پژوهنده (مجله پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی)
سال نوزدهم، شماره ۲، پی در پی ۹۸، صفحات ۱۰۷ تا ۱۱۱
خرداد و تیر ۱۳۹۳

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۱/۷/۱۸
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۳/۲/۱۶

# بررسی میزان افسردگی در کودکان مبتلا به صرع مراجعه کننده به درمانگاه مغز و اعصاب بیمارستان کودکان مفید

*دکتر علیرضا ظهیرالدین*[*1]، دکتر محمد غفرانی[2]، دکتر پروین دیباج نیا[3]، دکتر زهرا جودی نعمتی[4]*

۱. استاد روانپزشکی، مرکز تحقیقات علوم رفتاری بیمارستان امام حسین(ع)، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران
۲. استاد اعصاب اطفال، بیمارستان مفید، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران
۳. دانشیار روانپزشکی، دانشکده علوم توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و مرکز تحقیقات علوم رفتاری بیمارستان امام حسین(ع)، تهران
۴. پزشک عمومی، مرکز تحقیقات علوم رفتاری بیمارستان امام حسین(ع)، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران

## چکیده

**سابقه و هدف:** بیماری صرع، شایع‌ترین اختلال نورولوژیک اطفال است که نیاز به درمان طولانی مدت دارویی دارد. برخی مطالعات، افزایش خطر ابتلا به افسردگی را در کودکان و نوجوانان مبتلا به صرع نشان داده است. کودکان و نوجوانان مبتلا، مشکلات هیجانی و رفتاری بیشتری را در مقایسه با کودکان و نوجوانان سالم و افراد مبتلا به سایر بیماری‌های مزمن تجربه می‌نمایند. هدف از این مطالعه، بررسی میزان شیوع 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.

**مواد و روش‌ها:** در این مطالعه‌ی توصیفی، ۷۰ بیمار مبتلا به صرع که به درمانگاه فوق تخصصی مغز و اعصاب کودکان بیمارستان مفید دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی مراجعه کرده بودند، از نظر ابتلا به افسردگی توسط پرسشنامه‌ی افسردگی کودکان و نوجوانان و پرسشنامه‌ی دموگرافیک، مورد ارزیابی قرار گرفتند.

**یافته‌ها:** ۸۵/۷٪ از بیماران مبتلا به صرع، بر اساس تست افسردگی کودکان و نوجوانان، مبتلا به افسردگی بودند. بیشتر بیماران، مبتلا به افسردگی خفیف و یا متوسط بودند.

**نتیجه‌گیری:** نتایج حاصله از این پژوهش، نشان‌دهنده‌ی بالا بودن میزان علایم افسردگی در بیماران مبتلا به صرع است. از آنجا که افسردگی قابل درمان است، غربالگری و تشخیص به موقع افسردگی در افراد مبتلا، پیشنهاد می‌گردد.

**واژگان کلیدی:** کودکان، افسردگی، صرع

لطفاً به این مقاله به صورت زیر استناد نمایید:

Zahirrodin A, Ghofrani M, Dibajnia P, Jodi Nemati Z. Evaluation of depression in Iranian children with epilepsy, which referred to neurological clinic of Mofid Hospital. Pejouhandeh 2014;19(2):107–111.

## مقدمه

بیماری صرع، شایع‌ترین اختلال نورولوژیک اطفال است که نیاز به درمان طولانی مدت دارویی دارد (۱). صرع با ماهیتی غیرقابل پیش‌بینی و سیر مزمن، اختلال نورولوژیک مزمنی است که عملکرد شناختی و رفتاری انسان مبتلا را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۲). اضطراب و افسردگی، شایع‌ترین اختلالات روانپزشکی در بین بالغین مبتلا به صرع می‌باشند (۳ و ۴).

پژوهش‌های چندی، افزایش خطر ابتلا به افسردگی را در کودکان و نوجوانان مبتلا به صرع، نشان داده است (۵). کودکان و نوجوانان مبتلا به تشنج در مقایسه با کودکان و نوجوانان سالم یا مبتلا به سایر بیماری‌های مزمن، مشکلات هیجانی و رفتاری بیشتری را تجربه می‌کنند (۶ و ۷). افسردگی، شایع‌ترین اختلال روانپزشکی در افراد مبتلا به صرع بوده و باعث کاهش کیفیت زندگی افراد مبتلا می‌شود (۸).

بررسی‌ها نشان داده‌اند که شیوع افسردگی در بین کودکان و نوجوانان مبتلا به صرع ۵/۴٪ می‌باشد. همچنین، گزارش شده است که ۷۰٪ از بیماران ارجاع شده‌ی مبتلا به صرع، از نوعی اختلال روانپزشکی رنج می‌برند که در این بین، افسردگی به

*نویسنده مسؤول مکاتبات: دکتر علیرضا ظهیرالدین؛ تهران، بیمارستان امام حسین(ع)، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، تلفن: ۷۷۵۵۳۰۳۴ (۰۲۱)، نمابر: ۷۷۵۵۳۰۷۴ (۰۲۱)؛ پست الکترونیک: azahiroddin@yahoo.com

[ Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-22 ]

عنوان شایع‌ترین (۳۶/۴٪) اختلال گزارش گردیده است (۸). لازم به ذکر است که شیوع افسردگی در نقاط مختلف دنیا بین ۲۳ تا ۳۳ درصد، در نوسان می‌باشد (۱۲-۹).

وجود افسردگی در کنار صرع، به بهره‌گیری بیشتر از خدمات درمانی سرپایی، بستری و هزینه‌ی بیشتر درمان منجر شده است (۱۳). همچنین، عنوان شده است که کیفیت زندگی مبتلایان به صرع، بیشتر از آنچه که وابسته به متغیرهای مرتبط با صرع باشد، به متغیرهای وابسته به سلامت روانی، مربوط می‌باشد (۱۴). تشنج در کودکان و نوجوانان، با اختلالات رفتاری خاصی همراه است که از این میان رفتارهای مخرب و اختلالات خلقی، دارای بیشترین شیوع می‌باشند. علیرغم اهمیت فراوان، افسردگی در مبتلایان به صرع، کمتر مورد تشخیص و درمان قرار می‌گیرد (۱۵). پزشکان از طریق غربالگری و تشخیص مشکلات روانپزشکی مبتلایان به صرع، می‌توانند پیامدهای بیماران خود را بهبود بخشند (۱۶). توجه بیشتر ارایه‌کنندگان خدمات بهداشتی به اختلالات روانپزشکی همراه و اطلاع از شدت آنها در مبتلایان به صرع، الزامی است (۱۷).

علیرغم اهمیت این موضوع، ما نتواستیم مطالعه‌ی مشابهی در این زمینه در میان جمعیت ایرانی و کودکان مبتلا به صرع، پیدا کنیم. در نتیجه، بیشتر اطلاعات ما بر اساس مطالعات و پژوهش‌های انجام شده در سایر کشورها و کتب مرجع بود. بر همین اساس، تحقیق حاضر به منظور تعیین شیوع افسردگی و عوامل خطر مرتبط با آن در کودکان مبتلا به صرع مراجعه کننده به درمانگاه مغز و اعصاب بیمارستان کودکان مفید، انجام گرفت.

## مواد و روش‌ها

مطالعه‌ی انجام شده از نوع توصیفی بوده و جامعه‌ی آزمون را بیماران مبتلا به صرع مراجعه‌کننده به درمانگاه فوق تخصصی مغز و اعصاب کودکان بیمارستان مفید، تشکیل می‌دهند. از میان مراجعین، ۷۰ بیمار مصروع (اپیلپتیک) که بیماری آنها توسط پزشک فوق تخصص با توجه به معیارهای خروج از مطالعه، شرح حال و EEG، مورد تأیید قرار گرفته و نوع صرع آنان تعیین شده بود، انتخاب شدند.

معیارهای خروج از مطالعه عبارت بودند از سن زیر ۷ سال، وجود عقب ماندگی ذهنی، نرفتن به مدرسه، عدم همکاری بیمار و عدم رضایت والدین جهت همکاری بیمار.

ابزار سنجش شامل پرسشنامه‌ی دموگرافیک و آزمون افسردگی کودکان و نوجوانان بود که توسط جان‌بزرگی، جهت جامعه ایرانی طراحی شده و در مجله پژوهنده به چاپ رسیده است (۱۸). هنجار ایرانی آزمون افسردگی کودک و نوجوان، در جدول ۱، آورده شده است.

**جدول ۱. هنجار ایرانی آزمون افسردگی کودک و نوجوان.**

| نمره‌ی تراز شده | معنای نمره | نمره‌ی خام |
|---|---|---|
| ۱ | فقدان افسردگی | ۱ - ۰ |
| ۲ | افسردگی خفیف | ۷ - ۲ |
| ۳ | افسردگی متوسط | ۱۸ - ۸ |
| ۴ | افسردگی شدید | ۲۸ - ۱۹ |
| ۵ | افسردگی بسیار شدید | ۲۹ |

این آزمون شامل ۲۱ سؤال است که بر اساس ۱۳ محور تدوین شده است. در برابر ۱۲ محور که مشخص‌کننده‌ی یکی از علایم بیماری است، ۵ جمله وجود دارد که آن عامل را از قطب مثبت تا منفی درجه بندی کرده است و آزمودنی عبارتی را که بیشتر با حال او متناسب است، انتخاب می‌کند. محور ۱۳ شامل سؤال اضافی است که به صورت بلی و خیر نمره‌گذاری می‌شود.

نمره‌گذاری آزمون بر اساس روش لیکرت از صفر تا ۲ (الف= صفر و ه= ۴) برای محورهای ۱ تا ۱۲ و برای سؤال‌های اضافی (۱ و ۰) برای بلی و خیر طراحی شده است. مجموع نمرات مربوط به سؤال‌های اضافی، تقسیم بر عدد ۹ می‌شود و سپس این نمره با نمره‌ی ۱۲ محور اصلی، جمع می‌گردد. کل نمره با مقیاس تراز شده برای جامعه‌ی مورد مطالعه‌ی آزمون (کودکان و نوجوانان شاغل به تحصیل در سطح شهر تهران از ۷ تا ۱۸ ساله) مقایسه و جایگاه فرد از نظر میزان افسردگی، مشخص می‌شود. اعتبار آزمون با محاسبه‌ی ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۸۴۰۲گزارش شده است (۱۸).

برای اجرا و تکمیل پرسشنامه، جهت اطمینان از فهم و درک سؤالات، تمامی پرسشنامه تحت نظر مجری طرح، توضیح و تفهیم و سؤالات توسط وی تکمیل گردیده است. پس از انجام این پژوهش، ضریب آلفای کرونباخ معادل ۰/۸۸۱ به دست آمد. پس از جمع‌آوری داده‌ها، نتایج با استفاده از نرم افزار SPSS (نسخه ۱۷) مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

## یافته‌ها

تحقیق حاضر روی ۷۰ کودک واجد شرایط انجام گرفت که شامل۳۷ پسر (۵۲/۹٪) و ۳۳ دختر (۴۷/۱٪) بودند. از بین افراد مورد بررسی، ۶۴٪ به صرع ژنرالیزه، ۲۹٪ به صرع تمپورال و ۷٪ نیز به صرع پتی‌مال مبتلا بودند.

[ Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-22 ]

در مجموع، ۶۰ نفر از بیماران با توجه به آزمون افسردگی کودکان، افسرده به حساب می‌آیند که شیوع آن ۸۵/۷٪ بوده و انواع افسردگی و درصدهای مربوطه، در جدول ۲ نشان داده شده است. در این مطالعه، ۲/۹٪ از کودکان، مبتلا به افسردگی بسیار شدید بودند که هر دو بیمار پسر بوده و نمره‌ی بالاتر از۲۹ را درآزمون افسردگی کودکان کسب کردند.

**جدول ۲. توزیع کودکان مبتلا به صرع بر حسب شدت افسردگی.**

| افسردگی | تعداد | درصد |
|---|---|---|
| ندارد | ۱۰ | ۱۴/۳ |
| خفیف | ۲۹ | ۴۱/۴ |
| متوسط | ۲۳ | ۳۲/۸ |
| شدید | ۶ | ۸/۶ |
| بسیار شدید | ۲ | ۲/۹ |
| کل | ۷۰ | ۱۰۰ |

با توجه به تحلیل آماری انجام شده در این مطالعه بین نوع صرع و شدت افسردگی رابطه‌ی معناداری به لحاظ آماری وجود ندارد. بیماران در دو گروه دختر و پسر شامل ۳۷ پسر و ۳۳ دختر مورد بررسی قرار گرفتند. ۸۴/۸٪ از دختران و ۸۶/۵٪ از پسران، معیارهای افسردگی را دارا بودند. این اختلاف کم در شیوع افسردگی در دو جنس به لحاظ آماری معنی‌دار نبود (P<۰/۹).

بین جنسیت و افسردگی و شدت افسردگی، رابطه‌ی معناداری از لحاظ آماری وجود نداشت (P=۱). همچنین، بین جنسیت و نوع صرع ،رابطه‌ی معناداری از لحاظ آماری، وجود نداشت (P=۰/۳۷۲).

میانگین سنی افراد فاقد افسردگی، ۹/۱۶ سال و میانگین سنی افراد افسرده، ۱۱ سال بود. میانگین سنی افراد افسرده نزدیک به ۲ سال بیشتر از افراد فاقد افسردگی بود. از لحاظ آماری نیز رابطه‌ی معناداری بین سن و افسردگی وجود داشت (P<۰/۰۰۱).

بررسی افراد از نظر تحصیلات نشان می‌دهد که با افزایش تحصیلات، میزان افسردگی بیماران افزایش داشته و رو به رشد بوده است. این روند افزایشی، به لحاظ آماری نیز معنی‌داری بوده است (مقدار P از ۰/۰۸۴ به ۰/۰۱۷ رسیده است).

در این مطالعه، تعداد فرزندان خانواده نیز مورد بررسی قرار گرفت. میانگین تعداد فرزندان خانواده در بیماران فاقد افسردگی، ۱/۹ و میانگین تعداد فرزندان خانواده در بیماران افسرده ۲/۴۵ بود. با توجه به داده‌های فوق، بیمارانی که در خانواده‌های پرجمعیت زندگی می‌کردند و تعداد فرزندان بیشتری داشتند، میزان افسردگی بیشتر بوده است. از لحاظ آماری نیز بین میانگین تعداد فرزندان خانواده و افسردگی، رابطه‌ی معناداری وجود داشت (P=۰/۰۲۵).

## بحث

نتایج به‌دست آمده از مطالعه‌ی حاضر، درصد بالاتری از افسردگی در مبتلایان به صرع را نشان می‌دهد. این اختلاف را می‌توان به تفاوت در روش‌های مورد استفاده، منابع نمونه‌گیری، سن متفاوت نمونه‌ها و کاربرد آزمون‌های متفاوت و تعداد و نوع افراد ارایه‌دهنده‌ی اطلاعات و اعتبار اطلاعات آنان که در نتایج تأثیرگذار است، مربوط دانست.

بر اساس یافته‌های این پژوهش، ۸۵/۷ درصد از بیماران مصروع، به افسردگی مبتلا می‌باشند. این نتیجه، نشان‌دهنده‌ی میزان بسیار بالای افسردگی در این بیماران نسبت به جمعیت عمومی است. در مجموع، مطالعات انجام شده بر صرع دوران کودکی، میزان اختلالات خلقی را در این گروه بین ۱۲ تا ۲۶ درصد گزارش کرده‌اند (۳ و ۱۹). در بیشتر مطالعات، میزان اختلالات خلقی و مشکلات روانپزشکی در صرع به نسبت سایر بیماری‌های مزمن، بیشتر بوده است.

در سایر مطالعات نیز، مشکلات روانی در کودکان مبتلا به صرع نسبت به کودکان مبتلا به سایر بیماری‌های مزمن، سنجیده شده است. نسبت مشکلات روانی و اجتماعی در کودکان مبتلا به صرع در مقایسه با کودکان مبتلا به آسم، بیشتر بوده است (۲۰).

در یک مطالعه‌ی دیگر، مشکلات روانی در ۴۸٪ از کودکان مبتلا به صرع و ۱۷٪ از بیماران دیابتی، گزارش شده است (۶).

در مطالعه‌ی Ott و همکاران، اختلالات خلقی شامل اضطراب و افسردگی، به ترتیب در ۱۲٪ از ۴۸ کودک مبتلا به صرع ژنرالیزه و ۱۳٪ از ۴۸ کودک مبتلا به صرع ابسنس، گزارش گردید (۱۹).

Dunn و همکاران، با استفاده از ابزار خود گزارشگر پرسشنامه افسردگی کودکان (CDI)، در نمونه‌ای از جامعه شامل ۱۱۵ نوجوان، نرخ افسردگی را به میزان ۲۵٪ گزارش کردند (۲۱). در مطالعه‌ی Ettinger نیز افسردگی سنجیده شده توسط CDI، به میزان ۲۶٪ در کودکان مبتلا به صرع در محدوده‌ی سنی ۷ تا ۱۸ سال، گزارش شد (۹). در این مطالعه، همچنین افکار خودکشی همراه با اقدام به آن در ۳/۴٪ و افکار خودکشی بدون اقدام به آن، در ۱۱٪ از کودکان مبتلا به صرع گزارش شد.

[ Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-22 ]

در این تحقیق بین نوع صرع و شدت افسردگی، رابطه‌ای وجود نداشت. در مطالعه‌ی Newsom-Davis و همکاران، نوع صرع با نوع علایم روانپزشکی بیماران مبتلا به صرع، همبستگی داشت (۲۲).

در این مطالعه، بر اساس هنجار ایرانی، فقدان افسردگی برای نمرات صفر و یک بوده و افرادی که نمره‌ی بالاتر از ۲ را کسب کنند، افسرده به حساب می‌آیند. بنابراین، علایم خفیف و متوسط نیز به عنوان علایم افسردگی ثبت گردید. به عبارت دیگر، مطالعه‌ی حاضر، انواع تحت بالینی افسردگی را نیز گزارش کرده است که می‌توان از آن به عنوان دقت مطالعه‌ی حاضر نام برد. ۴۱/۴٪ از بیماران، به افسردگی خفیف و ۳۲/۹٪، به افسردگی متوسط مبتلا بوده‌اند. این موضوع، می‌تواند تا حدودی به عنوان دلیل تفاوت در نتایج مطالعه‌ی حاضر و برخی مطالعات مشابه نیز محسوب گردد.

اخیراً در پژوهشی که به بررسی و مرور ۱۵ ساله‌ی مقالات موجود در زمینه‌ی شیوع افسردگی در کودکان و نوجوانان پرداخته، عنوان شده است که افسردگی، شایع‌ترین دلیل سایکوپاتولوژی در این افراد می‌باشد. همچنین، شیوع افسردگی در کودکان و نوجوانان را در مقالات مختلف، بین ۵/۲٪ تا ۳۹/۶٪ گزارش نموده است. علاوه بر این، تشخیص به موقع و درمان افسردگی، به منظور افزایش کیفیت زندگی آنان نیز توصیه شده است (۲۵-۲۳).

از موارد محدودیت این مطالعه، می‌توان به حجم کم نمونه و نبودن گروه شاهد اشاره نمود. لذا انجام مطالعات گسترده‌تر با حجم نمونه‌ی بیشتر و انجام مصاحبه‌ی ساختار یافته‌ی کلینیکی توسط روانپزشک به منظور تشخیص مشکلات روانشناختی (افسردگی، اضطراب، ADHD و ...) در کنار استفاده از پرسشنامه، توصیه می‌گردد.

## *REFERENCES*

1. Tasi FJ, Liu ST, Lee CM, Lee WT, Fan PC, Lin WS, *et al*. ADHD-related symptoms in Taiwanese children with epilepsy. J Formosan Med Assoc 2012;1–10.

2. Hernandez MT, Sauerwein HC, Jambaque I. Attention, memory and behavioral adjustment in children with frontal lobe epilepsy. Epilepsy Behav 2003;4(5):522–39.

3. Jacoby A, Baker GA, Steen N, Potts P, Chadwick DW. The clinical course of epilepsy and its psychosocial correlates: findings from a U.K. community study. Epilepsia 1996;37:148–61.

4. Robertson MM. Channon S, Baker J. Depressive symptomatology in genrral hospital sample of out patients with temporal lobe epilepsy: a controlled study. Epilepsia 1994;35:771–7.

5. Plioplys S. Depression in children and adolescents with epilepsy. Epilepsy Behav 2003;suppl 3:539–45.

6. Hoare P. The development of psychiatric disorder among schoolchildren with epilepsy. Dev Med Child Neurol 1984; 26:3–13.

7. Rutter M, Graham P, Yule W. A neuropsychiatric study in childhood. Philadelphia: Lippincott; 1970.

8. Caplan R, Siddarth P, Gurbani S, Hanson R, Sankar R, Shilds WD. Depression and anxiety disorders in pediatric epilepsy. Epilepsia 2005;46:720–30.

9. Ettinger AB, Weisbrot DM, Nolan EE, Gadow KD, Vitale SA, Andriola MR, *et al*. Symptoms of depression and anxiety in pediatric epilepsy patients. Epilepsia 1998;39(6):595–9.

10. Alwash RH, Hussein MJ, Matloub FF. Symptoms of anxiety and depression among adolescents with seizures in Irbid, Northern Jordan. Seizure 2000;9(6):412–6.

11. Dunn D, Austin J, Perkins S. Prevalence of psychopathology in childhood epilepsy: categorical and dimensional measures. Dev Med Child Neurol 2009;51(5):364–72.

12. Oguz A, Kurul S, Dirik E. Relationship of epilepsy-related factors to anxiety and depression scores in epileptic children. J Child Neurol 2002;17(1):37–40.

13. Lee WC, Arcona S, Thomas SK, Wang Q, Hoffmann Ms, Pashos CL. Effect of comorbiditits on medical cane use and cost among refranctory patients with partial seizune disorder. Epilepsy Behav 2005;7:123–6.

14. Gillam FG. Diagnosis and treatment of moed disorders in persons with epilepsy.Curr Opin Neurol 2005;18:129–33.

15. Jones JE, Hermann BP, Woodard JL, Barry JJ, Gilliam F, Kanner AM, *et al*. Screnning for major depression in epilepsy with common self-report depression inventories. Epilepsia 2005;46:731–5.

16. Strine TW, Kobau R, Chapman DP, Thurman DJ, Price P, Balluz LS. Psychological disteness, comorbidities, and health behaviors among U.S. adults with seizures: results from the 2002 National Health Interview Survey. Epilepsia 2005;46:1133–9.

17. Blumer D, Montouris G, Hermann B. Psychiatric morbidity in seizure patients on a neurodiagnostic monitoring unit. J Neuropsychiatry Clin Neurosci 1995;7:445–56.

[ Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-22 ]

18. Jonbozorgey M, Mostakhdemin Hosseni KH. Prevalence of depression in school students in Tehran. Pejouhandeh 2006;1(6):9–15. (Full Text in Persian)

19. Ott D, Caplan R, Guthrie D, Siddarth P, Komo S, Shields WD, *et al*. Measures of psychopathology in children with complex partial seizures and primary generalized epilepsy with absence. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2001;40:907–14.

20. Austin JK, Smith MS, Risinger MW, McNelis AM. Childhood epilepsy and asthma: Comparison of quality of life. Epilepsia 1994;35:608–15.

21. Dunn D, Austin J, Huster G. Symptoms of depression in adolescents with epilepsy. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1999;38:1132–8.

22. Newsom-Davis I, Goldstein LH, Fitzpatrick D. Fear of seizures: an investigation and treatment. Seizure 1998;7: 101–6.

23. Seyfhashemi M, Bahadoran P. Depression in children and adolescents with epilepsy: a 15 year research review of prevalence, and demographic and seizure related correlates. Iran J Pediatr 2013;23(1):1–7.

24. Turky A, Beavis JM, Thapar AK, Kerr MP. Psychopathology in children and adolescents with epilepsy: An investigation of predictive variables. Epilepsy Behav 2008;12(1):136–44.

25. Ojong M, Allen SN. Treatment of depression in patients with epilepsy. US Pharm 2012;37(11):29–32.

[ Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-22 ]