

## ***Relationship between Depression after Traumatic Brain Injury and Demographic Characteristics in a Three-Year Follow-up***

Fatemeh Zahra Naseri Qara<sup>1</sup>,  
Misagh Shafizad<sup>2</sup>,  
Seyed Hamzeh Hosseini<sup>3</sup>

<sup>1</sup> MSc in Clinical Psychology, Faculty of Medical Sciences, Islamic Azad University, Sari Branch, Sari, Iran

<sup>2</sup> Assistant Professor, Department of Neurosurgery, Faculty of Medicine, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

<sup>3</sup> Associate Professor, Department of Psychiatry, Psychiatry and Behavioral Sciences Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

(Received August 15, 2017 Accepted December 31, 2017)

### ***Abstract***

**Background and purpose:** Depression is one of the most common psychiatric disorders. It could occur following physical problems such as traumatic brain injury. This study was conducted to investigate the level of depression after traumatic brain injury based on demographic characteristics.

**Materials and methods:** In this cross-sectional study, the research population included 409 patients with traumatic brain injury attending Sari Imam Khomeini Hospital, Iran, 2010-2014. Among these, 97 patients were selected using purposive sampling. Depression was measured by administering Beck Depression Inventory and demographic characteristics were recorded using a researcher-made questionnaire. Data analysis was done in SPSS V19.

**Results:** The findings showed a significant relationship between depression after traumatic brain injury and sex ( $P=0.010$ ). But depression after traumatic brain injury did not significantly correlate with age groups ( $P=0.25$ ), educational level ( $P=0.191$ ), material status ( $P=0.088$ ), and place of residence ( $P=0.821$ ).

**Conclusion:** Comorbidity of depression with traumatic brain injury was found to be higher in females compared to males. Therefore, psychiatric interventions are necessary in these patients for diagnosis and management of depression.

**Keywords:** traumatic brain injury, depression, demographic characteristics

## بررسی مقایسه ای میزان افسردگی، سه سال بعد از آسیب تروماتیک مغزی در گروه های مختلف جمعیت شناختی

فاطمه زهرا ناصری قرا<sup>۱</sup>

میثاق شفیع زاد<sup>۲</sup>

سید حمزه حسینی<sup>۳</sup>

### چکیده

**سابقه و هدف:** افسردگی از شایع ترین اختلالات روانپزشکی است که می تواند به دنبال یک بیماری جسمانی مانند آسیب تروماتیک مغزی رخ دهد. این مطالعه با هدف بررسی میزان افسردگی بعد از آسیب تروماتیک مغزی بر حسب ویژگی های جمعیت شناختی صورت پذیرفت.

**مواد و روش ها:** در این مطالعه مقطعی، جامعه آماری شامل ۴۰۹ بیمار مبتلا به آسیب تروماتیک مغزی مراجعه کننده به بیمارستان امام خمینی ساری در سال ۹۳-۸۹ بوده است که از این تعداد ۹۷ بیمار به عنوان نمونه با روش نمونه گیری هدفمند وارد مطالعه شدند. میزان افسردگی از طریق پرسشنامه افسردگی بک و اطلاعات جمعیت شناختی از طریق پرسشنامه محقق ساخته جمع آوری شد. برای آنالیز داده ها از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۱۹ استفاده گردید و سطح معنی داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

**یافته ها:** نتایج نشان داد که افسردگی بعد از آسیب تروماتیک مغزی ارتباط معناداری با متغیر جنسیت ( $p = ۰/۰۱۰$ ) داشته است و ارتباط معناداری با رده های مختلف سنی ( $p = ۰/۲۵۱$ )، تحصیلات ( $p = ۰/۱۹۱$ )، تاهل ( $p = ۰/۸۸$ ) و محل سکونت ( $p = ۰/۸۲۱$ ) نداشته است.

**استنتاج:** همانندی افسردگی در زنان مبتلا به آسیب تروماتیک مغزی در مقایسه با مردان بالاتر بوده است و انجام مداخلات روانپزشکی جهت تشخیص و درمان افسردگی در این بیماران ضروری به نظر می رسد.

**واژه های کلیدی:** آسیب مغزی تروماتیک، افسردگی، جمعیت شناختی

### مقدمه

میلیون نفر در سال متحمل TBI می شوند که ۵۰ هزار نفر آن ها دچار مرگ و ۱/۱ میلیون نفر تحت درمان قرار گرفته و از بخش های اورژانس ترخیص می شوند (۳). در ایران نیز آسیب مغزی در رتبه دوم مرگ و میر ناشی از تروما قرار دارد (۴). این تجربه فاجعه بار، زندگی هر انسانی را پس از آسیب دیدگی دگرگون می

آسیب مغزی تروماتیک (TBI)، آسیب اکتسابی بافت مغز به واسطه یک نیروی خارجی با شدت های مختلف از ملایم تا شدید است (۱). امروزه در سراسر دنیا آسیب مغزی علت اصلی مرگ و میر و ناتوانی در میان افراد جامعه می باشد. هر ساله تقریباً ۱۰ میلیون نفر زیر ۴۰ سال TBI را تجربه می کنند (۲). در آمریکا ۱/۴

Email: Hosseinish20@Gmail.com

**مؤلف مسئول:** سید حمزه حسینی - ساری، خیابان امیر مازندرانی، بیمارستان امام خمینی

۱. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران

۲. استادیار، گروه جراحی مغز و اعصاب، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۳. دانشیار، گروه روانپزشکی، مرکز تحقیقات روانپزشکی و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۵/۲۴ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۳۹۶/۷/۲۲ تاریخ تصویب: ۱۳۹۶/۱۰/۱۰

همکاران، بیان شد که شدت میزان افسردگی زنان و مردان بیماران مبتلا به TBI مشابه است (۱۱). در مطالعه‌ی Joosub و همکاران و هم‌چنین مطالعه‌ی Scholten و همکاران، بیان شد که افراد مبتلا به TBI در مقایسه با جمعیت عمومی، افسردگی حاد و مزمن بیش‌تری از خود نشان می‌دهند (۱۲، ۱۳). Shafiei و همکاران در مطالعه‌ی خود، بر این باور بودند که در افراد با TBI خفیف، بروز اختلال روانی با افزایش سن، کاهش سطح تحصیلات و وضعیت اقتصادی افزایش می‌یابد (۱۴). در مطالعه‌ی Jesse و همکاران گزارش شد که بین آسیب مغزی و افسردگی رابطه معنادار وجود دارد، هر چه آسیب مغزی شدیدتر باشد میزان افسردگی و مشکلات روانشناختی در افراد بیش‌تر است (۱۵). در برخی از مطالعات گزارش شد که ۱۸ درصد افراد مبتلا به آسیب مغزی در معرض خطر افسردگی قرار دارند (۱۶). در بررسی مطالعه‌ی Desilva و همکاران، بیان شد، بیماران تروماتیک مغزی با درآمد پایین، مستعد بروز اختلال روانی هستند (۱۷). تعداد محدودی مطالعه در ایران در زمینه عوارض روانی بعد از TBI و در دوره زمانی شش ماهه صورت گرفته است. بیش‌ترین تحقیقات انجام شده در زمینه عوارض روانی و خلقی به جای مانده از TBI مربوط به کشورهای دیگر که دارای ویژگی‌های اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی متفاوت از جامعه ما است، می‌باشد. هم‌چنین روند رو به افزایش TBI در کشور (به دلیل افزایش تصادف با خودرو و موتورسیکلت) و عوارض ناشی از آن، موجب اختلال فرایندها، ساز و کارهای دفاعی و سلامت روانی افراد می‌شود (۱۸) این مطالعه با هدف بررسی ارتباط افسردگی بعد از آسیب تروماتیک مغزی با ویژگی‌های جمعیت شناختی در مدت سه سال اجرا شد. نتایج این مطالعه می‌تواند برای ارائه راهکارهای پیشگیرانه موثر و کاهش زیان‌های تحمیل شده به فرد و جامعه در

نماید. به سبب ماهیت پیچیده تغییرات کوتاه مدت و دراز مدت در کیفیت زندگی پس از آسیب مغزی، پیامدها و عوارض TBI در کانون توجه قرار گرفته است (۵). یکی از شایع‌ترین عوارض آسیب مغزی تروماتیک، معلولیت می‌باشد که اغلب موجب مواجهه افراد با چالش‌های مادام‌العمر و کاهش کیفیت سلامت در آن‌ها می‌شود. افراد مبتلا به TBI، اغلب ناتوانی‌هایی را در زمینه فیزیکی، شناختی (شامل نقص در عملکرد اجرایی)، مسائل عاطفی، توجه و پردازش اطلاعات، حافظه و یادگیری تجربه می‌کنند (۲). آسیب مغزی در ۱۰ درصد موارد صدمات خفیف سر، در ۶۶ درصد موارد صدمات متوسط و در ۱۰۰ درصد افراد با صدمات شدید، ناتوانی‌های ذهنی و رفتاری به جای می‌گذارد (۶). اخیراً در زمینه پیامدهای انتهایی TBI به بروز اختلالات روانپزشکی، توجه بیشتری شده است. در میان انواع اختلالات روانشناختی، بروز افسردگی یکی از مخرب‌ترین حالت‌های هیجانی است که از طریق غم و اندوه شدید مشخص می‌شود. فرد افسرده با احساس رکود شدید در فعالیت‌ها و علائق خود، در شروع فعالیت‌ها و تصمیم‌گیری‌ها با دشواری مواجه می‌گردد. در احساس بی‌ارزشی و بی‌کفایتی غوطه‌ور شده و کم‌کم امید خود را از دست می‌دهد (۷). طبق راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (ویرایش پنجم)، اختلال افسردگی اساسی با تغییرات آشکاری در عاطفه، شناخت و کارکردهای عصبی-زیستی که در طی یک دوره دو هفته‌ای بروز می‌کند مشخص می‌شود و اغلب به عنوان مجموعه‌ای از علائم و نشانه‌های منفی و رفتارهای اجتنابی مفهوم سازی شده است (۸، ۹). برخی از مطالعات ارتباط بین اختلال افسردگی با TBI را مورد بررسی قرار داده‌اند. به عنوان مثال در مطالعه‌ی Ahl و همکاران گزارش گردید، افسردگی در بیماران آسیب مغزی شدت بیش‌تری دارد (۱۰). در مطالعه‌ی Lavoie و

خصوصاً اختلال افسردگی بعد از آسیب تروماتیک مغزی مفید باشد.

## مواد و روش ها

در این مطالعه مشاهده‌ای با طراحی از نوع مقطعی، که با همکاری پزشکان مغز و اعصاب و روانپزشکان بیمارستان امام خمینی (ره) ساری انجام گرفت، جامعه آماری شامل ۴۰۹ نفر از بیماران با تشخیص آسیب تروماتیک مغزی، که در سال‌های ۸۹ تا ۹۳ در بیمارستان بستری شدند، می‌باشد. از این تعداد، ۹۷ بیمار (نمونه) با روش نمونه‌گیری هدفمند مورد مطالعه قرار گرفتند. معیارهای ورود به مطالعه، سن بالای ۱۸ سال و سپری شدن حداقل یک سال از زمان بروز آسیب مغزی بوده است. پس از اخذ مجوز و هماهنگی‌های لازم، با مراجعه به بایگانی بیمارستان، فهرستی از تمام بیماران TBI تهیه گردید. از بیماران به صورت تلفنی و با ارائه توضیح در مورد مزایای شرکت در این مطالعه از جمله ویزیت روانپزشکی رایگان در صورت نیاز، دعوت گردید و به آن‌ها اطمینان داده شد که نتیجه آزمون‌ها کاملاً محرمانه بوده و به صورت انفرادی فاش نخواهد شد. پس از مراجعه افراد به بیمارستان و اعلام موافقت آگاهانه، ارزیابی‌ها آغاز گردید. ابزار جمع‌آوری اطلاعات یک پرسشنامه دو قسمتی است که قسمت اول حاوی اطلاعات جمعیت شناختی شامل جنس، سن، تحصیلات، وضعیت تاهل و محل سکونت (شهری و روستایی) و قسمت دوم شامل پرسشنامه افسردگی بک II بوده است. این پرسشنامه شامل ۲۱ پرسش در زمینه‌های عاطفه، شناخت، رفتارهای آشکار، نشانه‌های جسمانی و نشانه‌های شناسی میان فردی با پاسخ‌های ۰ تا ۳ امتیازی و مجموع ۰ تا ۶۳ نمره است. این پرسشنامه از نوع آزمون خودسنجی و به منظور سنجش بازخوردها و نشانه‌های بیماران افسرده می‌باشد که بر اساس مشاهده و

تلخیص نگرش‌ها و نشانه‌های متداول در میان بیماران روانی افسرده تهیه شده است. محتوای این پرسشنامه به طور جامع نشانه‌شناسی افسردگی است اما بیشتر بر محتوای شناختی تأکید دارد (۱۹). اعتبار یابی پرسشنامه افسردگی بک در نمونه بیماران افسرده ایرانی نشان داد که ضریب اعتبار کلی این پرسشنامه برابر با ۰/۹۱ است (۲۰). طباطبایی اعتبار این آزمون را با استفاده آلفای کرونباخ ۰/۷۷ گزارش نمود (۲۱). داده‌های جمع‌آوری شده حاصل از مصاحبه با بیماران و تکمیل پرسشنامه‌ها، با کمک نرم افزار آماری SPSS 19 و با به کار بردن آزمون‌های آماری تی مستقل، من ویتنی و کروسکال - والیس، به منظور بررسی ارتباط بین افسردگی بعد از آسیب تروماتیک مغزی با ویژگی‌های جمعیت شناختی، تجزیه و تحلیل شدند و مقدار p کم‌تر از ۰/۰۵ به عنوان سطح معنی‌داری در نظر گرفته شد.

## یافته ها

از مجموع ۴۰۹ بیمار جامعه آماری، ۱۱۸ نفر (۲۹ درصد جامعه آماری) واجد شرایط برای فراخوان تلفنی، به علت سن زیر ۱۸ سال و فوت از مطالعه حذف گردیدند. ۱۹۴ نفر (۴۷ درصد جامعه آماری) دیگر نیز به علت خاموشی تلفن، کهولت سن، ناتوانی جسمی و عدم تمایل به شرکت در مطالعه، برای مصاحبه در نظر گرفته نشدند. در نهایت مصاحبه، ارزیابی روانشناختی توسط روانشناس بالینی و ثبت اطلاعات جمعیت شناختی و بیمارستانی برای ۹۷ نفر (۲۴ درصد جامعه آماری) بیمار TBI انجام شد. در این بیماران، به طور میانگین ۳ سال از زمان آسیب تروماتیک مغزی گذشته بود. جدول شماره ۱ توصیف ویژگی‌های جمعیت شناختی نمونه‌های تحت مطالعه را نشان می‌دهد.

مختلف تحصیلی، نمره‌های مشابه‌ای از میزان افسردگی ثبت گردید. به علاوه، نتایج آزمون تی مستقل بیان‌گر آن بود که میانگین نمره افسردگی بیماران شهر نشین، مشابه بیماران روستا نشین بوده است.

جدول شماره ۲: توصیف نمره افسردگی بعد از آسیب‌های

تروماتیک مغزی در زیر گروه‌های متغیرهای جمعیت شناختی					
متغیر	گروه	تعداد	میانگین	انحراف از معیار	سطح معنی داری
جنسیت	مرد	۶۴	۳۵/۶۱	۱۳/۸۳	۰/۰۱۰
	زن	۳۲	۴۴/۸۱	۱۲/۴۴	
رده‌های مختلف سنی	کمتر از ۲۰ سال	۵	۳۴/۶۰	۱۱/۱۵	۰/۲۵۱
	۲۰ تا ۲۵ سال	۱۷	۳۱/۴۷	۷/۷۷	
	۲۵ تا ۳۰ سال	۱۷	۳۹/۵۹	۱۶/۷۳	
تحصیلات	پیشتر از ۳۰ سال	۵۷	۳۹/۹۹	۱۴/۰۲	
	بی سواد	۵	۳۸/۴۰	۱۷/۲۷	۰/۱۹۱
وضعیت تاهل	ابتدایی	۱۵	۳۹/۴۷	۱۱/۸۱	
	راهشایی	۲۲	۴۰/۵۹	۱۴/۱۹	
	دیپلم	۳۰	۳۸/۹۰	۱۴/۸۵	
	دانشگاهی	۲۲	۳۱/۸۲	۱۱/۱۹	۰/۰۸۸
محل سکونت	مجرد	۲۹	۳۳/۸۶	۱۱/۹۵	
	متاهل	۶۵	۳۹/۴۲	۱۴/۱۶	۰/۸۲۱
وضعیت اشتغال	شهر	۸۲	۳۷/۸۸	۱۳/۸۳	
	روستا	۱۴	۳۸/۷۹	۱۳/۷۳	
محل سکونت	کارمند	۱۰			۱۰/۳
	خانه دار	۲۶			۲۶/۸
	آزاد	۴۲			۴۲/۳
	بازنشسته	۳			۳/۱
	سایر	۱۱			۱۱/۳
بی پاسخ	۵				۵/۲

## بحث

در این مطالعه، رابطه میان نمره افسردگی با ویژگی‌های جمعیت شناختی در بیمارانی که به طور میانگین سه سال از زمان وقوع آسیب تروماتیک مغزی آن‌ها گذشته بود، مورد بررسی قرار گرفت. به‌طور کلی میزان افسردگی بعد از TBI ارتباط معناداری با جنسیت داشته است اما ارتباط معناداری با رده‌های مختلف سنی، تحصیلات، تاهل و محل سکونت یافت نشد.

نتایج این مطالعه نشان داد بین میزان افسردگی و متغیر جنسیت ارتباط معناداری وجود دارد. به دلیل بیش‌تر بودن میزان افسردگی در زنان نسبت به مردان، زنان مبتلا به TBI بیش‌تر از مردان مبتلا به TBI از افسردگی رنج می‌برند. ایرانمنش و همکاران با مطالعه بر روی بیماران سکنه مغزی دریافتند که بین افسردگی و جنسیت رابطه مثبت معنادار وجود داشته و افسردگی زنان بالاتر از افسردگی مردان است (۲۲). در مطالعه عزیززی و همکاران، گزارش گردید که خانم‌ها

جدول شماره ۱: توصیف ویژگی‌های جمعیت شناختی بیماران دچار آسیب تروماتیک مغزی (۹۷ نفر)

متغیر	فراوانی	درصد
جنسیت		
مرد	۶۵	۶۷/۰
زن	۳۲	۳۳/۰
رده‌های مختلف سنی		
کمتر از ۲۰ سال	۵	۵/۲
بین ۲۰ تا ۲۵ سال	۱۷	۱۷/۵
بین ۲۵ تا ۳۰ سال	۱۷	۱۷/۵
۳۰ سال به بالا	۵۸	۵۹/۸
تحصیلات		
بی سواد	۵	۵/۲
ابتدایی	۱۵	۱۵/۵
راهشایی	۲۳	۲۳/۷
دیپلم	۳۰	۳۰/۹
دانشگاهی	۲۲	۲۲/۷
بی پاسخ	۲	۲/۱
وضعیت تاهل		
متاهل	۶۸	۷۰/۱
مجرد	۲۹	۲۹/۹
محل سکونت		
شهر	۸۲	۸۴/۵
روستا	۱۵	۱۵/۵
وضعیت اشتغال		
کارمند	۱۰	۱۰/۳
خانه دار	۲۶	۲۶/۸
آزاد	۴۲	۴۲/۳
بازنشسته	۳	۳/۱
سایر	۱۱	۱۱/۳
بی پاسخ	۵	۵/۲

طبق نتایج جدول شماره ۱، بیش‌ترین فراوانی نمونه‌های تحت مطالعه متعلق به آقایان، متاهلین، گروه سنی ۳۰ سال به بالا، دارای تحصیلات دیپلم، شهرنشین و با اشتغال از نوع آزاد بوده است. کم‌ترین فراوانی برای افراد خانم، گروه سنی کم‌تر از ۲۰ سال، مجرد، بی سواد، روستا نشین و بازنشسته ثبت گردید.

جدول شماره ۲ توصیف نمره افسردگی بعد از آسیب‌های تروماتیک مغزی در زیر گروه‌های متغیرهای جمعیت شناختی را نشان می‌دهد. مطابق با جدول شماره ۲، آزمون آماری من ویتنی نشان داد که میانگین نمره افسردگی زنان به صورت معناداری بیش‌تر از مردان بوده است و بیماران TBI مجرد و متاهل تفاوت معناداری در میانگین نمره افسردگی نداشته‌اند. هم‌چنین نتایج آزمون آماری کروسکال-والیس نشان داد که رده‌های مختلف سنی از لحاظ میانگین نمره افسردگی تفاوت معناداری نداشته است و طبق این آزمون، در گروه‌های

افسردگی بیش تری نسبت به آقایان دارند (۲۳). در مطالعه‌ی Dikmen و همکاران، نشان داده شد ارتباط معناداری بین افسردگی با متغیر جنسیت وجود دارد (۲۴). مطالعه‌ی رضایی و همکاران در بین بیماران ایسکمیک قلبی، نشان داد که زنان در مقایسه با مردان در مجموع از میزان افسردگی بیش تری رنج می‌برند (۲۵). منتظری و همکاران در مطالعه‌ی خود دریافتند میزان شیوع افسردگی در زنان ۱/۷ برابر بیش تر از مردان است (۲۶). در مطالعه‌ی Zinn - Souza و همکاران در ساو پائولو برزیل، نشان داده شد بین افسردگی و جنسیت ارتباط معناداری وجود دارد و میزان افسردگی زنان بالاتر از مردان است (۲۷). به نظر می‌رسد که علت میزان بالای شیوع افسردگی در زنان مبتلا به آسیب تروماتیک مغزی، اختلال کارکرد در ابعاد مختلف زندگی، پدید آمدن تغییرات ویران کننده‌ی زیستی - عصبی و به تبع آن محدودیت‌های اجتماعی گسترده‌تر، باشد. هم چنین مشکلات اقتصادی به دنبال ضربه به سر، حس استقلال شخصی بیماران را با تهدید مواجه کرده و حس وابستگی را در آن‌ها تقویت می‌کند. این موضوع حضور اجتماعی زنان را به مخاطره می‌اندازد و توجیه کننده علل نامی مانند غم، اندوه و احساس گناه است.

تحلیل داده‌ها نشان داد که تفاوت معناداری از لحاظ میزان افسردگی در گروه‌های مختلف سنی وجود نداشته است Sigurdardottir و همکاران در مطالعه‌ی خود بر روی ۱۱۸ نفر مبتلا به TBI بستری شده در یکی از بیمارستان‌های نروژ در سال ۲۰۰۷ - ۲۰۰۵، به این نتیجه دست یافتند که بین سن و افسردگی رابطه معناداری وجود دارد (۲۸). این یافته نشان می‌دهد که سن می‌تواند میزان افسردگی را در افراد TBI پیش بینی کند. نتایج مطالعه‌ی شفیع‌ی و همکاران نشان داد که در وضعیت پس از آسیب دیدگی مغزی، سن بیش تر شانس

ابتلاء به اختلال روانی را افزایش می‌دهد (۱۴). مطالعه‌ی ملازم و همکاران نیز نشان دهنده رابطه معنادار مثبت بین میزان افسردگی و سن می‌باشد (۲۹). به نظر می‌رسد از دوران کودکی تا بزرگسالی، دیدگاه فرد نسبت به دنیای اطرافش تغییر بیش تری می‌یابد، مسائل و مشکلات را بیش تر و عمیق تر دیده و درک می‌کند و احساس مسئولیت بیش تری می‌نماید. ناتوانی تدریجی در برابر مسائل و کاهش قوای فرد با افزایش سن می‌تواند سبب افسردگی شود (۳۰). علت یافت نشدن ارتباط معنادار بین افسردگی با سن در این مطالعه، می‌تواند به خاطر مقطعی بودن این مطالعه یا قرار گرفتن تمامی آزمودنی‌ها در یک محدوده سنی بسیار نزدیک باشد.

در این مطالعه بین میزان افسردگی و تحصیلات در بیماران مبتلا به TBI رابطه معنادار وجود نداشته است. در مطالعه‌ی شفیع‌ی و همکاران که بر روی ۷۲ بیمار TBI و ۷۲ بیمار سالم انجام گرفت نشان داده شد که سطح تحصیلات شانس ابتلاء به اختلال روانی را افزایش می‌دهد (۱۴). Anderson و همکاران در مطالعه خود دریافتند که در افراد مبتلا به ترومای مغزی، با تعداد سال‌های کم تر تحصیلات رسمی از مهم ترین عوامل خطر زا در ایجاد اختلال روانی به شمار می‌رود (۳۱). Schofield و همکاران در مطالعه‌ی خود گزارش دادند، بعد از رخ دادن ترومای مغزی، داشتن سطح تحصیلات پایین، یک نشان گر قوی اختلال روانی محسوب می‌شود (۳۲). در مطالعه‌ی فلاح و همکاران، ارتباط معناداری بین افسردگی و میزان تحصیلات وجود دارد (۳۳). در مطالعه‌ی تقوی و همکاران نیز بیان شد بین افسردگی و میزان تحصیلات رابطه منفی معنادار وجود دارد. آن‌ها داشتن سواد و روابط اجتماعی بیش تر، دسترسی بیش تر به منابع مطالعاتی و برخورد با همکلاسی، و یا همکاران در محیط دانشگاه و کار و دریافت اطلاعات از آنان را از جمله دلایل احتمالی این یافته عنوان نمودند (۳۴). علت عدم هماهنگی یافته‌های این محققان با یافته‌های حاصل از این مطالعه را می‌توان

ناشی از تفاوت گروه‌های مورد مطالعه و راهبردهای متفاوت مورد استفاده در مطالعه دانست.

در این مطالعه بین میزان افسردگی بیماران TBI متاهل و مجرد تفاوت معناداری مشاهده نشد. مطابق با مطالعه‌ی رضایی و همکاران که بر روی ۲۳۸ بیمار مبتلا به TBI انجام دادند، تفاوت معناداری بین بیماران مبتلا و غیر مبتلا به اختلال روانی از نظر وضعیت تاهل وجود نداشته است (۳۵). نتایج به دست آمده از مطالعه‌ی علیپور و همکاران و هم‌چنین مطالعه‌ی Probst و همکاران، بین افسردگی و تاهل رابطه معناداری وجود نداشته است (۳۷). اما در مطالعه‌ی موسی رضایی و همکاران که بر روی ۲۹۷ نفر از مبتلایان به سرطان پستان مراجعه کننده به مرکز درمانی تخصصی سرطان در سال ۱۳۹۰ انجام گردید، بین میزان افسردگی مبتلایان به سرطان با وضعیت تاهل ارتباط مثبت و معناداری وجود داشته است (۳۸). به نظر می‌رسد افراد متاهل با اتکا به مشارکت و حمایت همسر بهتر با مسایل و مشکلات برخورد کنند که در روند سازگاری و در نتیجه پیدایش کم‌تر اختلالات روانی مانند افسردگی بی‌تاثیر نیست. علت اختلاف این مطالعه با مطالعات قبلی در زمینه ارتباط میزان افسردگی با وضعیت تاهل را می‌توان به تفاوت در حجم نمونه و معیارهای ورود و خروج نسبت داد.

در بررسی میزان افسردگی به دنبال TBI بسته به محل سکونت (شهری و روستایی) تفاوت معناداری مشاهده نشد. یافته‌ها نشان داد که محل سکونت نمی‌تواند میزان افسردگی بیماران را پیش‌بینی کند. در مطالعه‌ی موسی رضایی و همکاران بر روی ۴۰۵ نفر از کارکنان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، بین افسردگی و محل سکونت رابطه معناداری وجود نداشته است (۳۸). در مطالعه‌ی آزادی و همکاران در بین ۱۰۲ سالمند مبتلا به دیابت شهر مشهد، نشان داده شد بین افسردگی و محل سکونت در این بیماران رابطه معناداری وجود نداشته است و محل سکونت در افسردگی افراد هیچ تاثیری ندارد (۳۹). قاسم نژاد و همکاران در مطالعه‌ی

خود گزارش دادند که افسردگی با نوع سکونت افراد، رابطه معنی‌داری ندارد (۳۰). اما تجزیه و تحلیل نتایج مطالعه‌ی فلاح و همکاران نشان داد که افسردگی با محل سکونت، رابطه معناداری وجود دارد. هم‌چنین آن‌ها بیان داشتند که محل سکونت افراد بیان‌کننده اختلالات خلقی مانند افسردگی است (۳۳). هر چند در این مطالعه ارتباط آماری بین افسردگی با محل سکونت یافت نشد اما نباید اهمیت این موضوع را انکار کرد. به نظرمی‌رسد اگر افراد در نزدیکی مهم‌ترین اشخاص زندگی خود باشند از احساس تنهایی که نتیجه تغییر محل زندگی و برخورد با افراد نا آشنا با طرز تفکر و علایق متفاوت است، رهایی می‌یابند. این احساس تنهایی می‌تواند از مهم‌ترین عوامل زمینه‌ساز در بروز اختلالات روانی هم‌چون افسردگی در افراد مبتلا به TBI باشد. از دلایل احتمالی تناقض این مطالعه با مطالعات دیگر ناهمگن بودن نمونه‌ها، مقطعی بودن مطالعه و تفاوت در ابزار گردآوری داده‌ها را می‌توان عنوان نمود.

مطالعه حاضر با محدودیت‌هایی نیز همراه بوده است، که می‌توان به جمع‌آوری داده‌ها به صورت خودگزارش دهی بیماران اشاره کرد که ممکن است بیماران خویشتن‌نگری کافی نداشته و مسئولانه به پرسشنامه‌ها پاسخ نداده باشند، لذا اعتبار نتایج تحقیق به مخاطره می‌افتد. هم‌چنین از آنجایی که این مطالعه بر روی بیماران آسیب‌تروماتیک مغزی انجام گردید، تعمیم یافته‌های مطالعه به اقشار دیگر باید با احتیاط و با در نظر گرفتن تمام جوانب صورت گیرد. پیشنهاد می‌شود مطالعه‌ی حاضر در نمونه دیگری از بیماران تکرار گردد.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که در بیماران زن مبتلا به آسیب‌تروماتیک مغزی میزان افسردگی نسبت به مردان بالاتر است. افسردگی اثر سوئی در زمینه‌های مختلف زندگی فردی و اجتماعی، سلامت روانی و جسمانی، درمان و پیشرفت بیماری فرد بر جای می‌

## سپاسگزاری

از کلیه دوستان، کارکنان و ریاست محترم بیمارستان امام خمینی ساری (ره)، که ما را در اجرای این مطالعه صمیمانه و بی دریغ یاری نموده‌اند، کمال تشکر و قدردانی داریم.

گذارد. با توجه به شیوع افسردگی در بین بیماران آسیب تروماتیک مغزی پیشنهاد می‌شود مسئولین ذیربط مشاوره بهداشت روانی را در اولویت برنامه‌های درمانی این بیماران قرار دهند. اطلاع رسانی مناسب به افراد جامعه جهت آشنایی آن‌ها با این نوع افسردگی، نحوه و طول مدت و لزوم مراجعه به مراکز درمانی، راهکار مناسبی جهت پیشگیری و یا کاهش میزان افسردگی بعد از TBI خواهد بود.

## References

1. Hoeman S.P. Rehabilitation Nursing (process,application & outcomes), 1rd ed. st Louis: Mosby: 2002.
2. Soberg HL, Røe C, Anke A, Arango-Lasprilla JC, Skandsen T, Sveen U, et al. Health-related quality of life 12 months after severe traumatic brain injury: a prospective nationwide cohort study. *J Rehabil Med.* 2013; 45(8): 785-791.
3. Tagliaferri F, Compagnone C, Korsic M, Servadei F, Kraus J. A systematic review of brain injury epidemiology in Europe. *Acta Neurochir (Wien).* 2006; 148(3): 255-268.
4. Ebrahimi Fakhar HR, Moshiri E, Zand S. An investigation on quality of emergency care of head injury patients in emergency ward, vali-e-asr hospital, arak 2005. *AMUJ.* 2008; 10(4): 1-11 (Persian).
5. Ashman TA, Gordon WA, Cantor JB & Hibbard MR. Neurobehavioral Consequences of Traumatic Brain Injury. *Mt Sinai J Med.* 2006; 73(7): 999-1005.
6. Barker E. Neuroscience nursing a spectrum of care, 3rd ed. St. Louis. Mosby 2008 ; 337.
7. Yohannes. A. Depression in survival following acute infection. *Journal of psychosomatic research.* 2016; 90(2): 82-96.
8. Fairley D, Timothy J, Donaldson-Hugh M, Stone M, Warren D, Cosgrove J. using a coma scale to assess patient consciousness levels. *Nurs Times.* 2005; 101(25): 38-41.
9. DSM-5 American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2013.
10. Ahl R, Sjolín G, Mohseni Sh. Corrigendum to "Does early beta-blockade in isolated severe traumatic brain injury reduce the risk of post traumatic depression?" [*Injury* 48 (2017) 101-105]. *Injury.* 2017; 48(11): 2612.
11. Lavoie S, Sechrist S, Quach N, Ehsanian R, Duong T, Gotlib L, Isaac L. Depression in Men and Women One Year Following Traumatic Brain Injury (TBI): A TBI Model Systems Study. *Original Research Article.* 2017; 8: 634.
12. Joosub N, CassimjeeN, Cramer A. The relationship between neuropsychological



- performance and depression in patients with traumatic brain injury. Article Information 2016; 47(2): 171 - 183.
13. Scholten AC., Haagsma JA, Cnossen MC, Olf M, van Beeck E F, and Polinder, S. (2016). Prevalence of and risk factors for anxiety and depressive disorders after traumatic brain injury: a systematic review. *J. Neurotrauma*. 2016; 33(22): 1969 - 1994.
  14. Shafiei E, Fakharian E, Omid A, Akbari H, Delpisheh A. Study of Effective Factors on Prediction of Mental Disorder in Mild Traumatic Brain Injury Patients Based on Logistic Regression. *Sjimu*. 2016; 24(1): 186 - 198. (persian).
  15. Jesse R. F, Tessa H, Katherine G. S. Treatment for Depression after Traumatic Brain Injury: A Systematic Review . *J Neurotrauma*. 2009; 26(12): 2383–2402.
  16. Chilcot J, Wellsted D, Da Silva-Gane M, Farrington K. Depression on dialysis. *Nephron Clin Pract* 2008; 108(4): 256-264.
  17. De silva MJ, Roberts I, Perel P, Edwards P, Kenward MG, Fernandes J, et al. Patient outcome after traumatic brain injury in high- middle- and low-income countries analysis of data on 8927 patients in 46 countries. *Int J Epidemiol*. 2009; 38(2): 452-458.
  18. Sin NL, Della porta MD, Lyubomirsky S. Tailoring positive psychology interventions to treat depressed individuals. *Applied Positive Psychology* . 2011; 805-814.
  19. Beck AT, Steer RA, Carbin MG. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical psychology review*. 1988; 8(1): 77-100.
  20. Jorge RE, Starkstein SE, Arndt S, Moser D, Crespo-Facorro B, Robinson RG. Alcohol Misuse and Mood Disorders Following Traumatic Brain Injury. *Arch Gen Psychiatry* .2005; 62(7): 742-749.
  21. Nazari R, kHairkhah F, Dehshiri M, Jaberi A, Bijani A. Cognitive Abilities and Psychological Health after Traumatic Brain Injury (TBI). *J Babol Univ Med Sci*. 2010; 12(3) : 58 - 63( Persian).
  22. Iranmanesh F, Vazirynejad R, Gadari F, Rajabpoor N. Prevalence of post-stroke depression and its relationship with risk factors for stroke. *J Fasa Univ Med Sci* 2012; 2(2): 66 - 70 (Persian).
  23. Azizi S, Ebrahimi MT, Shamshirian A, Houshmand Sh, Ebrahimi M, Seyyed Esmaeeli SF, Hosseini MR. Evaluation of the Level of Depression in Students of School of Paramedic Sciences, Mazandaran University of Medical Sciences, in 2015. *Tabari J Prev Med*. Winter. 2015; 1(3): 41-48( Persian).
  24. Dikmen SS, Bombardier CH, Machamer JE, Fann JR, Temkin NR. Natural history of depression in traumatic brain injury. *Arch Phys Med Rehabil*. 2004; 85(9): 1457–1464.
  25. Rezaie J, Reshadi H, Salari N, Sharifi saqqzie P, Babazadeh T, Mahmoodi H. The relationship between depression and ischemic heart diseases and its risk factors among patients referred to the

- specialized clinic in Saqqez. Original Article. 2016; 26(94): 47- 58( Persian).
26. Montazeri A, Mousavi SJ, Omidvari S, Tavousi M, Hashemi A, Rostami T. Depression in iran: a systematic review of the literature (2000-2010). PAYESH. 2013;12(6): 567-594 ( Persian).
  27. Zinn-Souza LC, Nagai RI, Teixeira LRI, Latorre M, Roberts R, Cooper SP, et al. Factors associated with depression symptoms in high school students in So Paulo, Brazil. Rev Saude Publica. 2008; 42(1): 34 - 40.
  28. Sigurdardottir S, Andelic N, Røe C, Schanke A. depressive symptoms and psychological distryss During The first five years after traumatic brain injury: relationship with psychosocial Stressors, Fatigue and pain. Journal of Rehabilitation Medicine. 2013; 45(8): 808 - 814.
  29. Molazem Z, Mohammadhoseini S, Karimi Z, Zadehbagheri G. A Study on Job Stress\_Mak-ing Factors and their Degrees of Stressfulness from the Nurses' Viewpoint in the University Hospitals of Kohgiluyeh & Boyrahmad . Armaghane Danesh. 2005; 10(3): 95-103. (Persian).
  30. Gasemnegad SM, Barchordary M. Frequency of anxiety and its relation with depression and other individual characteristics in nursing students. J Holist Nurs Midwifery. 2012; 22(2). ( Persian).
  31. Anderson V, Brown S, Newitt H, Hoile H. Educational, vocational, psychosocial, and quality-of-life outcomes for adult survivors of childhood traumatic brain injury. J Head Trauma Rehabil. 2009; 24 (5): 303–312.
  32. Schofield PW, Butler TG, Hollis SJ, Smith NE, Lee SJ, Kelso WM. Neuropsychiatric correlates of traumatic brain injury (TBI) among Australian prison entrants. Brain Inj. 2006; 20(13 - 14) : 1409-1418.
  33. Fallah R, Farhadi S, Amini K, Mohajeri M, Prevalence of Depression in Personnel of Zanjan University of Medical Sciences. Zumsj. 2011; 19(75): 107-113 (Persian).
  34. Taghavi M, Kalafi E, Talei AR, Dehbozorgi Gh, Taghavi SMA. Investigating the Relation of Depression and Religious Coping and Social Support in Women with Breast Cancer. Journal of Isfahan Medical School. 2011; 28(115): 901-908( Persian).
  35. Rezaei S, Salehi I, Yousefzadeh Sh, Moosavi SH, Kazemnejad Leili E. The comparison of demographics, psychological and hospital care characteristics in patients with and without mental disorders following traumatic brain injury. Journal of Fundamentals of Mental Health. 2011; 13(1): 66-83( Persian).
  36. Alipoor R, Ebrahimi A, Omidi R, Hedayati A, Ranjbar H, Hosseinpour S. Depression, anxiety, stress and related demographic variables in nurses of Fasa. University of Medical Sciences in(2014). psj 2015;13(4):51-59 ( Persian).
  37. Probst JC, Laditka SB, Moore CG, Harun N, Powell MP, Baxley EG. Rural-urban differences in depression

- prevalence: implications for family medicine. *Fam Med.* 2006; 38(9): 653-660.
38. Musarezaie A. Momeni-Ghaleghasemi T. Musarezaie N. Moeini M. Khodae M. Investigate the Prevalence of Depression and its association with Demographic variables in Employees. *IJPN.* 2014; 2(3): 37 - 45( Persian).
39. Azadi A, Taghinezhad H, Bastami M, Bastami AR, Pashaei sabet. The study amount of Anxiety and Depression among elderly Diabetic patients referred To Shahid Mostafa Khomeini in Ilam and shohada Ashayer Hospitals in khoramabad 2015. *IJNR.* 2016; 11(3): 1 - 9 ( Persian).