

مقایسه میزان علائم افسردگی در کودکان و نوجوانان مبتلابه دو اختلال سرطان و تالاسمی ماژور

معصومه نظری نسب^۱، اشرف تشکری^{۲*}، کاوه جاسب^۱، نادیا مستقیم^۳، سعید قنبری^۴

^۱ استادیار گروه روان‌پزشکی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور اهواز، اهواز، ایران

^۲ دانشیار گروه اطفال، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور اهواز، اهواز، ایران

^۳ دانشجوی پزشکی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور اهواز، اهواز، ایران

^۴ دکتری آمار، بیمارستان گلستان، دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور اهواز، اهواز، ایران

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۱۱/۲۶

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۱۰/۱۳

چکیده

مقدمه: افسردگی از شایع‌ترین اختلالات خلقی است که با نداشتن احساس لذت، نداشتن انگیزه و اختلالات خواب همراه است. ابتلا به بیماری‌های مزمن مانند سرطان و تالاسمی ماژور در کودکان و نوجوانان می‌تواند سبب افزایش خطر ابتلا به افسردگی با درجات مختلف شود. هدف از این تحقیق مقایسه‌ی میزان علائم افسردگی در کودکان و نوجوانان مبتلابه دو بیماری مزمن سرطان و تالاسمی ماژور بود. **مواد و روش‌ها:** این پژوهش به صورت توصیفی مقطعی و تحلیلی روی ۱۰۰ کودک و نوجوان مبتلابه سرطان و ۱۰۰ کودک و نوجوان مبتلابه تالاسمی مراجعه‌کننده به بیمارستان شفا‌ی اهواز انجام شد. اطلاعات با پرسش‌نامه‌های مقیاس افسردگی کودکان (ماریاکواس)، CDI) و متغیرهای دموگرافیک جمع‌آوری و با نرم‌افزار آماری SPSS نسخه‌ی ۱۶ و آزمون تی مستقل تجزیه و تحلیل شد. **یافته‌ها:** بر اساس نتایج این پژوهش، میانگین نمره‌ی افسردگی در گروه مبتلابه سرطان به طور معنی‌داری از گروه مبتلابه تالاسمی بیشتر بود ($P=0/04$). ارتباط بین میانگین نمره‌ی افسردگی با متغیرهای دموگرافیک شامل سن بیمار، طول دوره‌ی بیماری و عملکرد تحصیلی در کودکان و نوجوانان مبتلابه سرطان معنی‌دار بود ($P<0/05$). در گروه مبتلابه تالاسمی فقط بین نمره‌ی افسردگی و متغیر جنسیت ارتباط معنی‌دار مشاهده شد ($P<0/05$). **نتیجه‌گیری:** نتایج این پژوهش نشان می‌دهد میزان افسردگی در کودکان و نوجوانان مبتلابه سرطان در مقایسه با مبتلایان به تالاسمی بیشتر است. بدین ترتیب لزوم مداخلات درمانی روان‌شناختی سریع‌تر در این گروه از کودکان و نوجوانان در اولویت قرار دارد.

کلمات کلیدی: افسردگی، کودکان و نوجوانان، سرطان، تالاسمی

مقدمه

تالاسمی ماژور یکی از بیماری‌های مزمن ارثی است که از جهش در زنجیره‌ی آلفا و بتاگلوبین به فرد منتقل می‌شود. این بیماری ناشی از کمبود سنتز یک یا چند زنجیره‌ی پلی‌پپتیدگلوبین است که بر اساس قوانین ژنتیک مندلی از نسلی به نسل دیگر منتقل می‌شود (۱۱). بر اساس اعلام سازمان بهداشت جهانی، تالاسمی شایع‌ترین بیماری مزمن و اختلال ژنتیکی در ۶۰ کشور بوده است که سالیانه ده هزار نفر را مبتلا می‌کند (۱۲). بتا تالاسمی در کشورهای اطراف دریای مدیترانه، کشورهای آفریقای شمالی و بیشتر کشورهای آسیایی شیوع قابل توجهی دارد (۱۳). در ایران نیز بیشترین شیوع بتا تالاسمی در نواحی دریای خزر و خلیج فارس است که به میزان بیش از ۱۰ درصد گزارش شده است (۱۴). بیماران مبتلا به تالاسمی همانند بیماران مبتلا به سرطان در تمام عمر با استرس‌های زیادی روبه‌رو هستند که علاوه بر خود بیماری، تأثیر درمان‌های آن سبب می‌شود بیماران در معرض افسردگی قرار بگیرند (۱۵).

نتایج برخی پژوهش‌ها نشان می‌دهد ۸۰ درصد از افراد مبتلا به تالاسمی در طول عمر خود حداقل یک بار دچار اختلالات روان‌شناختی می‌شوند (۱۶). در مقایسه‌ی دو گروه از کودکان مبتلا به تالاسمی و گروه مراجعه‌کننده به اتفاقات ارتوپدی مشاهده شد که میزان افسردگی در گروه مبتلا به تالاسمی نسبت به گروه دیگر بیشتر بود (۱۷).

اگرچه هر دو بیماری تالاسمی و سرطان بیماری‌های مزمنی هستند و از این نظر تأثیر بسزایی روی خلق و روان فرد برجای می‌گذارند، آنچه این دو بیماری را از هم متمایز می‌سازد بار معنایی و بالینی سرطان به‌عنوان شرایطی است که سیر پیش‌رونده و پروگنوز به‌مراتب بدتری نسبت تالاسمی دارد و می‌تواند در فرد و خانواده به‌محض تشخیص، پیامدهای روانی و شرایط حادی را به وجود آورد که شاید مقابله و کنار آمدن با آن برای هر فردی به‌راحتی

افسردگی یکی از اختلالات خلقی و جزء اصلی‌ترین بیماری‌های روان‌پزشکی محسوب می‌شود. این بیماری با نداشتن احساس لذت، منزوی‌شدن، نداشتن انگیزه و تحمل شکست، علائم نباتی شامل کاهش میل جنسی، کم یا زیاد شدن اشتها و وزن، کاهش انرژی و خستگی زودرس، اختلال خواب، یبوست، خشکی دهان و سردرد مشخص می‌شود (۱). ابتلا به بیماری‌های مزمن می‌تواند سبب افزایش خطر ابتلا به افسردگی شود (۲). در میان بیماری‌های مزمن، ابتلا به انواع سرطان‌ها سبب افزایش خطر ابتلا به افسردگی می‌شود (۳). بر اساس نتایج مطالعات قبلی، نزدیک به ۵۰ درصد از بیماران مبتلا به سرطان ریه و حدود ۳۵ درصد از افراد مبتلا به سرطان‌های دستگاه گوارش به افسردگی ماژور مبتلا شده‌اند (۴ و ۵). از لحاظ سنی کودکان و نوجوانان به علت روحیه‌ی عاطفی، مشغول‌نبودن به فعالیت‌های شغلی نسبت به افراد مسن بیشتر آسیب‌پذیر هستند (۳). در جهان شیوع سالیانه‌ی سرطان در بین کودکان ۰ تا ۱۴ ساله، ۷۰ تا ۱۶۰ مورد از هر یک میلیون کودک است. نتیجه‌ی تحقیقات نشان می‌دهد شیوع سرطان در کودکان ایران ۱/۴ درصد است (۶ و ۷). بر اساس مطالعات قبلی کودکان مدرسه‌ای با بیماری مزمن صرف‌نظر از نوع بیماری، در هر روز از زندگی نسبت به هم‌سالان خود محدودترند (۸). کودکان نجات‌یافته از انواع سرطان مزمن، حوادث استرس‌زای زیادی را تجربه کرده‌اند، به‌طوری‌که با نزدیک‌ترین افراد نیز این مسائل را در میان نمی‌گذارند. کودکان مبتلا به انواع سرطان علاوه بر مقابله با ترس و استرس زیاد، مداخلات پزشکی تهاجمی و دردناک زیادی را تجربه کرده‌اند که در نهایت می‌تواند سبب منزوی‌شدن از دوستان در مدرسه شود (۹). همچنین غیبت‌های مکرر در مدرسه سبب احساس بیچارگی، غم و اندوه، کاهش اعتمادبه‌نفس و در نهایت اختلالات روانی در فرد می‌شود (۱۰).

دموگرافیک بود. پرسش‌نامه‌ی مقیاس افسردگی کودکان (ماریاکواس، CDI) علائم افسردگی شامل خلق پایین، مسائل عاطفی، توانایی لذت‌بردن، عزت‌نفس، احساس گناه و اشتغال ذهنی با بیماری و مرگ را می‌سنجد. هر جزء آن سه گزینه دارد که از صفر تا ۲ نمره‌گذاری شده است. نمره‌ی ۲ شدت را نشان می‌دهد و نمره‌ی صفر به معنای نبود نشانه‌ی مشخص است. از کودک خواسته می‌شود که بهترین حالت دو هفته‌ی گذشته‌ی خود را انتخاب و توصیف کند. بعد از جمع‌بندی نمرات، نمره‌ی کل آزمون بین صفر تا ۵۴ به دست می‌آید (بیشترین نمره، شدت بیشتر را نشان می‌دهد).

این پرسش‌نامه شامل پنج زیرمقیاس A، B، C، D و E است که هر کدام گروه خاصی از علائم را می‌سنجد. در زیرمقیاس A علائمی مانند احساس گناه و دل‌تنگی، تمایل به گریه‌کردن، واکنش‌گری خلق، اضطراب و نداشتن تمرکز قرار می‌گیرند. در زیرمقیاس B علائم مربوط به مشکلات بین‌فردی مانند کناره‌گیری، احساس نسبت به خود و دیگران و اطاعت و همکاری قرار می‌گیرد. زیرمقیاس C مربوط به نداشتن کارایی است و ارزیابی عملکرد خود، اشکال در انجام تکلیف، وضعیت تحصیلی و امیدواری به بهترشدن عملکرد در این دسته قرار می‌گیرد. در زیرمقیاس D علائم مربوط به لذت‌نبردن شامل کاهش خواب و اشتها، احساس تنهایی، درد و رنج، بی‌حالی و دوست‌یابی ارزیابی می‌شود. در زیرمقیاس E علائمی مربوط به اعتمادبه‌نفس شامل خودکشی و تمایل به آن، رضایت از زندگی، احساس بی‌ارزشی و تنفر از خود قرار می‌گیرد. در تحقیقات مختلف، حد برش‌های متفاوت از ۱۰ تا ۲۰ بررسی شده است. در موقعیت بالینی معمولاً برای اجتناب از پاسخ منفی کاذب از نقطه برش ۱۲ تا ۱۳ استفاده می‌شود. در این صورت امکان بیشتری برای ارزیابی‌های بعدی بیمار به منظور تشخیص دقیق‌تر فراهم خواهد آمد. در مواقعی که این آزمون برای اهداف غربالگری استفاده شود، نقطه برش ۱۹ تا ۲۰ در نظر

میسر نباشد. در مبتلایان تالاسمی فرد از ابتدای زندگی خود را با بیماری و شرایط خاص آن می‌بیند و می‌شناسد و فرصت بیشتری برای کنارآمدن با آن را دارد.

با مرور منابع و مطالعات قبلی، میزان دقیق شیوع افسردگی در کودکان و نوجوانان سالم، مبتلا به سرطان و تالاسمی یافت نشد. تشخیص میزان شیوع افسردگی در کودکان و نوجوانان مبتلا به دو اختلال مزمن سرطان و تالاسمی می‌تواند لزوم مداخلات کافی و سریع روان‌شناختی را نشان دهد و درنهایت می‌توان از پیشرفت اختلال افسردگی در این بیماران جلوگیری کرد؛ بنابراین، با توجه این دیدگاه و فرض اینکه میزان علائم افسردگی در مبتلایان به سرطان بیشتر از تالاسمی است، مطالعه‌ی حاضر با هدف مقایسه‌ی میزان علائم افسردگی در کودکان و نوجوانان مبتلا به سرطان و تالاسمی ماژور مراجعه‌کننده به بیمارستان شفای اهواز در سال ۱۳۹۶ انجام شد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه به صورت توصیفی مقطعی و تحلیلی در فاصله‌ی زمانی اردیبهشت تا شهریور سال ۱۳۹۶ روی ۲۰۰ کودک و نوجوان ۷ تا ۱۷ ساله مبتلا به سرطان و تالاسمی ماژور مراجعه‌کننده به درمانگاه بیمارستان آموزشی شفای اهواز انجام شد. حجم نمونه بر اساس جدول مورگان تعیین شد که برای هر گروه ۱۰۰ نفر است. ۱۰۰ نفر از کودکان مبتلا به سرطان در یک گروه و ۱۰۰ نفر دیگر که به تالاسمی ماژور مبتلا بودند در گروه دیگر قرار گرفتند. معیار ورود به مطالعه ابتلای کودکان و نوجوانان به سرطان یا تالاسمی و معیارهای خروج از مطالعه شامل سابقه‌ی اختلالات اعصاب و روان، افسردگی و مصرف داروهای ضدافسردگی قبل از تشخیص بیماری بود. ابزارهای جمع‌آوری اطلاعات شامل پرسش‌نامه‌ی مقیاس افسردگی کودکان (ماریاکواس، CDI) و پرسش‌نامه متغیرهای

مشاهده می‌شود نمره‌ی افسردگی برای متغیرهای دموگرافیک شامل سن، مدت بیماری و عملکرد تحصیلی تفاوت معنی‌داری نشان داد (مقادیر P به ترتیب برابر ۰/۰۱، ۰/۰۰۳ و ۰/۰۰۳). در مقابل متغیرهایی از قبیل جنسیت و میزان درآمد خانواده در گروه مبتلابه سرطان تفاوتی نداشتند.

در جدول ۲ اطلاعات مربوط به ارتباط بین نمره‌ی افسردگی با متغیرهای جنسیت، سن، عملکرد تحصیلی و درآمد خانواده در کودکان و نوجوانان مبتلابه تالاسمی بر اساس آزمون تحلیل واریانس یک‌طرفه نشان داده شده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود در گروه مبتلابه تالاسمی فقط متغیر جنسیت از نظر نمره‌ی افسردگی تفاوت آماری معنی‌داری را نشان داد ($P=0/02$). در گروه مبتلابه تالاسمی بین متغیرهای دیگر شامل سن، عملکرد تحصیلی و میزان درآمد خانواده با نمره‌ی افسردگی تفاوت آماری معنی‌دار مشاهده نشد.

نتایج مربوط به مقایسه‌ی میزان افسردگی در دو گروه مبتلابه سرطان و تالاسمی بر اساس آزمون تحلیل واریانس یک‌طرفه در جدول ۳ گزارش شده است. اختلاف بین

گرفته می‌شود. در این مطالعه از حد برش ۱۲ استفاده شد. برای انجام این پژوهش محقق پرسش‌نامه‌ی متغیرهای دموگرافیک را با توجه به مطالعات پیشین بر اساس ۵ متغیر سن، جنس، مدت بیماری، عملکرد تحصیلی و میزان درآمد طراحی کرد. پس از اتمام جمع‌آوری پرسش‌نامه‌ها، بررسی نرمالیتت داده‌ها برای کودکان و نوجوانان مبتلابه سرطان و تالاسمی انجام شد. اطلاعات با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS، شاخص‌های مرکزی، پراکندگی، آزمون‌های کای دو، تحلیل واریانس یک‌طرفه و تی مستقل تجزیه و تحلیل شد. سطح کمتر از ۰/۰۵ از لحاظ آماری معنی‌دار در نظر گرفته شد.

نتایج

نتایج مربوط به نمره‌ی افسردگی و متغیرهای جنسیت، سن، مدت بیماری، عملکرد تحصیلی و درآمد خانواده در گروه مبتلابه سرطان بر اساس آزمون تحلیل واریانس یک‌طرفه در جدول ۱ نشان داده شده است. همان‌طور که

جدول ۱: مقادیر مختلف P-value برای کودکان و نوجوانان مبتلابه سرطان (One-way Anova Test)

متغیرهای جمعیتی	P-value
جنسیت	۰/۷۲
سن ، سال	۰/۰۱
مدت بیماری ، سال	۰/۰۰۳
عملکرد تحصیلی ، معدل	۰/۰۰۲
درآمد خانواده ، میلیون ریال	۰/۷۵

جدول ۲: مقادیر مختلف P-value برای کودکان و نوجوانان مبتلابه تالاسمی (One-way Anova Test)

متغیرهای جمعیتی	P-value
جنسیت	۰/۰۲
سن ، سال	۰/۰۸
عملکرد تحصیلی ، معدل	۰/۶۹
درآمد خانواده ، میلیون ریال	۰/۰۸

نمره‌ی افسردگی در دو گروه معنی‌دار بود، به طوری که نمره‌ی افسردگی در کودکان و نوجوانان مبتلا به سرطان نسبت به گروه مبتلا به تالاسمی بیشتر بود ($P=0/04$). نتایج مربوط به مقایسه‌ی نمرات در زیرمقیاس‌های

جدول ۳: مقایسه آماری میانگین نمرات مقیاس افسردگی براساس نوع بیماری (Independent T-Test)

نوع بیماری	میانگین، انحراف معیار	P-value
سرطان	۳/۱۱،۹۷/۳	۰/۰۴
تالاسمی	۴/۱۳،۶۵/۲	

جدول ۴: مقایسه آماری میانگین نمرات مقیاس افسردگی براساس نوع بیماری برای زیرمقیاس‌های افسردگی (Independent T-Test)

زیر مقیاس‌های افسردگی	نوع بیماری	میانگین، انحراف معیار	P-value
A	تالاسمی	۲/۴، ۱/۳۷	۰/۰۵
	سرطان	۲/۷، ۱/۴۹	
B	تالاسمی	۱/۲، ۱/۰۸	۰/۷۲
	سرطان	۱/۳، ۱/۰۹	
C	تالاسمی	۲/۰، ۱/۳۳	۰/۴۴
	سرطان	۲/۲، ۱/۴۰	
D	تالاسمی	۳/۴، ۲/۰۴	۰/۰۰۱
	سرطان	۴/۹، ۲/۵۱	
E	تالاسمی	۲/۸، ۱/۲۹	۰/۲۰
	سرطان	۱/۶، ۱/۱۲	

راحت با آن میسر نیست. هماهنگ با این نتیجه، لی و همکاران (۲۰۱۳) گزارش کردند کودکانی که تحت دوره‌های درمانی ترکیبی سرطان بودند، در معرض نشانه‌های بیشتر و شدیدتر افسردگی قرار داشتند و کیفیت زندگی پایین‌تری نسبت به بیماران دیگر قرار داشتند (۱۸). در مقابل این نتیجه، مصطفایی و بشیریان (۲۰۱۲) گزارش کردند اختلاف نمره‌ی افسردگی بین دو گروه مبتلا به بیماری مزمن و گروه سالم معنی‌دار نشد (۱۹). علت مغایرت نتیجه‌ی دو تحقیق می‌تواند تفاوت در ابراز سنجش استفاده‌شده باشد. در تحقیق مصطفایی و بشیریان (۲۰۱۲) از پرسش‌نامه‌ی افسردگی بک و در تحقیق کنونی از پرسش‌نامه‌ی CDI استفاده شده است. تفاوت در توزیع سنی نمونه‌ها و دیگر متغیرهای دموگرافیک نیز مرتبط هستند (۱۹).

بیشتر بودن میانگین نمره‌ی افسردگی در کودکان و نوجوانان مبتلا به سرطان تحت تأثیر افزایش سن ناشی از تفاوت‌ها و جنبه‌های مختلف زندگی در دوران کودکی و

افسردگی بین دو گروه از کودکان و نوجوانان مبتلا به سرطان و تالاسمی بر اساس آزمون تحلیل واریانس یک‌طرفه در جدول ۴ نشان داده شده است. اختلاف بین نمرات مربوط به زیرمقیاس‌های A و D بین دو گروه معنی‌دار بود (به ترتیب $P=0/05$ و $P=0/001$). اختلاف مربوط به زیرمقیاس‌های دیگر شامل B، C و E بین دو گروه مبتلا به سرطان و تالاسمی معنی‌دار نشد.

بحث

طبق نتیجه‌ی این تحقیق، میانگین نمره‌ی افسردگی در کودکان و نوجوانان مبتلا به سرطان نسبت به گروه مبتلا به تالاسمی ماژور بیشتر بود. بیشتر بودن نمره‌ی افسردگی در کودکان و نوجوانان مبتلا به سرطان نسبت به گروه مبتلا به تالاسمی می‌تواند به دلیل سیر پیش‌رونده و پروگنوز وخیم‌تر بیماری باشد که به محض تشخیص، فرد مبتلا را در معرض پیامدهای روانی و شرایط حادی قرار می‌دهد که کنار آمدن

نشان می‌دهد در ۱۵ درصد از مبتلایان به اختلال تالاسمی افسردگی ماژور، در ۹/۶ درصد از آن‌ها اضطراب و در ۳۰/۲ درصد از آن‌ها استرس دیده می‌شود (۲۴). در این تحقیق مشاهده شد بین میزان افسردگی در کودکان مبتلابه تالاسمی با متغیرهای سن، مدت بیماری، عملکرد تحصیلی و میزان درآمد خانواده ارتباط معناداری وجود ندارد. هماهنگ با این مطالعه، میسینا و همکاران (۲۰۰۸) مشاهده کردند بین جنبه‌های روانی در مبتلایان به تالاسمی و متغیرهای سن، جنس و سطح سواد هیچ‌گونه ارتباطی وجود ندارد (۲۵). همچنین طهماسبی و همکاران (۲۰۰۷) مشاهده کردند در بیماران مبتلابه تالاسمی بین نمره‌ی افسردگی و سن بیمار ارتباط معنی‌دار وجود ندارد (۲۶).

در این تحقیق اختلاف بین نمرات مربوط به زیرمقیاس‌های A و D بین دو گروه از کودکان مبتلابه سرطان و تالاسمی معنی‌دار بود. در نتیجه‌ی مشابه، کیریتسی و همکاران (۲۰۰۳) مشاهده کردند نمرات مربوط به زیرمقیاس‌های افسردگی در کودکان مبتلابه سرطان نسبت به گروه سالم و تالاسمی به صورت معنی‌دار بیشتر بود، درحالی‌که این تفاوت بین دو گروه سالم و گروه مبتلابه تالاسمی معنی‌دار نبود (۲۷).

محدودیت‌هایی که در این مطالعه وجود داشت شامل مواردی از قبیل همکاری نکردن برخی کودکان و والدین آن‌ها در پرکردن پرسش‌نامه‌ها به‌ویژه در مبتلایان به سرطان، نبود امکان همگن کردن گروه مطالعه از لحاظ سطح تحول شناختی کودکان و نوجوانان و بررسی ظرفیت شناختی آن‌ها برای پیش‌بینی پیامدهای بیماری، نبود امکان همگن‌سازی از نظر نوع سرطان و نبود پرسش‌نامه‌ی افسردگی بیمارستانی مربوط به کودکان و نوجوانان در ایران بود.

نتیجه‌گیری

نتیجه‌ی کلی این تحقیق نشان می‌دهد میانگین

نوجوانی است. هماهنگ با این نتیجه اسماعیلی و همکاران (۲۰۱۴) مشاهده کردند بین سن بلوغ و شدت افسردگی در کودکان با بیماری مزمن ارتباط معنادار وجود دارد. همچنین مطابق با نتیجه‌ی پژوهش کنونی گزارش کردند با افزایش مدت بیماری و تعداد دفعات بستری در مبتلایان، شدت افسردگی نیز افزایش می‌یابد (۲۰). در این تحقیق افزایش مدت بیماری سبب افزایش معنی‌دار نمره‌ی افسردگی در گروه مبتلابه سرطان شد. هماهنگ با این نتیجه، دورو آلپ و آلتای (۲۰۱۲) مشاهده کردند افزایش دوره‌ی بیماری سبب افزایش خطر ابتلا به افسردگی و اضطراب در کودکان می‌شود (۲۱).

میزان افسردگی کودکان و نوجوانان مبتلابه سرطان با عملکرد تحصیلی آن‌ها رابطه‌ی معنی‌دار و معکوسی داشت، به طوری‌که با بهبود عملکرد تحصیلی بیماران از میزان علائم افسردگی آن‌ها کاسته می‌شود. این در حالی است که بیماران مبتلابه سرطان در بدو تشخیص، به خاطر گذراندن دوره‌های درمانی از جمله شیمی‌درمانی مجبور به ترک تحصیل و مدرسه می‌شوند که این موضوع اثرات روانی مخربی روی آن‌ها می‌گذارد. نبود ارتباط معنی‌دار بین میزان افسردگی و متغیرهای جنس و میزان درآمد خانواده در تحقیق کنونی با نتیجه‌ی حاصل از تحقیق عطری‌فرد و همکاران (۲۰۱۴) مبنی نبود اختلاف معنی‌دار نمره‌ی افسردگی بین دختران و پسران مبتلابه سرطان همخوانی دارد (۲۲). هرچند در این تحقیق مقایسه‌ی میزان علائم افسردگی در کودکان و نوجوانان مبتلابه تالاسمی با گروه مبتلابه سرطان انجام شد، در حالت کلی، خانی و همکاران (۲۰۰۹) در مطالعه‌ی خود روی بیماران مبتلابه تالاسمی ماژور در سواحل دریای خزر گزارش کردند با وجود وضعیت مطلوب جسمانی، بیماران مذکور از لحاظ سلامت روانی در وضعیت مطلوبی قرار نداشتند (۲۳).

یافته‌های حاصل از مطالعه‌ی تلفر و همکاران (۲۰۰۵)

و آگاهانه از والدینشان در قالب دو پرسش‌نامه‌ی افسردگی و متغیرهای دموگرافیک ارزیابی شدند. همچنین اطلاعات شخصی عنوان‌شده در پرسش‌نامه‌ها، شامل نام و نام خانوادگی بیماران کاملاً محفوظ ماند.

تضاد منافع

نویسندگان مقاله هیچ‌گونه تضاد منافی نداشته‌اند.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از تمام شرکت‌کنندگان در طرح، کارکنان درمانگاه بیمارستان آموزشی شفای اهواز و همچنین تمامی دوستانی که در انجام این پژوهش ما را یاری رساندند، تشکر و قدردانی می‌شود.

افسردگی در کودکان و نوجوانان مبتلا به سرطان، از کودکان و نوجوانان مبتلا به تالاسمی بیشتر است؛ بنابراین، تشخیص زودهنگام اختلالات روانی در کودکان و نوجوانان مبتلا به سرطان می‌تواند از پیشرفت افسردگی جلوگیری کند. از طرف دیگر، از لحاظ بار روانی می‌تواند به بهبود و اثربخشی روند درمان بیماری سرطان کمک کند.

حمایت مالی

این مطالعه با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز انجام شده است.

ملاحظات اخلاقی

کودکان و نوجوانان مطالعه‌شده با گرفتن رضایت کامل

References

1. Chen ML, Chang HK, Yeh CH. Anxiety and depression in Taiwanese cancer patients with and without pain. *J Adv Nurs*. 2000; 32(4):944-51.
2. Angelino AF, Treisman GJ. Major depression and demoralization in cancer patients: diagnostic and treatment considerations. *Support Care Cancer*. 2001; 9(5):344-9.
3. Ciaramella A, Poli P. Assessment of depression among cancer patients: the role of pain, cancer type and treatment. *Psychooncology*. 2001; 10(2):156-65.
4. Nordin K, Berglund G, Glimelius B, Sjoden PO. Predicting anxiety and depression among cancer patients: a clinical model. *Eur J Cancer*. 2001; 37(3):376-84.
5. Lampic C, Thurfjell E, Bergh J, Sjoden PO. Short and long-term anxiety and depression in women recalled after breast cancer screening. *Eur J Cancer*. 2001; 37(4):463-9.
6. Stiller CA. Epidemiology and genetics of childhood cancer. *Oncogene*. 2004; 23(38):6429-44.
7. Mohaghghi MA, Mosavi-Jarrahi A, Malekzadeh R, Parkin M. Cancer incidence in Tehran metropolis: the first report from the Tehran population-based cancer registry, 1998-2001. *Arch Iran Med*. 2009; 12(1):15-23.
8. Law M, King G, King S, Kertoy M, Hurley P, Rosenbaum P, et al. Patterns of participation in recreational and leisure activities among children with complex physical disabilities. *Dev Med Child Neurol*. 2006; 48(5):337-42.
9. Katz LF, Leary A, Breiger D, Friedman D. Pediatric cancer and the quality of children's dyadic peer interactions. *J Pediatr Psychol*. 2011; 36(2):237-47.
10. Khani H, Majidi M, Azad ME, Montazeri A, Ghorbani A, Ramezani M. Quality of life in Iranian Beta-thalassemia major patients of Southern coastwise of the Caspian Sea. *J Behav Sci*. 2009; 2(4):325-32.
11. Kasper D, Fauci A, Longo D, Braunwald E, Hauser S, Jameson J. Harrison's principles of internal medicine. 16th ed. New York: McGraw-Hill; 2005.
12. Alavi A, Parvin N, Kheyri S, Hamidzade S, Tahmasebi S. Comparison attitude children with thalassaemia major and their parents about life quality of these children in Shahr-e Kord, Iran. *Zahedan Med Sci Univ J*. 2007; 8:35-41.
13. Taher AT, Otrock ZK, Uthman I, Cappellini MD. Thalassemia and hypercoagulability. *Blood Rev*. 2008; 22(5):283-92.
14. Saki N, Dehghani Fard A, Kaviani S, Jalali Far MA, Mousavi SH, Al Ali K, et al. Beta thalassemia: epidemiology and diagnostic and treatment approaches in Iran. *Genet Millennium*. 2012; 10(1):2674-83.
15. Wahyuni MS, Ali M, Rosdiana N, Lubis B. Quality of life assessment of children with thalassemia. *Paediatr Indon*. 2011; 51(3):163-9.
16. Pourmovahed Z, Dehghani KH, Yassini AS.

- Evaluation of hopelessness and anxiety in young patients with thalassemia major. *J Med Res.* 2004; 2(1):45-52. [in Persian]
17. Mikelli A, Tsiantis J. Brief report: depressive symptoms and quality of life in adolescents with b-thalassemia. *J Adolesc.* 2003; 27(2):213-6.
 18. Li HC, Williams PD, Lopez V, Chung JO, Chiu SY. Relationships among therapy-related symptoms, depressive symptoms, and quality of life in Chinese children hospitalized with cancer: an exploratory study. *Cancer Nurs.* 2013; 36(5):346-54.
 19. Mostafaie MR, Bashirian S. Comparative survey of depression among chronic disease and healthy adolescences of Hamadan city. *Sci J Hamadan Nurs Midwifery Facul.* 2012; 20(2):65-75.
 20. Esmaeeli MR, Erfani Sayar R, Saghebi A, Elmi S, Rahmani S, Elmi S, et al. Screening for depression in hospitalized pediatric patients. *Iran J Child Neurol.* 2014; 8(1):47-51.
 21. Durualp E, Altay N. A comparison of emotional indicators and depressive symptom levels of school-age children with and without cancer. *J Pediatr Oncol Nurs.* 2012; 29(4):232-9.
 22. Atrifard M, Zahiredin A, Dibaei SH, Zahed GH. Comparing depression in children and adolescents with cancer with healthy ones. *J Urmia Univ Med Sci.* 2014; 25(1):21-31. [in Persian]
 23. Khani H, Majdi M, Azad ME, Montazeri A, Ghorbani A, Ramezani M. Quality of life in Iranian Beta-thalassemia major patients of Southern coastwise of the Caspian Sea. *J Behav Sci.* 2009; 2(4):325-32.
 24. Telfer P, Constantinidou G, Andreou P, Christou S, Modell B, Angastiniotis M. Quality of life in thalassemia. *Ann N Y Acad Sci.* 2005; 1054:273-82.
 25. Messina G, Colombo E, Cassinerio E, Ferri F, Curti R, Altamura C, et al. Psychosocial aspects and psychiatric disorders in young adult with thalassemia major. *Intern Emerg Med.* 2008; 3(4):339-43.
 26. Tahmasbi S, Aein F, Heravi Karimuae F. B-thalassemia children and quality of life: does the present condition justify children's quality of life? *J Holist Nurs Midwifery.* 2007; 17(1):23-30. [in Persian]
 27. Kyritsi H, Matziou V, Papadatou D, Evagellou E, Koutelekos G, Polikandrioti M. Self concept of children and adolescents with cancer. *Health Sci J.* 2007; 1(3):1-12.



Original Article

Comparison of Depression Symptoms in Children and Adolescents with Cancer and Thalassemia Major Disorder

Masoumeh Nazarinasab¹, Ashraf Tashakori^{2*}, Kaveh Jaseb¹, Nadia Mostaghim³, Saeed Ghanbari⁴

1. Assistant professor of psychiatry of Psychiatry, Faculty of Medicine, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran
2. Associate professor of psychiatry of Pediatrics, Faculty of Medicine, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran
3. Medical student, Student Research Committee, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran
4. Phd of Epidemiology, Faculty of Medicine, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran

Received: 03 January 2020

Accepted: 15 February 2020

Abstract

Introduction: Depression is one of the most prevalent mood disorders associated with loss of pleasure, lack of motivation, and sleep disorders. Chronic diseases, such as cancer and major thalassemia can increase the risk of depression with varying severity in children and adolescents. The present study aimed to compare depression symptoms in children and adolescents with chronic cancer and thalassemia major.

Materials and Methods: This descriptive cross-sectional and analytical study was performed on a number of 100 children and adolescents with cancer and 100 children and adolescents with thalassemia who were admitted to Shafa Hospital of Ahvaz, Iran. Data were collected using Maria Kovacs children's depression inventory (CDI) and demographic variables and analyzed in SPSS software (version 16) using the independent t-test.

Results: As evidenced by the obtained results, the mean score of depression in the cancer group was significantly higher, as compared to that in the thalassemia group ($P=0.04$). Moreover, the mean score of depression was significantly correlated with demographic variables, including age, length of disease, and educational performance in children and adolescents with cancer ($P<0.05$). Nonetheless, in patients with thalassemia, a significant relationship was only detected between depression score and gender ($P<0.05$).

Conclusion: The results of the current study demonstrated that children and adolescents with cancer obtained a higher rate of depression, compared to patients with thalassemia. Therefore, it is necessary to prioritize faster psychological therapeutic interventions in this group of children and adolescents.

Keywords: Cancer, Children, and adolescents, Depression, Thalassemia