتشار كل من القلق، والإكتئاب، والتفكير

¹ The Global Assessment of Disability Scale (GADS)

² Quality of Life Assessment Using the Short Form-12 (SF-12)

³ Illicit Drug

الإنتحاري، والسُّلوك الإنتحاري لدى مَرَضَى الصَّرَع، وتكونت عَيِّنة هذه الدِّراسة من ١٠٠ مُصابٍ بالصَّرَع، وتكونت أدوات هذه الدِّراسة من مِقياس القَلَق، والإكْتئاب في المُستَشْفَى، ومِقياس كُولومبيا لتَصنيف دَرَجة خُطورة الإنتحار^١، وقد أَوْضَحَت نَتائِج هذه الدِّراسة أن مُعدلات إنتِشار الإكْتئاب بين مَرَضَى الصَّرَع كانت بنِسبة ٦٠%، بينما كانت مُعدلات إنتِشار القَلَق بنِسبة ٧٠%، والأفكار الإنتحاريَّة بنِسبة ٤٢%، والسُّلوك الإنتحاري بنِسبة ٣% بين مَرَضَى الصَّرَع، وأشارت النَتائِج إلى وجود عَلاقة ارتباطيَّة مُوجبة بين الإِصابة بهذه الأَمراض النَّفسيَّة المُصاحبة؛ وكُل من: النَّوع في اتِجاه الإِناث، والمُدَّة الأطول للإِصابة بالصَّرَع، وزيادة مُعدل تَكَرُّر النَّوبات، والإِصابة بصَّرَع الفِص الصدغي، والصَّرَع غير المُنضَبط، والصَّرَع المُقاوم للأدوية^٢، وتناول أَكثَر من نُوع من الأدوية المُضادة للصَّرَع^٣، كما أشارت النَتائِج إلى ارتفاع مُعدلات القَلَق، والإكْتئاب لدى مَرَضَى صَّرَع الفِص الصدغي مُقارنة بغيرهم من غير مَرَضَى صَّرَع الفِص الصدغي.

تَعقيب على الدِّراسات، والبُحوث السَّابِقة: -

- (١) اعتمدت البُحوث، والدِّراسات السَّابِقة التي أُطِّع عليها البَاحِثين على استخدام مَقياس لقياس القَلَق، والإكْتئاب بِشَكل عام، ولا تُوجد من بينها دِّراسات، أو بُحوث قامَت بإِعداد، أو استخدام مَقياس تَقْييم بُنودها القَلَق، والإكْتئاب المُرتبط بالإِصابة بالصَّرَع على وَجِه التَّحديد.
- (٢) أشارت بَعض الدِّراسات، والبُحوث السَّابِقة إلى وجود عَلاقة ارتباطيَّة ثنائِيَّة الاتِجاه بين الإِصابة بالقَلَق، والإِصابة بالإكْتئاب لدى مَرَضَى الصَّرَع.
- (٣) اِهْتَمَّت بَعض الدِّراسات، والبُحوث السَّابِقة بإِجراء مُقارنات بين مَرَضَى الصَّرَع، والأَصِحَّاء في مُعدلات إنتِشار الإِصابة بالقَلَق، والإكْتئاب بِشَكل عام بدلاً من التَّركيز على دِراسة القَلَق، والإكْتئاب المُرتبط بمرض الصَّرَع بين مَرَضَى الصَّرَع على وَجِه الخُصوص
- (٤) اتفقت مُعظم الدِّراسات، والبُحوث السَّابِقة على ارتفاع مُستويات القَلَق، والإكْتئاب لدى مَرَضَى الصَّرَع، وبصفة خاصَّة مَرَضَى الصَّرَع البُوري.

فُروض الدِّراسة: -

- (١) تُوجد عَلاقة ارتباطيَّة بين أعراض القَلَق، والإكْتئاب لدى مَرَضَى الصَّرَع.
- (٢) تُوجد فُرُوق جَوهرِيَّة بين مَرَضَى الصَّرَع في أعراض القَلَق باختِلاف الحَالة الإِجتماعيَّة.

¹ Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS) Questionnaire

² Drug Resistant Epilepsy

³ Polytherapy

أعراض القلق والإكتئاب لدى عينة من مرضى الصرع في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية والإكلينيكية

٣) تُوجد فروق جوهريّة بين مرضى الصرع في أعراض الإكتئاب باختلاف معدل تكرار النوبات.

المنهج والإجراءات: -

اعتمدت الدّراسة الحاليّة على المنهج الوصفي الارتباطي المقارن؛ حيثُ تمت دِراسة العَلاقة بين أعراض القلق، والإكتئاب لدى مرضى الصرع، والتعرّف على الفروق بين مرضى الصرع في أعراض القلق، والإكتئاب باختلاف الحالة الإجتماعيّة، ومعدل تكرار النوبات الصرعية لديهم.

عينة الدّراسة: -

تكونت عينة الدّراسة الحاليّة من ١٢٢ من المُصابين بالصرع مُقسمين إلى (٥١) من الذُكور، و(٧١) من الإناث بمتوسط عُمر ٣١,٥١ سنة، وانحراف معياري ٨,٩١ سنوات، ومتوسط عُمر عند إصابتهم بالنوبات ١٧,٠ سنة، بانحراف معياري ٩,١٩ سنوات تم الحُصول عليهم جميعاً من خلال مُنتديات دعم، ومُساندة مرضى الصرع عبر شبكة الإنترنت.

جدول (١) توصيف لعينة الدّراسة ن=١٢٢

م	المتغيرات		نُكُور		إناث	
	النوع		النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار
١	النوع		٤١,٨%	٥١	٥٨,٢%	٧١
٢	الحالة الإجتماعيّة		٥٦,٩%	٢٩	٤٥,١%	٣٢
	مُتزوجين		٤١,٢%	٢١	٥٣,٥%	٣٨
	غير مُتزوجين		٢,٠%	١	١,٤%	١
٣	المُسئوى التعلّيمي		٢,٠%	١	١,٤%	١
	أقل من المتوسط (ابتدائي- أعدادي)		٣٥,٣%	١٨	٣٦,٦%	٢٦
	متوسط (ثانوي)		٢٥,٥%	١٣	١٥,٥%	١١
	فوق متوسط (معاهد)		٣١,٤%	١٦	٣٢,٤%	٢٣
	جامعي (كليات)		٥,٩%	٣	١٤,١%	١٠
٤	نوع النوبات		٥٢,٩%	٢٧	٣١,٠%	٢٢
	عامة		١٧,٦%	٩	٣٣,٨%	٢٤
	جزئية					

م	المتغيرات		نكور		إناث	
	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار
٥	تكرار التوبات		عامة وجزئية معاً			
		أكثر من أو يساوي توبة يومياً	٢٩,٤%	١٥	١٤,١%	١٠
		أكثر من أو يساوي توبة أسبوعياً	١٥,٧%	٨	١٥,٥%	١١
		أكثر من أو يساوي توبة شهرياً	٢٥,٥%	١٣	٣٢,٤%	٢٣
		أكثر من أو يساوي توبة سنوياً	٥٦,٩%	٢٩	٣٨,٠%	٢٧
٦	عدد الأدوية المضادة للصرع		بدون			
		نوع واحد ^١	٣,٩%	٢	٤٦,٥%	٣٣
		نوعين أو أكثر ^٢	٤٩%	٢٥	٥٠,٧%	٣٦
٧	عدد الأمراض المزمنة الأخرى		لا يوجد			
		مرض واحد	٩٤,١%	٤٨	٩٠,١%	٦٤
		أكثر من مرض	٥,٩%	٣	٥,٦%	٤
٨	التاريخ العائلي للإصابة بالصرع		لا يوجد			
		يوجد	١٥,٧%	٨	١٩,٧%	١٤
		لا يوجد	٨٤,٣%	٤٣	٨٠,٣%	٥٧
٩	الأبناء المصابين بالصرع		يوجد			
		لا يوجد	٣,٩%	٢	١,٤%	١
		٩٦,١%	٤٩	٩٨,٦%	٧٠	

ثالثاً أدوات الدراسة: -

قام الباحثين باستخدام الأدوات التالية لتحديد العلاقة بين أعراض القلق، والاكتئاب لدى مرضى الصرع: -

١. مقياس القلق لدى مرضى الصرع (من إعداد الباحثين).
٢. مقياس الاكتئاب لدى مرضى الصرع (من إعداد الباحثين).

¹ Monotherapy

² polytherapy

أ. مقياس القلق لدى مرضى الصرع: -

*تكوين المقياس: -

إتبع الباحثين الخطوات الآتية لإعداد، وتصميم هذا المقياس: -

١. قام الباحثين بإعداد الصورة المبدئية للمقياس الذي تكون من ٢٦ بنداً، وتقع الإجابة على تلك البنود في خمس مستويات وهي (تنطبق عليّ بدرجة كبيرة جداً، تنطبق عليّ بدرجة كبيرة، تنطبق عليّ بدرجة متوسطة، تنطبق عليّ بدرجة قليلة، لا تنطبق عليّ).

٢. تم عرض الصورة المبدئية للمقياس على مجموعة من المحكمين بلغت ٦ محكمين^١ من أعضاء هيئة التدريس بأقسام علم النفس بكلّيات الآداب، والتربية ببعض الجامعات المصرية، وقد احتوت على الهدف من المقياس، والتعريف الإجرائي لأعراض القلق لدى مرضى الصرع.

٣. قام الباحثين بإجراء التعديلات على الصورة المبدئية للمقياس، بالإبقاء على ٢٦ بنداً من المقياس، وإضافة ٤ بنود أخرى مقسمين إلى (بندين للذكور، وبندين للإناث)، وذلك بعد إشارة بعض المحكمين بضرورة وجود مقياس خاص بالذكور، ومقياس خاص بالإناث تناسب بنودهما طبيعة العينة من الذكور، والإناث كل على حدة؛ ليصبح المقياس مكوناً من ٢٨ بنداً للذكور، و ٢٨ بنداً للإناث بعد أن كان مقياساً واحداً مكوناً من ٢٦ بنداً، وذلك بعد إجراء التعديلات في الصياغة اللغوية.

٤. قام الباحثين بإعداد الصورة النهائية للمقياس بعد الانتهاء من إجراءات الكفاءة السيكومترية للمقياس كالتالي: -

^١ قائمة بأسماء السادة المحكمين: -

١. بديرية كمال أحمد - أستاذ علم النفس - كلية الآداب - جامعة المنصورة.
٢. سناء حامد عبد السلام أستاذة الصحة النفسية - كلية التربية - جامعة دمياط.
٣. علي علي مفتاح - أستاذ علم النفس - كلية الآداب - جامعة بنها.
٤. نرمين عبد الوهاب أحمد - أستاذ علم النفس - كلية الآداب - جامعة بني سويف.
٥. هشام عبد الحميد ثهامي - أستاذ علم النفس - كلية الآداب - جامعة بني سويف.
٦. ولأء بدوي محمد - أستاذ علم النفس المساعد - كلية الآداب - جامعة المنوفية.

*الكفاءة السيكومترية للمقياس :-

* صدق المقياس :-

* الصدق الظاهري :-

تم التأكد من الصدق التمييزي لمقياس أعراض القلق من خلال المقارنة الطرفية بين درجات الرباعي الأعلى، ودرجات الرباعي الأدنى في أعراض القلق، وذلك باستخدام الدلالة الإحصائية للفروق بين متوسطات الرتب عن طريق اختبار مان وتني، وقد بلغ حجم عينتي درجات المقارنة الطرفية ٢٤ مريضاً مقسمين إلى (١٢ مشاركاً للربع الأدنى، و١٢ مشاركاً للربع الأعلى) بالنسبة للذكور، بينما بلغ حجم عينتي درجات المقارنة الطرفية ٣٢ مريضاً مقسمين إلى (١٥ مشاركاً للربع الأدنى، و١٧ مشاركاً للربع الأعلى) بالنسبة للإناث، وأوضحت نتائج المعالجة الإحصائية قدرة المقياس على التمييز بين المرتفعين، والمنخفضين في أعراض القلق بصورة دالة كما يتضح من الجداول أرقام (٢)، (٣).

جدول (٢) صدق المقارنة الطرفية لبؤود مقياس أعراض القلق لدى الذكور

مستوى الدلالة	قيمة Z	قيمة مان وتني	مرتفعو القلق			منخفضو القلق			البؤود
			مجموع الرتب	متوسط الرتب	ن	مجموع الرتب	متوسط الرتب	ن	
,٠٠٨	٢,٦٦٥-	٣١,٠٠٠	١٩١,٠٠	١٥,٩٢	١٢	١٠٩,٠٠	٠٨,٩	١٢	١
,٠٠١	٣,٣٧٩-	١٧,٥٠٠	٢٠٤,٥٠	١٧,٠٤	١٢	٩٥,٥٠	٧,٩٦	١٢	٢
,٠٠١	-٣,١٧٩	١٨,٥٠٠	٢٠٣,٥٠	١٦,٩٦	١٢	٩٦,٥٠	٨,٠٤	١٢	٣
,٠٠٠	-٣,٦٣٤	١٢,٥٠٠	٢٠٩,٥٠	١٧,٤٦	١٢	٩٠,٥٠	٧,٥٤	١٢	٤
,٠٠٠	-٣,٥١٨	١٤,٥٠٠	٢٠٧,٥٠	١٧,٢٩	١٢	٩٢,٥٠	٧,٧١	١٢	٥
,٠٠٠	-٣,٦٠٣	١٢,٥٠٠	٢٠٩,٥٠	١٧,٤٦	١٢	٥٠,٩٠	٧,٥٤	١٢	٦
,٠٠٠	-٤,٣٢٠	١,٠٠٠	٢٢١,٠٠	١٨,٤٢	١٢	٧٩,٠٠	٦,٥٨	١٢	٧
,٠١٩	-٢,٣٤١	٣٩,٥٠٠	١٨٢,٥٠	١٥,٢١	١٢	١١٧,٥٠	٩,٧٩	١٢	٨
,٠٠٢	-٣,١٣٩	١٩,٥٠٠	٢٠٢,٥٠	١٦,٨٨	١٢	٩٧,٥٠	٨,١٣	١٢	٩
,٠٠١	-٣,٣١٦	٢٤,٠٠٠	١٩٨,٠٠	١٦,٥٠	١٢	١٠٢,٠٠	٨,٥٠	١٢	١٠
,٠٠٠	-٣,٦٠٤	١٥,٠٠٠	٢٠٧,٠٠	١٧,٢٥	١٢	٩٣,٠٠	٧,٧٥	١٢	١١
,٠٠٢	-٣,٠٢٥	٣٠,٠٠٠	١٩٢,٠٠	١٦,٠٠	١٢	١٠٨,٠٠	٩,٠٠	١٢	١٢
,٠٠٠	-٤,١٨٦	٦,٠٠٠	٢١٦,٠٠	١٨,٠٠	١٢	٨٤,٠٠	٧,٠٠	١٢	١٣

أعراض الفلق والإكتئاب لدى عينة من مرضى الصرع في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية والإكلينيكية

مستوى الدلالة	قيمة Z	قيمة مان وتلي	مرتفعو الفلق			منخفضو الفلق			النُود
			مجموع الرُتب	متوسط الرُتب	ن	مجموع الرُتب	متوسط الرُتب	ن	
,000	-3,804	10,000	212,00	17,67	12	88,00	7,33	12	14
,000	-4,281	2,500	219,50	18,29	12	80,50	6,71	12	15
,001	-3,306	18,000	204,00	17,00	12	96,00	8,00	12	16
,002	-3,030	30,000	192,00	16,00	12	108,00	9,00	12	17
,000	-3,751	13,000	209,00	17,42	12	91,00	7,58	12	18
,001	-3,313	24,000	198,00	16,50	12	102,00	8,50	12	19
,007	-2,705	26,500	195,50	16,29	12	104,50	8,71	12	20
,000	-3,852	7,000	215,00	17,92	12	85,00	7,08	12	21
,000	-3,946	6,000	216,00	18,00	12	84,00	7,00	12	22
,150	-1,439	48,000	174,00	14,50	12	126,00	10,50	12	23
,001	-3,420	15,000	207,00	17,25	12	93,00	7,75	12	24
,000	-3,595	12,500	209,50	17,46	12	90,50	7,54	12	25
,001	-3,375	20,000	202,00	16,83	12	98,00	8,17	12	26
,007	-2,700	28,500	193,50	16,13	12	106,50	8,88	12	27
,000	-3,786	11,000	211,00	17,58	12	89,00	7,42	12	28
,000	-4,164	0,000	222,00	18,50	12	87,00	7,50	12	الدرجة الكلية

** دال فيما وراء 0,0001

جدول (3) صدق المقارنة الطرفية لبُود مقياس أعراض الفلق لدى الإناث

مستوى الدلالة	قيمة Z	قيمة مان وتلي	مرتفعو الفلق			منخفضو الفلق			النُود
			مجموع الرُتب	متوسط الرُتب	ن	مجموع الرُتب	متوسط الرُتب	ن	
,000	3,798-	30,500	377,50	22,21	17	150,50	03,10	15	1
,000	4,760-	9,000	399,00	23,47	17	129,00	8,60	15	2
,000	-4,399	15,500	392,50	23,09	17	135,50	9,03	15	3

,٠٠٠	-٤,٤١٧	١٥,٥٠٠	٣٩٢,٥٠	٢٣,٠٩	١٧	١٣٥,٥٠	٩,٠٣	١٥	٤
,٠٠٠	-٤,٩٢٤	٣,٥٠٠	٤٠٤,٥٠	٢٣,٧٩	١٧	١٢٣,٥٠	٨,٢٣	١٥	٥
,٠٠٠	-٥,٠٠٣	١,٥٠٠	٤٠٦,٥٠	٢٣,٩١	١٧	٥٠,١٢١	٨,١٠	١٥	٦
,٠٠٠	-٤,٧٨٤	٦,٠٠٠	٤٠٢,٠٠	٢٣,٦٥	١٧	١٢٦,٠٠	٨,٤٠	١٥	٧
,٠٠٠	-٣,٩١٤	٣١,٥٠٠	٣٧٦,٥٠	٢٢,١٥	١٧	١٥١,٥٠	١٠,١٠	١٥	٨
,٠٠٠	-٤,١٩١	٢٤,٠٠٠	٣٨٤,٠٠	٢٢,٥٩	١٧	١٤٤,٠٠	٩,٦٠	١٥	٩
,٠٠٠	-٤,٧٣١	١٠,٠٠٠	٣٩٨,٠٠	٢٣,٤١	١٧	١٣٠,٠٠	٨,٦٧	١٥	١٠
,٠٠٠	-٤,٩٦٦	٣,٥٠٠	٤٠٤,٥٠	٢٣,٧٩	١٧	١٢٣,٥٠	٨,٢٣	١٥	١١
,٠٠٢	-٤,٦٦٧	١١,٠٠٠	٣٩٧,٠٠	٢٣,٣٥	١٧	١٣١,٠٠	٨,٧٣	١٥	١٢
,٠٠٠	-٥,٠٥٤	٠٠٠,	٤٠٨,٠٠	٢٤,٠٠	١٧	١٢٠,٠٠	٨,٠٠	١٥	١٣
,٠٠٠	-٥,٠٦١	١,٥٠٠	٤٠٦,٥٠	٢٣,٩١	١٧	١٢١,٥٠	٨,١٠	١٥	١٤
,٠٠٠	-٥,٢٦٣	٥٠٠,	٤٠٧,٥٠	٢٣,٩٧	١٧	١٢٠,٥٠	٨,٠٣	١٥	١٥
,٠٠١	-٤,٤٠٤	١٦,٥٠٠	٣٩١,٥٠	٢٣,٠٣	١٧	١٣٦,٥٠	٩,١٠	١٥	١٦
,٠٠٢	-٤,٩٨٦	٢,٠٠٠	٤٠٦,٠٠	٢٣,٨٨	١٧	١٢٢,٠٠	٨,١٣	١٥	١٧
,٠٠٠	-٤,٣٢٦	٢١,٥٠٠	٣٨٦,٥٠	٢٢,٧٤	١٧	١٤١,٥٠	٩,٤٣	١٥	١٨
,٠٠٠	-٤,١٩٩	٢٥,٥٠٠	٣٨٢,٥٠	٢٢,٥٠	١٧	١٤٥,٥٠	٩,٧٠	١٥	١٩
,٠٠٠	-٤,٤٠٧	١٤,٥٠٠	٣٩٣,٥٠	٢٣,١٥	١٧	١٣٤,٥٠	٨,٩٧	١٥	٢٠
,٠٠٠	-٤,٥٣٥	١٤,٥٠٠	٣٩٣,٥٠	٢٣,١٥	١٧	١٣٤,٥٠	٨,٩٧	١٥	٢١
,٠٠٠	-٣,٩٩٠	٢٤,٥٠٠	٨٣٨,٥٠	٢٢,٥٦	١٧	١٤٤,٥٠	٩,٦٣	١٥	٢٢
,٠٨٢	-١,٨٣٤	٨١,٥٠٠	٣٢٦,٥٠	١٩,٢١	١٧	٢٠١,٥٠	١٣,٤٣	١٥	٢٣
,٠٠٣	-٢,٩٦١	٥١,٥٠٠	٣٥٦,٥٠	٢٠,٩٧	١٧	١٧١,٥٠	١١,٤٣	١٥	٢٤
,٠٠٠	-٣,٨٢٧	٣١,٠٠٠	٣٧٧,٠٠	٢٢,١٨	١٧	١٥١,٠٠	١٠,٠٧	١٥	٢٥
,٠٠١	-٣,٦٨٥	٤١,٠٠٠	٣٦٧,٠٠	٢١,٥٩	١٧	١٦١,٠٠	١٠,٧٣	١٥	٢٦
,٠٠٠	-٤,٢٧٩	٢٤,٥٠٠	٣٨٣,٥٠	٢٢,٥٦	١٧	١٤٤,٥٠	٩,٦٣	١٥	٢٧
,٠٠٤	-٢,٨٧٨	٦٥,٠٠٠	٣٤٣,٠٠	٢٠,١٨	١٧	١٨٥,٠٠	١٢,٣٣	١٥	٢٨
,٠٠٠	-٤,٨١٧	,٠٠٠	٤٠٨,٠٠	٢٤,٠٠	١٧	١٢٠,٠٠	٨,٠٠	١٥	الدرجة الكليّة

** دال عند ,٠٠٠

أعراض القلق والإكتئاب لدى عينة من مرضى الصرع في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية والإكلينيكية

٥. بعد حساب صدق المقارنة الطرفية لمقياس أعراض القلق لدى مرضى الصرع، وحذف البند غير الدال في المقياسين - وهو البند رقم ٢٣ - أصبح مقياس القلق في صورته النهائية يتكون من ٢٧ بنداً للذكور، و ٢٧ بنداً للإناث.

* ثبات المقياس: -

قام الباحثين باستخدام طريقتين لحساب ثبات بُنود مقياس أعراض القلق، وهي طريقة معامل ألفا كرو نباخ، وطريقة التجزئة التصفية باستخدام معادلة جثمان، ومعادلة سبيرمان براون، وقد أشارت النتائج إلى أن معاملات الثبات الكلي لمقياس أعراض القلق كانت مرتفعة بالطريقتين، والجداول رقم (٤) يوضح معاملات ثبات مقياس أعراض القلق بطريقة ألفا كرو نباخ، وطريقة التجزئة التصفية.

جدول (٤) معاملات ثبات مقياس أعراض القلق بطريقة ألفا كرو نباخ وطريقة التجزئة التصفية

معامل الثبات			عدد البنود	مقياس أعراض القلق لدى الذكور
سبيرمان براون	جثمان	معامل ألفا	٢٧	
٩١٦,	٩١٥,	٩٢٢,	٢٧	مقياس أعراض القلق لدى الإناث
٩٥٩,	٩٥٤,	٩٤١,	٢٧	

* طريقة تصحيح المقياس: -

تكون مقياس أعراض القلق في صورته النهائية من ٢٧ بنداً، قام أفراد عينة الدراسة باختيار إجابة واحدة من بين خمس اختيارات، وهي (تنطبق عليّ بدرجة كبيرة جداً، وتأخذ خمس درجات، تنطبق عليّ بدرجة كبيرة، وتأخذ أربع درجات، تنطبق عليّ بدرجة متوسطة، وتأخذ ثلاث درجات، تنطبق عليّ بدرجة قليلة، وتأخذ درجتان، لا تنطبق عليّ، وتأخذ درجة واحدة).

وذلك في حالة العبارات السلبية، في حين تكون الدرجة على العبارات الإيجابية كالتالي (تنطبق عليّ بدرجة كبيرة جداً، تأخذ درجة واحدة تنطبق عليّ بدرجة كبيرة، تأخذ درجتان تنطبق عليّ بدرجة متوسطة، تأخذ ثلاث درجات، تنطبق عليّ بدرجة قليلة، تأخذ أربع درجات، لا تنطبق عليّ، تأخذ خمس درجات).

ب. مقياس الإكتئاب لدى مَرْضَى الصَّرَع: -

*تكوين المقياس: -

إتبع الباحثين الخطوات الآتية لإعداد، وتصميم هذا المقياس: -

١. قام الباحثين بإعداد الصورة المبدئية للمقياس الذي تكون من ٢٥ بنداً، وتقع الإجابة على تلك البنود في خمس مستويات وهي (تنطبق عليّ بدرجة كبيرة جداً، تنطبق عليّ بدرجة كبيرة، تنطبق عليّ بدرجة متوسطة، تنطبق عليّ بدرجة قليلة، لا تنطبق عليّ).

٢. تم عرض الصورة المبدئية للمقياس على مجموعة من المحكمين بلغت ٦ محكمين^١ من أعضاء هيئة التدريس بأقسام علم النفس بكليات الآداب، والتربية ببعض الجامعات المصرية، وقد احتوت على الهدف من المقياس، والتعريف الإجرائي لأعراض الإكتئاب لدى مَرْضَى الصَّرَع.

٣. قام الباحثين بإعداد الصورة النهائية للمقياس بعد الانتهاء من إجراءات الكفاءة السيكومترية للمقياس كالتالي: -

*الكفاءة السيكومترية للمقياس: -

* صدق المقياس: -

* الصدق التمييزي: -

تم التأكد من الصدق التمييزي لمقياس أعراض الإكتئاب من خلال المقارنة الطرفية بين درجات الرباعي الأعلى، ودرجات الرباعي الأدنى في أعراض الإكتئاب، وذلك باستخدام الدلالة الإحصائية للفروق بين متوسطات الرتب عن طريق اختبار مان وتني، وقد بلغ حجم عينتي درجات المقارنة الطرفية ٥٦ مريضاً مقسمين إلى (٢٨ مشاركاً للربع الأدنى، و٢٨ مشاركاً للربع الأعلى)، وأوضحت نتائج المعالجة الإحصائية فُدرَة المقياس على التمييز بين المرتفعين، والمنخفضين في أعراض الإكتئاب بصورة دالة كما يتضح من الجدول رقم (٥).

^١ تم ذكر أسماء السادة المحكمين في المقياس السابق.

أعراض الفلَق والإكتئاب لدى عَيِّنة من مَرَضَى الصَّرَع في ضَوْء بَعْض المُتَغَيِّرَات الدِّيْمُوغْرَافِيَّة
والإِكْلِينِيكِيَّة

جَدول (٥) صِدْق المُقَارَنَةِ الطَّرْفِيَّة لِئُبُود مِقْيَاس أَعْرَاض الإِكْتَاب

مُسْتَوَى الدَّلَالَةِ	قِيَمَةُ Z	قِيَمَةُ مَان وَتَنِي	مُرْتَفَعُ الإِكْتَاب			مُنْخَفُضُ الإِكْتَاب			النُّود
			مَجْمُوع الرُّتَب	مُتَوَسِّط الرُّتَب	ن	مَجْمُوع الرُّتَب	مُتَوَسِّط الرُّتَب	ن	
,٠٠٠	٦,٠٦٢	٥١,٥٠٠	١١٣٨,٥٠	٤٠,٦٦	٢٨	٤٥٧,٥٠	١٦,٣٤	٢٨	١
,٠٠٠	٦,٠١٥	٥٦,٥٠٠	١١٣٤,٠٠	٤٠,٥٠	٢٨	٤٦٢,٠٠	١٦,٥٠	٢٨	٢
,٠٠٠	٦,١٢٣	٤٢,٥٠٠	١١٤٧,٠٠	٤٠,٩٨	٢٨	٤٤٨,٥٠	١٦,٠٢	٢٨	٣
,٠٠٠	٥,٣١٦	٨٨,٠٠٠	١١٠٢,٠٠	٣٩,٣٦	٢٨	٤٩٤,٠٠	١٧,٦٤	٢٨	٤
,٠٠٠	٦,٠٧٣	٥٠,٠٠٠	١١٤٠,٠٠	٤٠,٧١	٢٨	٤٥٦,٠٠	١٦,٢٩	٢٨	٥
,٠٠٠	٦,٠١٤	٤٤,٥٠٠	١١٤٥,٥٠	٤٠,٩١	٢٨	٤٥٠,٥٠	١٦,٠٩	٢٨	٦
,٠٠٠	٣,٩٦٠	١٦٤,٥٠٠	١٠٢٥,٥٠	٣٦,٦٣	٢٨	٥٧٠,٥٠	٢٠,٣٨	٢٨	٧
,٠٠٠	٦,٠٠٩	٥٩,٥٠٠	١١٣٠,٥٠	٤٠,٣٨	٢٨	٤٦٥,٥٠	١٦,٦٣	٢٨	٨
,٠٠٠	٥,٧٣٩	٧٧,٥٠٠	١١١٢,٥٠	٣٩,٧٣	٢٨	٤٨٣,٥٠	١٧,٢٧	٢٨	٩
,٠٠٠	٥,١٠٨	٩٩,٥٠٠	١٠٩٠,٥٠	٣٨,٩٥	٢٨	٥٠٥,٥٠	١٨,٠٥	٢٨	١٠
,٠٠٠	٣,٩١٥	١٧٥,٠٠٠	١٠١٥,٠٠	٣٦,٢٥	٢٨	٥٨١,٠٠	٢٠,٧٥	٢٨	١١
,٠٠٠	٥,٤٠٧	٧٦,٠٠٠	١١١٤,٠٠	٣٩,٧٩	٢٨	٤٨٢,٠٠	١٧,٢١	٢٨	١٢
,٠١٧	٢,٣٧٨	٢٥٣,٥٠٠	٩٣٦,٥٠	٣٣,٤٥	٢٨	٦٥٩,٥٠	٢٣,٥٥	٢٨	١٣
,٠٠٠	٦,٠٥١	٥١,٠٠٠	١١٣٩,٠٠	٤٠,٦٨	٢٨	٤٥٧,٠٠	١٦,٣٢	٢٨	١٤
,٠٠٠	٥,٥٥٥	٦٤,٥٠٠	١١٢٥,٥٠	٤٠,٢٠	٢٨	٤٧٠,٥٠	١٦,٨٠	٢٨	١٥
,٠٠٠	٥,٨٤٢	٦٣,٥٠٠	١١٢٦,٥٠	٤٠,٢٣	٢٨	٤٦٩,٥٠	١٦,٧٧	٢٨	١٦
,٠٠٠	٥,٦٠٠	٥٩,٥٠٠	١١٣٠,٥٠	٤٠,٣٨	٢٨	٤٦٥,٥٠	١٦,٦٣	٢٨	١٧
,٠٠٠	٤,٧٤٠	١١٤,٠٠٠	١٠٧٦,٠٠	٣٨,٤٣	٢٨	٥٢٠,٠٠	١٨,٥٧	٢٨	١٨
,٠١١	٢,٥٤٦	٢٥٢,٥٠٠	٩٣٧,٥٠	٣٣,٤٨	٢٨	٦٥٨,٥٠	٢٣,٥٢	٢٨	١٩
,٠٠٠	٤,٥٤٧	١٢٣,٥٠٠	١٠٦٦,٥٠	٣٨,٠٩	٢٨	٤٢٩,٥٠	١٨,٩١	٢٨	٢٠
,٠٠٠	٥,٠٩٢	٩٣,٠٠٠	١٠٩٧,٠٠	٣٩,١٨	٢٨	٤٩٩,٠٠	١٧,٨٢	٢٨	٢١
,٠٠٠	٤,٤٧٦	١٥٨,٥٠٠	١٠٣١,٥٠	٣٦,٨٤	٢٨	٥٦٤,٥٠	٢٠,١٦	٢٨	٢٢
,٠٠٠	٥,٦٥٠	٦٠,٥٠٠	١١٢٩,٥٠	٤٠,٣٤	٢٨	٤٦٦,٥٠	١٦,٦٦	٢٨	٢٣
,٠٠٠	٥,٠٠٢	١٤٠,٠٠٠	١٠٥٠,٠٠	٣٧,٥٠	٢٨	٥٤٦,٠٠	١٩,٥٠	٢٨	٢٤
,٠٠٠	٣,٨٦٤	١٧٧,٥٠٠	١٠١٢,٥٠	٣٦,١٦	٢٨	٥٨٣,٥٠	٢٠,٨٤	٢٨	٢٥

مُسَوَى الدَّلَالَةِ	قِيَمَةُ Z	قِيَمَةُ مان وتني	مُرْتَفَعُو الإِكْتِنَاب			مُنْخَفَضُو الإِكْتِنَاب			النُّوْد
			مجموع الرُّب	مُتَوَسِّط الرُّب	ن	مجموع الرُّب	مُتَوَسِّط الرُّب	ن	
,٠٠٠	-٦,٤٣٠	,٠٠٠,	١١٩,٠٠٠	٤٢,٥٠	٢٨	٤٠٦,٠٠٠	١٤,٥٠	٢٨	الدَّرَجَةُ الكُلِّيَّة

** دال فيما وراء ٠,٠٠٠٠١

بَعْدَ حِسَابِ صِدْقِ المُقَارَنَةِ الطَّرْفِيَّةِ لِمُقْيَاسِ أَعْرَاضِ الإِكْتِنَابِ لَدَى مَرَضَى الصَّرْعِ، وَعَدَمِ حَذْفِ أَي بِنْدٍ مِنْ بُنُودِ المُقْيَاسِ؛ ظَلَّ مُقْيَاسُ الإِكْتِنَابِ فِي صُورَتِهِ النِّهَائِيَّةِ يَتَكُونُ مِنْ ٢٥ بِنْدًا.

* ثَبَاتِ المُقْيَاسِ: -

قَامَ البَّاحِثِينَ بِاسْتِخْدَامِ طَرِيفَتَيْنِ لِحِسَابِ ثَبَاتِ بُنُودِ مُقْيَاسِ أَعْرَاضِ الإِكْتِنَابِ، وَهِيَ طَرِيفَةُ مُعَامِلِ أَلْفَا كَرُو نَبَاخِ، وَطَرِيفَةُ التَّجْزِئَةِ النِّصْفِيَّةِ بِاسْتِخْدَامِ مُعَادِلَةِ جِثْمَانِ، وَمُعَادِلَةِ سَبِيرْمَانِ بَرَاوِنِ، وَقَدْ أَشَارَتِ النُّتَاجُ إِلَى أَنَّ مُعَامِلَاتِ الثَّبَاتِ الكُلِّيِّ لِمُقْيَاسِ أَعْرَاضِ الإِكْتِنَابِ كَانَتْ مُرْتَفَعَةً بِالطَّرِيفَتَيْنِ، وَالجَدُولُ رَقْمِ (٦) يُوضِحُ مُعَامِلَاتِ ثَبَاتِ مُقْيَاسِ أَعْرَاضِ الإِكْتِنَابِ بِطَرِيفَةِ أَلْفَا كَرُو نَبَاخِ، وَطَرِيفَةِ التَّجْزِئَةِ النِّصْفِيَّةِ.

جَدُولُ (٦) مُعَامِلَاتِ ثَبَاتِ مُقْيَاسِ أَعْرَاضِ الإِكْتِنَابِ بِطَرِيفَةِ أَلْفَا كَرُو نَبَاخِ وَطَرِيفَةِ التَّجْزِئَةِ النِّصْفِيَّةِ

مُعَامِلُ الثَّبَاتِ			عَدَدُ النُّوْدِ	مُقْيَاسُ أَعْرَاضِ الإِكْتِنَابِ
سَبِيرْمَانِ بَرَاوِنِ	جِثْمَانِ	مُعَامِلُ أَلْفَا		
,٩٣١	٩٣٠,	,٩٢٥	٢٥	

* طَرِيفَةُ تَصْحِيحِ المُقْيَاسِ: -

تَكُونُ مُقْيَاسُ أَعْرَاضِ أَلْفَا كَرُو نَبَاخِ فِي صُورَتِهِ النِّهَائِيَّةِ مِنْ ٢٧ بِنْدًا، قَامَ أَفْرَادُ عَيِّنَةِ الدِّرَاسَةِ بِاخْتِيَارِ إِجَابَةٍ وَاحِدَةٍ مِنْ بَيْنِ خَمْسِ اخْتِيَارَاتٍ، وَهِيَ (تَنْطَبِقُ عَلَيَّ بَدْرَجَةٍ كَبِيرَةٍ جَدًّا، وَتَأْخُذُ خَمْسَ دَرَجَاتٍ، تَنْطَبِقُ عَلَيَّ بَدْرَجَةٍ كَبِيرَةٍ، وَتَأْخُذُ أَرْبَعَ دَرَجَاتٍ، تَنْطَبِقُ عَلَيَّ بَدْرَجَةٍ

أعراض القلق والاكتئاب لدى عينة من مرضى الصرع في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية والإكلينيكية

متوسطة، وتأخذ ثلاث درجات، تنطبق عليّ بدرجة قليلة، وتأخذ درجتان، لا تنطبق عليّ، وتأخذ درجة واحدة).

وذلك في حالة العبارات السلبية، في حين تكون الدرجة على العبارات الإيجابية كالتالي (تنطبق عليّ بدرجة كبيرة جداً، تأخذ درجة واحدة تنطبق عليّ بدرجة كبيرة، تأخذ درجتان تنطبق عليّ بدرجة متوسطة، تأخذ ثلاث درجات، تنطبق عليّ بدرجة قليلة، تأخذ أربع درجات، لا تنطبق عليّ، تأخذ خمس درجات).

نتائج الدراسة: -

قام الباحثين بحساب معامل الارتواء، والتفطوح لمتغيرات الدراسة كما يتضح من الجدول رقم (٧).

جدول (٧) حساب معامل الارتواء، والتفطوح لمتغيرات القلق، والاكتئاب

المتغيرات	عدد العينة	معامل الارتواء	معامل التفطوح
القلق	١٢٢	,٥٥٩	-,٥١٨
الاكتئاب	١٢٢	,٨٩٠	٤٦٥,

عرض نتائج الفرض الأول: -

حيث ينص هذا الفرض على " توجد علاقة ارتباطية دالة بين القلق، والاكتئاب لدى مرضى الصرع"، وللتحقق من صحة هذا الفرض قام الباحثين بحساب معامل الارتباط بيرسون بين درجات القلق، والاكتئاب لدى مرضى الصرع.

جدول (٨) معامل الارتباط بين درجات القلق، والاكتئاب ن=١٢٢

المقاييس	معامل الارتباط
القلق	**,٦٨٥
الاكتئاب	

**دال عند ٠,٠١

وقد أشارت نتائج المعالجة الإحصائية إلى وجود ارتباطاً موجباً ذات دلالة متوسطة بين الدرجة الكلية لمقياس القلق، والدرجة الكلية لمقياس الاكتئاب $r = (٠,٦٨٥, **)$.

عرض نتائج الفرض الثاني: -

حيث ينص هذا الفرض على " توجد فروق جوهريّة بين مرضى الصرع في أعراض القلق باختلاف الحالة الاجتماعيّة"، وللتحقّق من صحة هذا الفرض فقد تم استخدام اختبار كروسكال والاس لبيان دلالة الفروق بين المجموعات الثلاثة في أعراض القلق.

جدول (٩) الفروق بين مرضى الصرع في أعراض القلق باختلاف الحالة الاجتماعيّة

المتغيرات	المجموعات	ن	متوسط الرتب	قيمة كا	درجة الحرية	مستوى الدلالة
أعراض القلق	غير المتزوجين	٥٩	٧١,٩٠	٩,٩٨٣	٢	٠,٠٧
	المتزوجين	٦١	٥١,٥١			
	المطلقين	٢	٥٩,٥٠			

* دال عند مستوى ٠,٠٥

** دال عند مستوى ٠,٠١

جدول (١٠) الفروق بين مجموعات المرضى المتزوجين وغير المتزوجين في أعراض القلق

المتغيرات	المجموعات	ن	متوسط الرتب	مجموع الرتب	مان وتني	قيمة z	مستوى الدلالة
أعراض القلق	المتزوجين	٦١	٥٠,٧٤	٣٠٩٥,٠٠	١٢٠٤,٠٠٠	-٣,١٢٧	,٠٠٢
	غير المتزوجين	٥٩	٧٠,٥٩	٤١٦٥,٠٠			

* دال عند مستوى ٠,٠٥

** دال عند مستوى ٠,٠١

جدول (١١) الفروق بين مجموعات المرضى المتزوجين والمطلقين في أعراض القلق

المتغيرات	المجموعات	ن	متوسط الرتب	مجموع الرتب	مان وتني	قيمة z	مستوى الدلالة
أعراض القلق	المتزوجين	٦١	٣١,٧٧	١٩٣٨,٠٠	١٩٣٨,٠٠٠	-,٥٤٩	,٥٨٣
	المطلقين	٢	٣٩,٠٠	٧٨,٠٠			

جدول (١٢) الفروق بين مجموعات المرضى غير المتزوجين والمطلقين في أعراض القلق

المتغيرات	المجموعات	ن	متوسط الرتب	مجموع الرتب	مان وتني	قيمة z	مستوى الدلالة
أعراض القلق	غير المتزوجين	٥٩	٣١,٣١	١٨٤٧,٠٠	٤١,٠٠٠	-,٧٢٩	,٤٦٦

أعراض القلق والإكتئاب لدى عينة من مرضى الصرع في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية والإكلينيكية

المتغيرات	المجموعات	ن	متوسط الرتب	مجموع الرتب	مان وتني	قيمة z	مستوى الدلالة
	المطلقين	٢	٢٢,٠٠	٤٤,٠٠			

وقد أشارت نتائج المعالجة الإحصائية التي أجريت للتحقق من صحة هذا الفرض إلى وجود فروق ذات دلالة بين المرضى في أعراض القلق باختلاف حالتهم الإجتماعية. ولكي يتحقق الباحثين من تلك النتيجة، فقد قاموا بإجراء مجموعة من التحليلات باستخدام اختبار مان وتني للمقارنة بين كل مجموعتين فرعيتين كالتالي: -

مجموعة المتزوجين في مقابل مجموعة غير المتزوجين (أنظر جدول ١٠).

مجموعة المتزوجين في مقابل مجموعة المطلقين (أنظر جدول ١١).

مجموعة غير المتزوجين في مقابل مجموعة المطلقين (أنظر جدول ١٢).

وقد أشارت نتائج المعالجة الإحصائية التي أجريت إلى وجود فروق بين المرضى المتزوجين وغير المتزوجين في أعراض القلق في اتجاه المرضى غير المتزوجين. كما أشارت إلى عدم وجود فروق بين المرضى المتزوجين، والمطلقين في أعراض القلق. وعدم وجود فروق بين المرضى غير المتزوجين، والمطلقين في أعراض القلق.

عرض نتائج الفرض الثالث: -

حيث ينص هذا الفرض على " توجد فروق جوهريّة بين مرضى الصرع في أعراض الإكتئاب باختلاف معدل تكرار النوبات "، وللتحقق من صحة هذا الفرض فقد تم استخدام اختبار كروسكال والاس لبيان دلالة الفروق بين المجموعات الأربعة في أعراض الإكتئاب.

جدول (١٣) الفروق بين مرضى الصرع في أعراض الإكتئاب باختلاف معدل تكرار النوبات

المتغيرات	المجموعات	ن	متوسط الرتب	قيمة كا ^٢	درجة الحرية	مستوى الدلالة
أعراض الإكتئاب	أكثر من أو يساوي نوبة يومياً	١١	٧٨,٠٩	١١,٨٦٣	٣	,٠٠٨
	أكثر من أو يساوي نوبة أسبوعياً	١٩	٨٠,٨٧			

المتغيرات	المجموعات	ن	متوسط الرتب	قيمة كا ^٢	درجة الحرية	مستوى الدلالة
	أكثر من أو يساوي نوبة شهرياً	٣٦	٦٠,٣٣			
	أكثر من أو يساوي نوبة سنوياً	٥٦	٥٢,٤٢			

* دال عند مستوى ٠,٠٥ ، ** دال عند مستوى ٠,٠١

جدول (١٤) الفروق بين مجموعة المرضى التي تحدث النوبات لديها بمعدل نوبة واحدة أو أكثر من نوبة يومياً في مقابل مجموعة المرضى التي تحدث النوبات لديها بمعدل نوبة واحدة أو أكثر من نوبة أسبوعياً

المتغيرات	المجموعات	ن	متوسط الرتب	مجموع الرتب	مان وتني	قيمة z	مستوى الدلالة
أعراض الإكتئاب	أكثر من أو يساوي نوبة يومياً	١١	١٥,٠٠	١٦٥,٠٠	٩٩,٠٠٠	-٢,٣٧	,٨١٣
	أكثر من أو يساوي نوبة أسبوعياً	١٩	١٥,٧٩	٣٠٠,٠٠			

جدول (١٥) الفروق بين مجموعة المرضى التي تحدث النوبات لديها بمعدل نوبة واحدة أو أكثر من نوبة يومياً في مقابل مجموعة المرضى التي تحدث النوبات لديها بمعدل نوبة واحدة أو أكثر من نوبة شهرياً

المتغيرات	المجموعات	ن	متوسط الرتب	مجموع الرتب	مان وتني	قيمة z	مستوى الدلالة
أعراض الإكتئاب	أكثر من أو يساوي نوبة يومياً	١١	٢٨,٩١	٣١٨,٠٠	١٤٤,٠٠٠	-١,٣٥٨	,١٧٥
	أكثر من أو يساوي نوبة شهرياً	٣٦	٢٢,٥٠	٨١٠,٠٠			

جدول (١٦) الفروق بين مجموعة المرضى التي تحدث النوبات لديها بمعدل نوبة واحدة أو أكثر من نوبة يومياً في مقابل مجموعة المرضى التي تحدث النوبات لديها بمعدل نوبة واحدة أو أكثر من نوبة سنوياً

المتغيرات	المجموعات	ن	متوسط الرتب	مجموع الرتب	مان وتني	قيمة z	مستوى الدلالة
أعراض الإكتئاب	أكثر من أو يساوي نوبة يومياً	١١	٤٦,١٨	٥٠٨,٠٠	١٧٤,٠٠٠	-٢,٢٧٠	,٠٢٣
	أكثر من أو يساوي نوبة سنوياً	٥٦	٣١,٦١	١٧٧٠,٠٠			

* دال عند مستوى ٠,٠٥ ، ** دال عند مستوى ٠,٠١

أعراض الفُلق والإكتئاب لدى عينة من مَرَضَى الصَّرَع في ضوء بعض المُتَغَيِّرات الديموغرافية والإكلينيكية

جدول (١٧) الفروق بين مجموعة المَرَضَى الَّتِي تَحْدُث النَّوَبَات لَدَيْهَا بِمُعدَل نَوْبَة وَاحِدَة أَوْ أَكْثَر من نَوْبَة أُسْبُوعِيًّا في مُقَابِلِ مَجْمُوعَة المَرَضَى الَّتِي تَحْدُث النَّوَبَات لَدَيْهَا بِمُعدَل نَوْبَة وَاحِدَة أَوْ أَكْثَر من نَوْبَة شَهْرِيًّا

المُتَغَيِّرات	المجموعات	ن	متوسط الرُّتب	مجموع الرُّتب	مان وتني	قيمة z	مُسْتَوَى الدَّلَالَة
أعراض الإكتئاب	أكثر من أو يساوي نوبة أسبوعياً	١٩	٣٣,٠٨	٦٢٨,٥٠	٢٤٥,٥٠٠	-١,٧٠٩	,٠٨٧
	أكثر من أو يساوي نوبة شهرياً	٣٦	٢٥,٣٢	٩١١,٥٠			

جدول (١٨) الفروق بين مجموعة المَرَضَى الَّتِي تَحْدُث النَّوَبَات لَدَيْهَا بِمُعدَل نَوْبَة وَاحِدَة أَوْ أَكْثَر من نَوْبَة أُسْبُوعِيًّا في مُقَابِلِ مَجْمُوعَة المَرَضَى الَّتِي تَحْدُث النَّوَبَات لَدَيْهَا بِمُعدَل نَوْبَة وَاحِدَة أَوْ أَكْثَر من نَوْبَة سَنَوِيًّا

المُتَغَيِّرات	المجموعات	ن	متوسط الرُّتب	مجموع الرُّتب	مان وتني	قيمة z	مُسْتَوَى الدَّلَالَة
أعراض الإكتئاب	أكثر من أو يساوي نوبة أسبوعياً	١٩	٥٢,٠٠	٩٨٨,٠٠	٢٦٦,٠٠٠	-٣,٢٤٣	,٠٠١
	أكثر من أو يساوي نوبة سنوياً	٥٦	٣٣,٢٥	١٨٦٢,٠٠			

** دال عند مُستوى ٠,٠٠١ ,

* دال عند مُستوى ٠,٠٠٥ ,

جدول (١٩) الفروق بين مجموعة المَرَضَى الَّتِي تَحْدُث النَّوَبَات لَدَيْهَا بِمُعدَل نَوْبَة وَاحِدَة أَوْ أَكْثَر من نَوْبَة شَهْرِيًّا في مُقَابِلِ مَجْمُوعَة المَرَضَى الَّتِي تَحْدُث النَّوَبَات لَدَيْهَا بِمُعدَل نَوْبَة وَاحِدَة أَوْ أَكْثَر من نَوْبَة سَنَوِيًّا

المُتَغَيِّرات	المجموعات	ن	متوسط الرُّتب	مجموع الرُّتب	مان وتني	قيمة z	مُسْتَوَى الدَّلَالَة
أعراض الإكتئاب	أكثر من أو يساوي نوبة شهرياً	٣٦	٤٩,٥١	١٧٨٢,٥٠	٨٩٩,٥٠٠	-,٨٦٩	,٣٨٥
	أكثر من أو يساوي نوبة سنوياً	٥٦	٤٤,٥٦	٢٤٩٥,٥٠			

وقد أشارت نتائج المُعالِجَة الإحصائية الَّتِي أُجريت لِلتَّحَقُّق من صِحَة هذا الفرض إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المَرَضَى في أعراض الإكتئاب باختلاف مُعدَل تَكَرُّر النَّوَبَات الصَّرَعِيَّة الَّتِي تَحْدُث لَدَيْهِمْ. ولكي يتحقق البَاحِثِين من تلك النَّتِيجَة، فقد قاموا بإجراء

مَجْمُوعَةٌ مِنَ التَّحْلِيلَاتِ بِاسْتِخْدَامِ اخْتِبَارِ مَانَ وَتَنِي لِلْمُقَارَنَةِ بَيْنَ كُلِّ مَجْمُوعَتَيْنِ فَرَعِيَّتَيْنِ كَالتَّالِي: -

مَجْمُوعَةُ الْمَرَضَى الَّتِي تَحْدُثُ النَّوَبَاتُ لَدَيْهَا بِمُعْدَلِ نَوْبَةٍ وَاحِدَةٍ، أَوْ أَكْثَرَ مِنْ نَوْبَةٍ يَوْمِيًّا فِي مُقَابِلِ مَجْمُوعَةِ الْمَرَضَى الَّتِي تَحْدُثُ النَّوَبَاتُ لَدَيْهَا بِمُعْدَلِ نَوْبَةٍ وَاحِدَةٍ، أَوْ أَكْثَرَ مِنْ نَوْبَةٍ أُسْبُوعِيًّا (أَنْظِرْ جَدُولَ ١٤).

مَجْمُوعَةُ الْمَرَضَى الَّتِي تَحْدُثُ النَّوَبَاتُ لَدَيْهَا بِمُعْدَلِ نَوْبَةٍ وَاحِدَةٍ، أَوْ أَكْثَرَ مِنْ نَوْبَةٍ يَوْمِيًّا فِي مُقَابِلِ مَجْمُوعَةِ الْمَرَضَى الَّتِي تَحْدُثُ النَّوَبَاتُ لَدَيْهَا بِمُعْدَلِ نَوْبَةٍ وَاحِدَةٍ، أَوْ أَكْثَرَ مِنْ نَوْبَةٍ شَهْرِيًّا (أَنْظِرْ جَدُولَ ١٥).

مَجْمُوعَةُ الْمَرَضَى الَّتِي تَحْدُثُ النَّوَبَاتُ لَدَيْهَا بِمُعْدَلِ نَوْبَةٍ وَاحِدَةٍ، أَوْ أَكْثَرَ مِنْ نَوْبَةٍ يَوْمِيًّا فِي مُقَابِلِ مَجْمُوعَةِ الْمَرَضَى الَّتِي تَحْدُثُ النَّوَبَاتُ لَدَيْهَا بِمُعْدَلِ نَوْبَةٍ وَاحِدَةٍ، أَوْ أَكْثَرَ مِنْ نَوْبَةٍ سَنَوِيًّا (أَنْظِرْ جَدُولَ ١٦).

مَجْمُوعَةُ الْمَرَضَى الَّتِي تَحْدُثُ النَّوَبَاتُ لَدَيْهَا بِمُعْدَلِ نَوْبَةٍ وَاحِدَةٍ، أَوْ أَكْثَرَ مِنْ نَوْبَةٍ أُسْبُوعِيًّا فِي مُقَابِلِ مَجْمُوعَةِ الْمَرَضَى الَّتِي تَحْدُثُ النَّوَبَاتُ لَدَيْهَا بِمُعْدَلِ نَوْبَةٍ وَاحِدَةٍ، أَوْ أَكْثَرَ مِنْ نَوْبَةٍ شَهْرِيًّا (أَنْظِرْ جَدُولَ ١٧).

مَجْمُوعَةُ الْمَرَضَى الَّتِي تَحْدُثُ النَّوَبَاتُ لَدَيْهَا بِمُعْدَلِ نَوْبَةٍ وَاحِدَةٍ، أَوْ أَكْثَرَ مِنْ نَوْبَةٍ أُسْبُوعِيًّا فِي مُقَابِلِ مَجْمُوعَةِ الْمَرَضَى الَّتِي تَحْدُثُ النَّوَبَاتُ لَدَيْهَا بِمُعْدَلِ نَوْبَةٍ وَاحِدَةٍ، أَوْ أَكْثَرَ مِنْ نَوْبَةٍ سَنَوِيًّا (أَنْظِرْ جَدُولَ ١٨).

مَجْمُوعَةُ الْمَرَضَى الَّتِي تَحْدُثُ النَّوَبَاتُ لَدَيْهَا بِمُعْدَلِ نَوْبَةٍ وَاحِدَةٍ، أَوْ أَكْثَرَ مِنْ نَوْبَةٍ شَهْرِيًّا فِي مُقَابِلِ مَجْمُوعَةِ الْمَرَضَى الَّتِي تَحْدُثُ النَّوَبَاتُ لَدَيْهَا بِمُعْدَلِ نَوْبَةٍ وَاحِدَةٍ، أَوْ أَكْثَرَ مِنْ نَوْبَةٍ سَنَوِيًّا (أَنْظِرْ جَدُولَ ١٩).

وَقَدْ أَشَارَتْ نَتَائِجُ الْمُعَالَجَةِ الْإِحْصَائِيَّةِ الَّتِي أُجْرِيَتْ إِلَى عَدَمِ وُجُودِ فِرُوقٍ بَيْنَ الْمَرَضَى الَّتِي تَحْدُثُ النَّوَبَاتُ لَدَيْهَا بِمُعْدَلِ نَوْبَةٍ وَاحِدَةٍ، أَوْ أَكْثَرَ مِنْ نَوْبَةٍ يَوْمِيًّا، وَالْمَرَضَى

التي تحدث النوبات لديها بمعدل نوبة واحدة، أو أكثر من نوبة أسبوعياً في أعراض الإكتئاب. وعدم وجود فروق بين المرضى التي تحدث النوبات لديها بمعدل نوبة واحدة أو أكثر من نوبة يومياً، والمرضى التي تحدث النوبات لديها بمعدل نوبة واحدة، أو أكثر من نوبة شهرياً في أعراض الإكتئاب. ووجود فروق بين المرضى التي تحدث النوبات لديها بمعدل نوبة واحدة، أو أكثر من نوبة يومياً، والمرضى التي تحدث النوبات لديها بمعدل نوبة واحدة، أو أكثر من نوبة سنوياً في أعراض الإكتئاب. في اتجاه المرضى التي تحدث النوبات لديها بمعدل نوبة واحدة، أو أكثر من نوبة يومياً. وعدم وجود فروق بين المرضى التي تحدث النوبات لديها بمعدل نوبة واحدة، أو أكثر من نوبة أسبوعياً، والمرضى التي تحدث النوبات لديها بمعدل نوبة واحدة، أو أكثر من نوبة شهرياً في أعراض الإكتئاب. ووجود فروق بين المرضى التي تحدث النوبات لديها بمعدل نوبة واحدة، أو أكثر من نوبة أسبوعياً، والمرضى التي تحدث النوبات لديها بمعدل نوبة واحدة، أو أكثر من نوبة سنوياً في أعراض الإكتئاب. في اتجاه المرضى التي تحدث النوبات لديها بمعدل نوبة واحدة، أو أكثر من نوبة أسبوعياً. وعدم وجود فروق بين المرضى التي تحدث النوبات لديها بمعدل نوبة واحدة أو أكثر من نوبة شهرياً، والمرضى التي تحدث النوبات لديها بمعدل نوبة واحدة، أو أكثر من نوبة سنوياً في أعراض الإكتئاب.

مناقشة النتائج: -

مناقشة نتائج الفرض الأول: -

أشارت النتائج إلى وجود علاقة ارتباطية متوسطة بين الدرجة الكلية لمقياس القلق؛ والدرجة الكلية لمقياس الإكتئاب، مما يعني أنه كلما زادت مستويات القلق لدى مرضى الصرع ارتفعت مستويات الإكتئاب لديهم، وكلما قلت مستويات القلق لدى مرضى الصرع قلت مستويات الإكتئاب لديهم، وقد اتفقت هذه النتيجة مع الفرض المطروح في الدراسة الحالية، ومع نتائج بعض الدراسات السابقة، ومنها دراسة كوونج ولام وتسوي ونجان وتسانج ولي ولام (Kwong,Lam, Tsui, Ngan, Tsang, Lai & Lam,2016) التي أشارت إلى وجود علاقة ارتباطية قوية بين القلق؛ والإكتئاب لدى عينة من مرضى الصرع في هونج كونج.

وإضافة إلى ذلك، ودراسة السعدي وآخرين (Alsaadi& et al,2015) التي أكدت نتائجها على أن مرضى الصرع المصابين بالإكتئاب كانوا أكثر احتمالاً للإصابة بالقلق، والعكس.

وإِرساء فام وآخريِن (Pham& et al,2017) الَّتِي أَوْضَحَّت نَتائِجها وِجُود عَلاقَة ارتِباطِيَّة بَين زيادَة اِحتمالات الإِصابَة بالقلق؛ والإِصابَة بالإِكتئاب لَدَى مَرَضَى الصَّرَع.

مُناقِشَة نَتائِج الفِرْض الثَّانِي: -

أشارَت النَتائِج إلى وِجُود فِرْوق جَوْهَرِيَّة بَين المَرَضَى غير المُتزوجين، والمَرَضَى المُتزوجين، والمَرَضَى المُطلقين في أَعراض القلق. في اتِجاه المَرَضَى غير المُتزوجين. مما يَعمي أن مَرَضَى الصَّرَع غير المُتزوجين كانوا هُم المَرَضَى الأعلى في أَعراض القلق مُقارَنَة بالمَرَضَى المُطلقين، والمَرَضَى المُتزوجين. وقد اتفقت هذ ه النَتيجة مع الفِرْض المَطْرُوح في الدِراسَة الحَالِيَّة، ومع نَتائِج بَعض الدِراس ات السَّابِقَة، ومنها دِراسَة ستافرينيديس وكونستانتينيدو وانا ستاسيو وماليكيدس وباباكوستاس (Stavriniides, Constantinidou, Anastassiou, Malikides & Papacostas,2012) الَّتِي أظهرت نَتائِجها وِجُود فِرْوق ذات دلالَة إحصائية بَين مَرَضَى الصَّرَع في أَعراض القلق باخْتِلاف حَالَتُهُم الإِجتماعِيَّة في اتِجاه المَرَضَى المُطلقين مُقارَنَة بمَرَضَى الصَّرَع المُتزوجين، وغير المُتزوجين.

وإِرساء وانج وِجيو وهايا ووانج وتشين ودينج (Wang, Gu, Hao, Wang, Chen & Ding,2017) الَّتِي أشارَت نَتائِجها إلى ارتِفاع مُعدلات القلق لَدَى مَرَضَى الصَّرَع غير المُتزوجين مُقارَنَة بمَرَضَى الصَّرَع المُتزوجين.

وإِرساء سينغ وخادكا وتشتري (Singh, Khadka& Chhetri,2019) الَّتِي أَوْضَحَّت نَتائِجها ارتِفاع مُعدلات القلق لَدَى مَرَضَى الصَّرَع المُتزوجين مُقارَنَة بمَرَضَى الصَّرَع غير المُتزوجين.

مُناقِشَة نَتائِج الفِرْض الثَّالِث: -

أشارَت النَتائِج إلى وِجُود فِرْوق جَوْهَرِيَّة بَين مَرَضَى الصَّرَع في أَعراض الإِكتئاب باخْتِلاف مُعدل تِكْرار النُّوبات في اتِجاه المَرَضَى الَّتِي تَحْدُث النُّوبات لَديها بمُعدل نُّوبَة وَاحِدَة أو أَكْثَر من نُّوبَة يَوْمِيًّا، والمَرَضَى الَّتِي تَحْدُث النُّوبات لَديها بمُعدل نُّوبَة وَاحِدَة أو أَكْثَر من نُّوبَة أُسْبُوعِيًّا. مما يَعمي أن مَرَضَى الصَّرَع الَّتِي تَحْدُث النُّوبات لَديها بمُعدل نُّوبَة وَاحِدَة أو أَكْثَر من نُّوبَة يَوْمِيًّا، والمَرَضَى الَّتِي تَحْدُث النُّوبات لَديها بمُعدل نُّوبَة وَاحِدَة أو أَكْثَر من نُّوبَة أُسْبُوعِيًّا، كانوا هُم المَرَضَى الأعلى في أَعراض الإِكتئاب مُقارَنَة بالمَرَضَى الَّتِي تَحْدُث النُّوبات لَديها بمُعدل نُّوبَة وَاحِدَة أو أَكْثَر من نُّوبَة شَهْرِيًّا، والمَرَضَى الَّتِي تَحْدُث النُّوبات لَديها

بمعدل نوبة واحدة أو أكثر من نوبة سنويا. وقد اتفقت هذه النتيجة مع الفرض المطروح في الدراسة الحالية، ومع نتائج بعض الدراسات السابقة، ومنها دراسة يلديرما وارتم ودركن وبيباس (Yildirim, Ertem, Dirican & Baybaş, 2018) التي أشارت نتائجها إلى ارتفاع معدلات الإصابة بالإكتئاب لدى المرضى الأكثر تكراراً للنوبات الصرعية.

و دراسة فريدمان وسبرل وليو وتنسوكا وستول وجوبست وفرسر وجونسون وشيتور وساجاتوفك (Friedman, Spruill, Liu, Tatsuoka, Stoll, Jobst, Fraser, Johnson, Chaytor & Sajatovic, 2018) التي أوضحت نتائجها وجود علاقة ارتباطية بين ارتفاع إجمالي درجات الإكتئاب؛ والإصابة بالنوبات الصرعية النشطة، ووجود علاقة ارتباطية بين الإصابة بالأعراض الإكتئابية المتوسطة، والشديدة؛ والنوبات الصرعية المستمرة.

و دراسة ماجي وساجاتوفك وكيرلس وجونسون وليو وسبرل وفرسر وجنفك واسكفري وطومسون (McGee, Sajatovic, Quarells, Johnson, Liu, Spruill, Fraser, Janevic, Escoffery & Thompson, 2019) التي أظهرت نتائجها وجود علاقة ارتباطية بين الأعراض الإكتئابية؛ ومعدل تكرار النوبات الصرعية.

و دراسة جبور- بوكوروف ونيكولاسفيتش وهاجر وزيفانوفيتش وإغناطوفيتش (Gebauer-Bukurov, Nikolasevic, Hajder, Zivanovic & Ignjatovic, 2019) التي أشارت نتائجها إلى وجود علاقة ارتباطية بين ارتفاع مستويات الإكتئاب؛ وزيادة معدل تكرار النوبات الصرعية.

و دراسة بيكر وكاسويل واكليس (Baker, Caswell & Eccles, 2019) التي أوضحت نتائجها وجود علاقة ارتباطية موجبة بين شدة النوبات؛ والإكتئاب.

و دراسة دابله وجونيجا وسينغ وبالا (Dabla, Juneja, Singh & Bala, 2020) التي أظهرت نتائجها وجود علاقة ارتباطية موجبة بين الإصابة بالأمراض النفسية المصاحبة للإصابة بالصرع، وزيادة معدل تكرار النوبات.

و دراسة ليو وتشن وشاو (Liu, Chen & Xiao, 2020) التي أشارت نتائجها إلى وجود ارتباط موجب بين تكرار النوبات؛ وحدة الإكتئاب لدى مرضى الصرع.

توصيات الدراسة، والبحوث المستقبلية المقترحة: -

- ١- إجراء دراسات أو بحوث مستقبلية تتناول التأثير النفسي للأدوية المضادة للنوبات الصرعية على القلق، والإكتئاب لدى مَرْضَى الصَّرْع.
- ٢- إجراء دراسات أو بحوث مستقبلية تتناول القلق الصَّحِّي لدى مَرْضَى الصَّرْع.
- ٣- إجراء دراسات أو بحوث مستقبلية تتناول العلاقة بين الشعور بالوصمة الإجتماعية، والأفكار الإنتحارية لدى مَرْضَى الصَّرْع.
- ٤- إجراء دراسات أو بحوث مستقبلية تتناول الفروق بين مَرْضَى الصَّرْع، ومَرْضَى الصَّدَاع النَّصْفِي في الأداء النفسي العَصَبِي.

أولاً: قائمة المراجع الأجنبية: -

- Alsaadi, T., El Hammasi, K., Shahrour, T. M., Shakra, M., Turkawi, L., Almaskari, B., Diab, L., & Raof, M. (2015). Prevalence of depression and anxiety among patients with epilepsy attending the epilepsy clinic at Sheikh Khalifa Medical City, UAE: a cross-sectional study. **Epilepsy & Behavior**, 52, 194-199.
- Avedisova, A. S., Lebedeva, A. V., Pashnin, E. V., Kustov, G. V., Akzhigitov, R. G., & Guekht, A. B. (2020). Anxiety Disorders in Epilepsy. **Neuroscience and Behavioral Physiology**, 50(1), 1-7. doi.org/10.1007/s11055-019-00859-0
- Baker, D. A., Caswell, H. L., & Eccles, F. J. (2019). Self-compassion and depression, anxiety, and resilience in adults with epilepsy. **Epilepsy & Behavior**, 90, 154-161.
- Beghi, E. (2020). The Epidemiology of Epilepsy. **Neuroepidemiology**, 54(2), 185-191. [doi: 10.1159/000503831](https://doi.org/10.1159/000503831)
- Blixen, C., Ogede, D., Briggs, F., Aebi, M.E., Burant, C., Wilson, B., Terashima, J.P., & Sajatovic, M. (2020). Correlates of Stigma in People with Epilepsy. **Journal of Clinical Neurology**, 16(3), 423-432. doi.org/10.3988/jcn.2020.16.3.423
- Dabla, S., Juneja, H., Singh, P., & Bala, K. (2020). Depression, anxiety and suicidal ideation/behaviour among persons with epilepsy: Common but underestimated comorbidities in Haryana, North India. **Neurology Asia**, 25(1), 7-12.

- Elger, C. E., Johnston, S. A., & Hoppe, C. (2017). Diagnosing and treating depression in epilepsy. **Seizure**,44,184-193.doi.org/10.1016/j.seizure.2016.10.018
- Friedman, D., Spruill, T. M., Liu, H., Tatsuoka, C., Stoll, S., Jobst, B. C., Chaytor., & Sajatovic, M. (2018). Depressive symptoms and suicidality among individuals with epilepsy enrolled in self-management studies: results from the US Centers for Disease Control and Prevention Managing Epilepsy Well (MEW) Network. **Epilepsy & Behavior**, 87, 235-240.
- Gebauer-Bukurov, K., Nikolasevic, Z., Hajder, D., Zivanovic, Z., & Ignjatovic, V. B. (2019). Evaluation of symptoms of depression and anxiety in adolescents with epilepsy in a tertiary-level medical center in Serbia. **Annals of Indian Academy of Neurology**, 22(4), 419-425.
- Janzen, T. B., Al Shirawi, M., Rotzinger, S., Kennedy, S., & Bartel, L.(2019). A Pilot Study Investigating the Effect of Music-Based Intervention on Depression and Anhedonia. **frontiers in psychology**, 10,1083,1-13.doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01038
- Jung, K. Y. (2020). Epidemiology of Epilepsy in Korea. **Epilia: Epilepsy Community**, 2(1), 17-20. doi.org/10.35615/epilia.2020.00108
- Kanner, A.M. (2016). Management of psychiatric and neurological comorbidities in epilepsy. **Nature Reviews Neurology**, 12(2), 106-116.[doi:10.1038/nrneurol.2015.243](https://doi.org/10.1038/nrneurol.2015.243)
- Kimiskidis, V. K., & Valeta, T. (2012). Epilepsy and anxiety: epidemiology, classification, aetiology, and treatment. **Epileptic Disorders**, 14(3), 248-256.doi.org/10.1684/epd.2012.0524
- Kumar, S., Sarangi, S.C., Tripathi, M., Ramanujam, B., & Gupta, Y.K. (2019). Seizure recurrence risk in persons with epilepsy undergoing antiepileptic drug tapering. **Acta neurologica Scandinavica**,141,65-76 .[doi: 10.1111/ane.13183](https://doi.org/10.1111/ane.13183)
- Kuteesa, H., Abbo, C., & Muhwezi, W.W. (2020). Prevalence and factors associated with suicidal behavior among adolescents with epilepsy at Mulago and Butabika national referral hospitals in Uganda. **Research Square**, 1-31.[doi:10.21203/rs.2.22768/v1](https://doi.org/10.21203/rs.2.22768/v1)
- Kwon, O. Y., & Park, S. P. (2014). Depression and anxiety in people with epilepsy. **J Clin Neurol**, 10(3), 175-188. [doi .10.3988/jcn.2014.10.3.175](https://doi.org/10.3988/jcn.2014.10.3.175)

- Kwong, K. L., Lam, D., Tsui, S., Ngan, M., Tsang, B., Lai, T. S., & Lam, S. M. (2016). Anxiety and depression in adolescents with epilepsy. **Journal of child neurology**, 31(2), 203-210. [doi: 10.1177/0883073815587942](https://doi.org/10.1177/0883073815587942)
- Leoa, A., Citraro, R., Tallarico, M., Iannone, M., Fedosova, E., Nesci, V., Sarro, G.D., Sarkisova, K., & Russo, E. (2019). Cognitive impairment in the WAG/Rij rat absence model is secondary to absence seizures and depressive-like behavior. **Progress in Neuropsychopharmacology & Biological Psychiatry**, 94, 1-11. doi.org/10.1016/j.pnpbp.2019.109652
- Lin, C.Y., & Pakpour, A.H. (2017). Using Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) on patients with epilepsy: Confirmatory factor analysis and Rasch models. **Seizure**, 45, 42-46. doi.org/10.1016/j.seizure.2016.11.019
- Liu, X., Chen, H., & Xiao, Z. (2020). Effects of seizure frequency, depression and generalized anxiety on suicidal tendency in people with epilepsy. **Epilepsy Research**, 160, 106265,1-6. doi.org/10.1016/j.epilepsyres.2020.106265
- Liu, Z., Yin, R., Fan, Z., Fan, H., Wu, H., Shen, B., Wu, S., & Kuang, F. (2020). Gender Differences in Associated and Predictive Factors of Anxiety and Depression in People With Epilepsy. **Frontiers in Psychiatry**, 11(670), 1-9. [doi: 10.3389/fpsy.2020.00670](https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00670)
- Martínez, C. M., Isla, L. G., Márquez, I. G., Ventura, J. A. M., Naranjo, P. P., Sanchez, E. M., Portillo ,A.M., Conesa , M.F., & BAJAÑA, F. S. B. (2020, January). What a radiologist should know about epilepsy: common causes and MRI findings. **European Society of Radiology**. doi.org/10.26044/ecr2020/C-14749
- McGee, R. E., Sajatovic, M., Quarells, R. C., Johnson, E. K., Liu, H., Spruill, T. M., Fraser, R. T., Janevic, M., Escoffery, C., & Thompson, N. J. (2019). Depression and quality of life among African Americans with epilepsy: Findings from the Managing Epilepsy Well (MEW) Network integrated database. **Epilepsy & Behavior**, 94, 301-306.
- Michaelis, R., Tang, V., Wagner, J. L., Modi, A. C., LaFrance Jr, W. C., Goldstein, L. H., Lundgren, T., & Reuber, M. (2018). Cochrane systematic review and meta-analysis of the impact of psychological treatments for people with epilepsy on health-related quality of life. **Epilepsia**, 59(2), 315-332. [doi: 10.1111/epi.13989](https://doi.org/10.1111/epi.13989)

- Mufaddel, A. (2014). Epilepsy and its Management in Relation to Psychiatry. **International Journal of Neurorehabilitation**, 1(3), 1-5.[doi.10.4172/2376-0281.1000121](https://doi.org/10.4172/2376-0281.1000121)
- Mula, M., & Schmitz, B. (2009). Depression in epilepsy: mechanisms and therapeutic approach. **Therapeutic advances in neurological disorders**, 2(5), 337-344. doi.org/10.1177/1756285609337340
- Patel, P., & Moshé, S. L. (2020). The evolution of the concepts of seizures and epilepsy: What's in a name? **Epilepsia Open**, 5(1), 22-35. [doi.10.1002/epi4.12375](https://doi.org/10.1002/epi4.12375)
- Pham, T., Sauro, K. M., Patten, S. B., Wiebe, S., Fiest, K. M., Bulloch, A. G., & Jetté, N. (2017). The prevalence of anxiety and associated factors in persons with epilepsy. **Epilepsia**, 58(8), e107-e110.
- Rayner, G. (2017). The contribution of cognitive networks to depression in epilepsy. **Epilepsy currents**, 17(2), 78-83.doi.org/10.5698/1535-7511.17.2.78
- Ridley, M. W., Rao, G., Schilbach, F., & Patel, V. H. (2020). **Poverty, Depression, and Anxiety: Causal Evidence and Mechanisms** (Working Paper 27157). Cambridge, National Bureau of Economic Research.[doi:10.3386/w27157](https://doi.org/10.3386/w27157)
- Sabea, M.T.M., & Mohamoud, E.H. (2018). Educational Program for School Health Nurses and Teachers Regarding Primary School Children with Epilepsy. **American Journal of Nursing Research**, 6(5), 253-262.[doi:10.12691/ajnr-6-5-6](https://doi.org/10.12691/ajnr-6-5-6)
- Secco, M. (2020). Epilepsy: A public health priority. **Epilepsy & Behavior**, 103, 106829,1-3.doi.org/10.1016/j.yebeh.2019.106829
- Singh, P. M., Khadka, S., & Chhetri, A. (2019). A Study of Anxiety in Epileptic People Attending Out-Patient Department of Psychiatry, Nepal Medical College Teaching Hospital. **Journal of BP Koirala Institute of Health Sciences**, 2(2), 28-33. <https://doi.org/10.3126/jbpmkihs.v2i2.27854>
- Stavrinides, P., Constantinidou, F., Anastassiou, I., Malikides, A., & Papacostas, S. (2012). Psychosocial adjustment of epilepsy patients in Cyprus. **Epilepsy & Behavior**, 25(1), 98-104. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2012.05.022>
- Tan, M., & Kavurmaci, M. (2020). Complementary And Alternative Medicine Use In Turkish Patients With Epilepsy. **Alternative therapies in health and Medicine**.

- Tombini, M., Assenza, G., Quintiliani, L., Ricci, L., Lanzone, J., Ulivi, M., & Di Lazzaro, V. (2020). Depressive symptoms and difficulties in emotion regulation in adult patients with epilepsy: Association with quality of life and stigma. **Epilepsy & Behavior**, 107, 107073. doi.org/10.1016/j.yebeh.2020.107073
- Wang, F. L., Gu, X. M., Hao, B. Y., Wang, S., Chen, Z. J., & Ding, C. Y. (2017). Influence of marital status on the quality of life of Chinese adult patients with epilepsy. **Chinese medical journal**, 130(1), 83-87. [doi: 10.4103/0366-6999.196572](https://doi.org/10.4103/0366-6999.196572)
- Yıldırım, Z., Ertem, D. H., Dirican, A. C., & Baybaş, S. (2018). Stigma accounts for depression in patients with epilepsy. **Epilepsy & Behavior**, 78, 1-6.

ثانياً: قائمة المراجع الإلكترونية: -

الجمعية الأمريكية لعلم النفس. الإكتئاب. تم استرجاعها بتاريخ ٥ يوليو، ٢٠٢٠ من

<https://www.apa.org/topics/depression>

منظمة الصحة العالمية. الصرع. تم استرجاعها بتاريخ ٧ يوليو، ٢٠٢٠ من

[https:// www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/epilepsy](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/epilepsy)

Anxiety and Depression Symptoms in Epileptic Patients in Terms of Some Demographic and Clinical Variables

Abstract

This present study aims to investigate of the relationship between symptoms of anxiety, depression in a sample of patients with epilepsy, and the differences in symptoms of anxiety, depression symptoms in epileptic patients in terms of some demographic and clinical variables (marital status - the frequency of seizures). The researchers tested the hypotheses of this study on an intended sample of 122 patients with epilepsy, they do not suffer from any mental disorders. The results of the study showed; a positive, moderately significant association between developing anxiety and depression in epilepsy patients. There are differences in symptoms of anxiety depending on marital status among patients with epilepsy for single patients. There are differences in symptoms of depression depending on the frequency of epilepsy among patients with epilepsy for patients who have seizures daily, weekly.

key words: Anxiety, Depression- Epilepsy

