

میزان افسردگی در نوجوانان مبتلا به تالاسمی ماژور و مقایسه آن با نوجوانان غیرتالاسمیک شهر بابل در سال ۱۳۸۶

پروین عزیز نژاد^{۱*}، سید جواد حسینی^۲، جعفر شاکری^۳

خلاصه

زمینه و هدف: تالاسمی مانند هر بیماری مزمن، تاثیر نامطلوب بر سلامت روانی بیمار و خانواده خواهد گذاشت. نیاز به تزریق مرتب خون، مراقبت‌های پزشکی مداوم، نگرانی در خصوص مدرسه، اشتغال و مشکلات درمان باعث احساس حقارت، ناامیدی، افسردگی و اضطراب می شود. مطالعه حاضر به منظور بررسی و مقایسه میزان افسردگی در نوجوانان مبتلا به تالاسمی ماژور با نوجوانان سالم انجام شده است.

مواد و روش ها: این مطالعه توصیفی - تحلیلی بر روی ۱۰۰ نفر نوجوان مبتلا به تالاسمی ماژور شهر بابل که به روش نمونه گیری غیر تصادفی انتخاب شده بودند، انجام و میزان افسردگی آن‌ها با ۱۰۰ نفر نوجوان سالم غیرتالاسمیک (که از نظر سن، میزان تحصیلات و وضعیت اقتصادی با گروه آزمون یکسان سازی شده بودند)، مورد مقایسه قرار گرفت. ابزار مورد استفاده جهت جمع آوری اطلاعات شامل پرسشنامه مشخصات دموگرافیک و تست افسردگی بک بود. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS و آمار توصیفی انجام شد.

یافته ها: میانگین سنی نوجوانان مبتلا به تالاسمی $14/4 \pm 1/3$ سال ، $50/5$ درصد آن‌ها مونث و 55 درصد در مقطع تحصیلی راهنمایی بودند. میزان افسردگی در گروه تالاسمیک $13/73$ و در گروه سالم $12/11$ گزارش شد که بین میزان افسردگی در دو گروه، اختلاف معنی دار نبود ($p=0/303$). هم چنین بین میزان افسردگی با میزان تحصیلات ($p=0/036$) و وضعیت اقتصادی ($p=0/001$) ارتباط معنی دار وجود داشت ولی با جنس ارتباط معنی دار دیده نشد.

نتیجه گیری: هر چند که حدس زده می شود بالا نبودن میزان افسردگی در نوجوانان تالاسمیک مورد مطالعه، ممکن است ناشی از عدم آگاهی آن‌ها از بیماری تالاسمی ماژور و عواقب آتی آن باشد، اما حمایت از بیمار و خانواده ، افزایش سطح آگاهی آنان و تزریق مرتب خون و داروی دسفرال می تواند به ارتقای سلامت جسمی و روانی بیماران مبتلا به تالاسمی منجر گردد.

واژه های کلیدی: تالاسمی ماژور، نوجوانان، میزان افسردگی، بابل

۱* - مربی و عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی بابل - نویسنده مسئول

۲- مربی و عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی بابل

۳- کارشناس ارشد اداره آموزش و پرورش شهرستان بابل

مقدمه

هرساله بیش از چهارمیلیون کودک در جهان با اختلالات مادرزادی و ژنتیکی متولد می شوند که ناهنجاری‌های گلوبول‌های قرمز در رأس این لیست قرار دارد، به طوری که هرساله ۲۲۰ هزار کودک با اختلالات هموگلوبین متولد می‌شوند تالاسمی نیز به تنهایی شامل بخش عظیمی از این اختلالات است و در صورت عدم درمان یکی از علل مرگ و میر دوران کودکی و نوجوانی محسوب می‌شود [۱]. بیماری تالاسمی از جمله اختلالات مزمنی است که در اثر فقدان و یا کاهش سنتز یکی از زنجیره های نرمال گلوبین هموگلوبین ایجاد می‌شود [۲].

در کشور ما بیش از ۲۳ هزار نفر از بتا تالاسمی ماژور رنج می‌برند [۳]. استان مازندران دارای ۲۹۰۲ نفر بیمار تالاسمیک بوده، که از این تعداد بیشترین رقم بیماران مبتلا به تالاسمی ماژور، متعلق به شهرستان بابل (۶۷۴ نفر) می باشد [۴]. حدود ۱۰ درصد افراد مبتلا به بیماری مزمن از جمله تالاسمی در سنین نوجوانی قرار دارند [۵].

در مطالعات مقایسه ای که بین نوجوانان مبتلا به بیماری مزمن و نوجوانان بدون بیماری مزمن انجام شده است ثابت گردیده که نوجوانان مبتلا به بیماری‌های مزمن، نگرانی‌های بیشتری درباره مرگ، مدرسه و کار آینده دارند و تصویر ذهنی از خود در آن‌ها دچار نقص می باشد [۶].

تالاسمی همانند خیلی از بیماری‌های مزمن، نوجوان را به طرف مشکلات روانی- اجتماعی سوق می‌دهد. این مشکلات ناشی از اثری بودن بیماری است. اختلالات جسمی مثل تغییر واضح شکل صورت، وابستگی به تزریق خون مداوم و درمان وقت گیر و دردناک آهن زدایی که شامل تزریق زیرجلدی دسفرال از طریق پمپ است. احتمال ازدواج و والد شدن در این بیماری به علت عوارض بیماری و مشکلات ناشی از عقب افتادگی در رشد جنسی در این بیماران همچنان مثل گذشته پایین است. عارضه دیگر این بیماری دیابت است. موارد یاد شده موانع مهمی در سوق دادن بیماران تالاسمیک به سمت یک زندگی طبیعی است [۵].

جنبه های روانی و اجتماعی نوجوانان تالاسمی عبارتند از: کاهش اعتماد به نفس، افسردگی، دمدمی مزاج، لجاجت

غیرقابل کنترل، وابستگی بیش از حد به دیگران، عدم برنامه‌ریزی برای آینده و نداشتن انگیزه می باشد [۷]. بیماری افسردگی از شایع‌ترین اختلالات روانی و خلقی در کل جمعیت است. حدود ۵ درصد نوجوانان سطح جامعه دچار اختلال افسردگی عمده هستند. میزان اختلال افسردگی عمده در کودکان و نوجوانان بستری در بیمارستان‌ها بسیار بیشتر از جمعیت کلی است تا ۲۰ درصد کودکان و ۴۰ درصد نوجوانان بستری افسرده هستند [۸]. در کشور ما آمار دقیقی در مورد شیوع افسردگی در نوجوانان مبتلا به بیماری مزمن وجود ندارد. در کشور ترکیه میزان افسردگی در نوجوانان مبتلا به بیماری مزمن ۲۷ درصد گزارش گردید [۹]. در مطالعه ملک‌شاهی در شهر خرم آباد، بیشترین فراوانی (۵۳/۹ درصد) به افسردگی متوسط اختصاص داشت. از نظر مشکلات رفتاری، ۵۵ درصد بدخلقی، ۴۳/۲ درصد پر خاشگری و خشم، ۴۵/۲ درصد مشکلات ارتباطی با همسالان ۵۹/۸ درصد گوشه گیری و کم رویی را در بیماران مبتلا به تالاسمی ذکر نمودند [۱۰]. Louthrenoo و همکارانش مشکلات روانی و اجتماعی در کودکان تالاسمیک و کودکان سالم در کشور تایلند را بررسی نمودند و یافته‌هایشان نشان داد که میزان مشکلات روانی و اجتماعی کودکان مبتلا به تالاسمی بیشتر از کودکانی است که بیماری مزمن ندارند (۲۸/۵ درصد در مقابل ۴ درصد و $p=0/001$) [۱۱].

کسانی که از مبتلایان به تالاسمی مراقبت می کنند باید آن‌ها را در سازگاری با پیامدهای روانی حاصل از بیماری‌شان یاری دهند و به آن‌ها کمک کنند تا به بهترین وجه ممکن ارتباط خود را با جامعه حفظ نمایند. حمایت روانی بخش مهمی از درمان بیماران مبتلا به اختلالات هموگلوبین است و جزئی از خدمات تیم پزشکی می باشد [۱۲]. از آنجائی که تشخیص و درمان به موقع افسردگی و مشکلات روانی- رفتاری، شناسایی عوامل خطر، برنامه ریزی صحیح، ارتباط منظم، حمایت از بیمار و خانواده می تواند منجر به ارتقای سطح بهداشت روان و شرکت در فعالیت‌های اجتماعی بیماران مبتلا به تالاسمی گردد، لذا بر آن شدیم که پژوهشی تحت عنوان مقایسه میزان افسردگی در نوجوانان مبتلا به تالاسمی ماژور با نوجوانان سالم انجام گیرد.

مواد و روش ها

در این پژوهش توصیفی تحلیلی، مبتلایان به تالاسمی ماژور که به مرکز تالاسمی بیمارستان کودکان امیرکلا در شهر بابل جهت تزریق خون یا تزریق دسفرال مراجعه می‌کردند، به روش غیرتصادفی متوالی و با توجه به مشخصات واحدهای پژوهش انتخاب، و مورد بررسی قرار گرفتند. در مورد نوجوانان سالم ابتدا اسامی مدارس راهنمایی و دبیرستان دخترانه و پسرانه دولتی شهر بابل مشخص و بعد به طور تصادفی و به روش خوشه ای با توجه به معیارهای پژوهش انتخاب شدند. تعداد نمونه در گروه مبتلا به تالاسمی ۱۰۰ نفر بودند لذا تعداد نوجوانان سالم به عنوان گروه کنترل ۱۰۰ نفر انتخاب شدند.

معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از: ۱- داشتن سن بین ۱۳-۱۹ سال. ۲- تا قبل از سن ۱۱ سالگی والدینشان را از دست نداده باشند. ۳- عدم ابتلا به هر گونه بیماری مزمن (به جز تالاسمی در گروه مبتلا)

ابزار گردآوری داده ها مشتمل بر دو قسمت بود: قسمت اول پرسشنامه تدوین شده در مورد مشخصات فردی شامل سن، جنس، میزان تحصیلات، وضعیت اقتصادی خانواده، در صورت ابتلا به بیماری تالاسمی تزریق مرتب داروی دسفرال و تزریق خون، که جواب ها به صورت بلی، خیر و چند گزینه ای بودند. قسمت دوم، پرسشنامه افسردگی بک بود که شامل ۲۱ مورد می باشد. سوالات این پرسشنامه به طریقه بسته طراحی گردیده و برحسب نمره به عدم وجود افسردگی (۰-۱۶)، افسردگی خفیف تا متوسط (۱۷-۲۰)، افسردگی متوسط (۲۱-۳۰)، افسردگی شدید (۳۱-۴۰) و افسردگی بسیار شدید

(بیشتر از ۴۰) تقسیم بندی می شود [۱۳]. اطلاعات به صورت یک مرحله ای جمع آوری و با استفاده از آمار توصیفی و همچنین نرم افزار آماری SPSS تجزیه و تحلیل شدند.

نتایج

میانگین سن در نوجوانان مبتلا به تالاسمی $14/4 \pm 1/3$ و در نوجوانان سالم $14/6 \pm 1/2$ سال بود. ۵۰/۵ درصد مبتلایان به تالاسمی مؤنث و ۵۰/۵ درصد نمونه های سالم مذکر بودند. ۵۵ درصد گروه تالاسمیک در مقطع راهنمایی و در گروه سالم ۵۵/۶ درصد در مقطع دبیرستان و حدود ۱۳ درصد نوجوانان مبتلا به تالاسمی در مقطع تحصیلی ابتدایی باقی مانده و ادامه تحصیل نداده اند. ۶۰ درصد نوجوانان مبتلا به تالاسمی و ۵۹ درصد نوجوانان سالم از نظر وضعیت اقتصادی در سطح متوسط بودند. لازم به ذکر است که دو گروه از نظر جنس، میزان تحصیلات و وضعیت اقتصادی با هم یکسان بوده و اختلاف معنی دار آماری بین دو گروه مشاهده نگردید.

۸۹ درصد نوجوانان مبتلا به تالاسمی داروی دسفرال به طور مرتب تزریق نموده و فقط ۱۱ درصد نمونه ها تزریق مرتب داروی دسفرال را انجام نمی‌دادند همچنین ۹۶ درصد نوجوانان مبتلا به تالاسمی تزریق مرتب خون را انجام داده و فقط ۴ درصد نمونه ها تزریق مرتب خون را انجام نمی‌دادند. میزان افسردگی ۱/۵ درصد از گروه تالاسمی و ۷/۷ درصد از گروه سالم در حد طبیعی بوده است. میزان افسردگی ۱۴/۳ درصد از افراد گروه تالاسمی و ۱۰/۱ درصد از گروه سالم در حد خفیف تا متوسط بود. ۲۴/۲ درصد از گروه تالاسمی و ۱۵/۱ درصد از گروه سالم در حد متوسط، شدید و بسیار شدید بوده است (جدول شماره ۱).

جدول ۱: توزیع فراوانی مطلق و نسبی واحدهای مورد پژوهش برحسب میزان افسردگی در نوجوانان مبتلا به تالاسمی با

نوجوانان سالم شهر بابل، ۱۳۸۶.

جمع		سالم		تالاسمی		میزان افسردگی نوجوانان مبتلا به تالاسمی و سالم
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۶۸/۵	۱۳۶	۷۵	۷۵	۶۱	۶۱	۰-۱۶ طبیعی
۱۲/۱	۲۴	۱۰	۱۰	۱۴	۱۴	۱۷-۲۰ خفیف تا متوسط
۱۳/۲	۲۶	۱۲	۱۲	۱۴	۱۴	۲۱-۳۰ متوسط
۳/۶	۸	۳	۳	۵	۵	۳۱-۴۰ شدید
۲/۶	۶	---	---	۶	۶	۴۰+ بسیار شدید
۱۰۰	۲۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	جمع

بیشترین درصد فراوانی گروه تالاسمی مورد پژوهش، در مقطع راهنمایی بوده و حدود ۱۳ درصد آن‌ها در مقطع تحصیلی ابتدایی باقی مانده و ادامه تحصیل نداده بودند. در مورد علت ترک تحصیل، نوجوانان مبتلا به تالاسمی ناگزیرند که در تمام طول زندگی شان تحت مداوای پزشکی باشند و ادامه زندگی آنها وابسته به تیم پزشکی است. ویزیت های منظم در بیمارستان و درمانگاه های روزانه سبب می شود که روال طبیعی زندگی آن‌ها نامنظم، رفتن به مدرسه منقطع و زندگی اجتماعی آن‌ها محدود گردد [۵]. Pattra بیان می کند که درآمد پایین و متوسط والدین نوجوانان مبتلا به تالاسمی باعث شده که تحصیلات آن‌ها در حد ابتدایی باقی بماند [۱۵]. ۸۹ درصد نوجوانان مبتلا به تالاسمی، داروی دسفرال را به طور مرتب تزریق می نموده و فقط ۱۱ درصد نمونه ها تزریق مرتب داروی دسفرال را انجام نمی دادند. نصیری طوسی بیان می کند که در ۷۵ درصد مبتلایان به تالاسمی ماژور زیر ۱۸ سال داروی حیاتی دسفرال را مصرف می کنند. در زمینه علت عدم مصرف دسفرال در ۲۵ درصد موارد به دلایل زیر می باشد: علل پزشکی، عدم آگاهی، عدم دسترسی به دارو، مشکلات اقتصادی و غیره. رفع علل فوق می تواند سلامت بیشتر این مبتلایان را تامین کند [۱۴]. در حالی که Canatan بیان می کند که آموزش کودکان تالاسمیک سن مدرسه، مهم ترین عامل تزریق مرتب خون و داروی دسفرال است [۱۶].

هم چنین میانگین وانحراف معیار میزان افسردگی در گروه مبتلا به تالاسمی به ترتیب ۱۳/۷۳ و ۱۳/۰۶ و در گروه سالم به ترتیب ۱۲/۱۱ و ۷/۶۴ بوده است و به منظور بررسی اختلاف میانگین افسردگی در دو گروه از آزمون آماری من ویتنی (Mann-Whitney) استفاده شد که با $p=0/303$ اختلاف معنی دار آماری از نظر میزان افسردگی در دو گروه نوجوانان مبتلا به تالاسمی با نوجوانان سالم نشان نداده است. همچنین اختلاف معنی دار آماری بین میزان افسردگی با جنس وجود ندارد (در گروه تالاسمی $p=0/490$ و در گروه سالم $p=0/734$) ولی بین میزان افسردگی با میزان تحصیلات ($p=0/03$ در گروه تالاسمی و $p=0/05$ در گروه سالم) و وضعیت اقتصادی ($p=0/04$ در گروه تالاسمی و $p=0/01$ در گروه سالم) رابطه معنی دار وجود دارد. بدین معنی که هرچه وضعیت اقتصادی پایین تر، و یا میزان تحصیلات کمتر باشد میزان افسردگی بیشتر خواهد بود.

بحث

با توجه به میانگین سنی نوجوانان تالاسمیک مورد مطالعه ($14/4 \pm 1/3$)، نصیری طوسی بیان می کند که ۸۵ درصد از کل مبتلایان کشور، در گروه سنی زیر ۱۸ سال قرار دارند. جمعیت مبتلایان تالاسمی ماژور جمعیتی جوان است. در واقع اکثر این مبتلایان در گروه سنی کودک و نوجوان به سر می برند [۱۴].

است و فاصله بین آرزوی آن‌ها و واقعیت‌های موجود بسیار کم است، لذا افسردگی در آن‌ها کمتر بوده است [۱۷].

در تحقیق دیگری که توسط Diplomo و همکارانش انجام شده نتایج نشان داد که به منظور تطابق روانی-اجتماعی بیماران تالاسمیک و کاهش مشکلات اجتماعی آنان باید به ۳ فاکتور اصلی یعنی درمان مناسب (تزریق مرتب خون و داروی دسفرال)، برنامه‌های آموزشی جهت افزایش آگاهی بیماران و ارتباط موثر و مستمر تیم بهداشتی با بیماران و خانواده آنان، توجه اساسی شود [۲۳]. در پژوهش فوق هم ۹۶ درصد نوجوانان مبتلا به تالاسمی تزریق مرتب خون و همچنین ۸۹ درصد تزریق مرتب داروی دسفرال داشتند. به نظر می‌رسد به دلیل پیگیری‌های انجام شده اختلالات جسمی (مثل تغییر قیافه و عقب ماندگی در رشد جسمی و جنسی) و عوارض بیماری کمتر و سبب بهبود کیفیت زندگی و افزایش امیدواری بیماران به آینده شده است. لذا اختلاف معنی داری از نظر میزان افسردگی در نوجوانان سالم با نوجوانان مبتلا به تالاسمی دیده نشد. Telfer بیان می‌کند با توجه به پیشرفت درمان، کیفیت زندگی بیماران تالاسمیک ارتقا یافته، معلولیت و مرگ و میر آن‌ها کاهش چشمگیری داشته است [۲۴].

نتایج این مطالعه، حاکی از ارتباط معنی دار بین میزان افسردگی با میزان تحصیلات بود بدین معنی که هرچه میزان تحصیلات کمتر باشد میزان افسردگی بیشتر خواهد بود. باقری و شاه محمدی در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که میزان شیوع اختلالات روانی در افراد بی‌سواد و کم‌سواد بیش از افراد باسواد است [۲۵]. افراد بی‌سواد به دلیل عدم اطلاعات کافی در زمینه بیماریشان و رعایت نکردن نکات مهم بهداشتی و درمانی و چه بسا اطلاعات نارسا و بعضاً ضد و نقیض در نتیجه، این مسائل می‌تواند کشمکش‌های مختلف و نهایتاً بحران در آنان ایجاد نماید. در بررسی مشابه به عمل آمده در آمل نشان داده شد که بین میزان افسردگی و میزان تحصیلات بیماران مبتلا به دیابت ملیتوس نوع II و گروه شاهد ارتباط معنی دار وجود دارد [۲۶].

همچنین ارتباط معنی دار، بین میزان افسردگی با وضعیت اقتصادی وجود داشت بدین معنی که هرچه وضعیت اقتصادی پایین تر باشد میزان افسردگی بیشتر خواهد بود و این مسئله

براساس یافته‌های این پژوهش، اختلاف معنی دار آماری از نظر میزان افسردگی در دو گروه نوجوانان مبتلا به تالاسمی با نوجوانان سالم دیده نشد. در بررسی مشابه به عمل آمده در یزد نشان داده شد که بین میزان افسردگی کودکان مبتلا به تالاسمی ماژور و کودکان سالم گروه کنترل تفاوت معنی دار آماری وجود ندارد [۱۷]. پژوهش Aydinok و همکارانش نشان داد کودکانی که تزریق مرتب داروی دسفرال را انجام می‌دهند مشکلات روانی و اجتماعی (مثل افسردگی، اختلالات اضطراب) کمتری دارند [۱۸]. در حالی که مطالعه Louthrenoo و همکارانش نشان داد که میزان مشکلات روانی و اجتماعی کودکان مبتلا به تالاسمی بیشتر از کودکان سالم است [۱۱]. مطالعه Aydin در ترکیه مشخص کرد که میزان افسردگی و سطح اضطراب کودکان مبتلا به تالاسمی ماژور بیشتر از کودکان سالم است [۱۹]. همچنین پژوهش Saini نشان داد که میزان افسردگی بیماران مبتلا به تالاسمی بیشتر از افراد سالم است [۲۰]. ولی Zani بیان می‌کند که نوجوانان مبتلا به تالاسمی دارای رشد روانی و اجتماعی طبیعی بوده و حتی نمرات اعتماد به نفس و توانایی مقابله در قبال مشکلات روزانه بیشتر از نوجوانان سالم است پس وجود یک بیماری مزمن ضرورتاً همراه با اثرات آسیب شناسی روانی نیست بلکه حمایت‌های روانی - اجتماعی جامعه و خانواده باعث رشد روانی - اجتماعی مطلوب در کودک مبتلا به تالاسمی می‌شود [۱۵].

Nash بیان می‌کند اطلاع رسانی وسیع و دسترسی به یافته‌های روز منجر به افزایش تحمل بیماران و بهبود کیفیت زندگی آن‌ها شده است [۲۱]. بدین صورت نیز می‌توان اظهار داشت که نگرش و جوانب روانی و اجتماعی بیماری تالاسمی بین افراد مختلف متفاوت است و به دلیل تفاوت در نگرش‌های فردی نسبت به بیماری و پیشرفت‌های علمی که منجر به توسعه مراقبت‌ها شده است، امیدواری افراد مورد مطالعه ممکن است تغییر نماید [۲۲]. با توجه به پیشرفت‌هایی که در تشخیص و درمان بیماری تالاسمی ایجاد شده، نگرش آن‌ها را نسبت به خود و آینده بهتر نموده است. همچنین به دلیل آن که توقع بیماران تالاسمیک از زندگی کمتر از یک فرد عادی

conditions. J of Adolescent Health. 1994; 15 (3): 1909-204

7- Ratip S. Modell B. Psychological and sociological Aspects of the Thalassemia. Seminars in Hematology, 1996; 33(1): 53-65.

۸- کاپلان و سادوک. خلاصه روانپزشکی علوم رفتاری و روانپزشکی بالینی. ترجمه رفیعی ح و رضاعی ف، تهران: انتشارات ارجمند، ۱۳۸۲، ص ۷۹.

9- Hicran C. Depression in children with cancer. J Ped. Nur. 2001; 16(5): 380-384.

۱۰- ملکشاهی ف. بررسی مشکلات روانی و رفتاری بیماران تالاسمی مراجعه کننده به مرکز تالاسمی بیمارستان شهید مدنی خرم آباد. فصلنامه اصول بهداشت روانی. سال سوم شماره ۱۱ و ۱۲. ۱۳۸۰، ص ۱۲۱-۱۱۵.

11- Louthrenoo O. Psychosocial problems in children with thalassemia and their siblings. J Med Assoc Thai. 2002; Aug; 85(8): 881-5.

۱۲- کاو آنتونی. جدیدترین روش درمان بیماری تالاسمی. ترجمه پاکباز ز، تهران: انتشارات راستان، ۱۳۷۴، ص ۴۹.

۱۳- برنز د. روانشناسی افسردگی، ترجمه مهدی قراچه داغی م، تهران: نشر واحدی، ۱۳۷۵، ص ۴۱-۴۰.

۱۴- نصیری طوسی م. گزارش وضعیت کودکان و نوجوانان تالاسمی ماژور در ایران. دو فصلنامه انجمن تالاسمی ایران. شماره ۱۲، پاییز ۱۳۷۶، ص ۲۶.

15- Pattra T. Family functioning in children with thalassemia. Clinical pediatrics, January / February 2003; 79 - 81.

16- Canatan D. Psychosocial burden of beta-thalassemia major in Antalya. Soc. Sci. Med, Feb 2003; 56(4):815-9.

۱۷- پور موحد ز. بررسی میزان ناامیدی و اضطراب در کودکان مبتلا به تالاسمی ماژور مراجعه کننده به مرکز بیماریهای خاص یزد. خلاصه مقالات اولین همایش سراسری پرستار و ارتقای سلامت کودکان. تبریز: دانشکده پرستاری و مامایی تبریز، ۱۳۸۱، ص ۷۰.

18- Aydinok Y. Erermis S. Bukusoglu N. Yilmaz D. Solak U. Psychosocial implications of thalassemis major. Pediatrics

ممکن است به این دلیل باشد، که افرادی که وضعیت اقتصادی پایین تر دارند فشارهای بیشتری از نظر اقتصادی، اجتماعی و روانی تحمل می کنند و در نتیجه این مسئله می تواند در بروز و تشدید علائم روانی خصوصاً افسردگی در آنان نقش اساسی داشته باشد. چنانچه ریس بیان می کند که میزان بیماری افسردگی در پایین ترین طبقه اجتماعی در حدود دو برابر سایر طبقات اجتماعی است [۲۷]. در حالی که کاپلان و سادوک بیان می کنند که هیچ ارتباطی بین وضعیت اجتماعی- اقتصادی افراد و اختلال افسردگی پیدا نشده است [۸].

نتیجه گیری: به طور کلی این مطالعه نشان داد که وجود بیماری مزمن همچون تالاسمی ماژور در نوجوانان، لزوماً با مشکلات روانی همراه نیست که یکی از دلایل آن را می توان عدم آگاهی نوجوان از بیماری و عواقب آن حدس زد با این حال به نظر می رسد حمایت های روانی - اجتماعی جامعه، خانواده و هم چنین افزایش آگاهی و نگرش های مثبت به بیماری می تواند باعث رشد روانی و اجتماعی مطلوب در نوجوانان مبتلا به تالاسمی در آینده گردد.

منابع

1-Angastiniotis M. The adolescent thalassemic. Minerva pediatr. 2002; Dec; 54(6): 511-5.

۲ - عبدالعلیان م. مراقبت های پرستاری از کودکان، چاپ چهارم، تهران. انتشارات آمون، ۱۳۸۰، ص ۳۷۷.

۳- محمدزاده م. بررسی مقایسه ای وضعیت بیماران تالاسمیک استان آذربایجان شرقی طی سال های ۷۹-۷۴. خلاصه مقالات اولین همایش سراسری پرستار و ارتقای سلامت کودکان. تبریز: دانشکده پرستاری و مامایی تبریز، ۱۳۸۱، ص ۶۷.

۴- مرکز بهداشت استان مازندران. نشریه عملکرد مرکز بهداشت استان مازندران، ۱۳۸۰، ص ۶۴-۶۱.

5- Zani B. Psycho - Social Aspects of chronic illness in adolescents with thalassemia major. Thalassemia international frederation news, 1996; 18: 10-15.

6-Wolman C. Emotional well-being among adolescents with and without chronic

Cooley's Anemia: Seventh symposium. 1998; 85: 355-360.

24-Telfer P. Constantinidou G. Andreou P. Christov S. Modell B. Angastiniotls Andm. Quality of life in thalassemia. Annals of the NewYork Academy of Sciences. Cooley's Anaemia. Eighth symposium, November 2005; 1054: 273-282.

۲۵- باقری ب، شاه محمدی . بررسی همه گیر شناسی اختلالات روانی در مناطق روستایی میبد یزد. فصل نامه اندیشه و رفتار، سال اول شماره ۱، ۱۳۷۳، ص ۳۸.

۲۶- حسینی ج. بررسی میزان افسردگی در بیماران مبتلا به دیابت ملیتوس تیپ II در مرکز تحقیقاتی، آموزشی، درمانی دیابت شهرستان آمل. پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری ، دانشگاه علوم پزشکی ایران ۱۳۷۴، ص ۱۰۲.

۲۷- رییس ل. مختصر روان پزشکی. ترجمه گروهی از مترجمان . تهران : مرکز نشر دانشگاهی، ۱۳۶۴، ص ۲۴۷.

International, February 2005; 47 Issue 1: 84-89.

19-Aydin B. Psychosocial aspects and psychiatric disorders in childers in children with thalassemia major. Acta peditry. P.N. 1997; 30 (3): 354-7.

20- Saini A. Chandra J. Goswami U. Singh V. Dutta AK. Case control study of psychosocial morbidity in B thalassemia major. J Pediatr, May 2007; 150 (5): 516-20.

21- Nash K. Psychosocial perspective-growing up with thalassemia: a chronic disorder. Annals of the New York Academy of sciences, 1990; 612: 442-450.

22- Ratip S. Psychosocial and clinical burden of thalassemia intermedia and its implications for prenatal diagnosis. Archives of disease in childhood, 1995; 72(5): 408-412.

23-Diplomo A. Vulo C. Zani B. Facchini A. Psychosocial Integration of Adolescents and Young Adults with Thalassemia Major. Annals of the NewYork Academy of sciences.

Comparison between the frequency of depression among adolescents with and without thalassemia in Babol, 2007.

P. Aziznejad. MSc^{1*}, J. Hosseini. MSc², J. Shakerei. MSc³

1- Academic Member, Dep of Nursing, University of Medical Sciences, Babol Iran.

2- Academic Member, Dep of Nursing, University of Medical Sciences, Babol Iran.

3- Learning Educational Administration, Babol Iran

* Corresponding Author Tel: 0111-2234695

Background and Objective: Like any chronic diseases, thalassemia has some undesired complications including depression in patients and their families. The need for regular blood transfusion, continuous medical care, worrying especially about school and treatment problems will cause the sense of inferiority, disappointment, depression and anxiety. This study was conducted to compare the level of depression among adolescents with thalassemia.

Materials and Methods: This analytical-descriptive study was performed on 100 adolescents afflicted with major thalassemia in Babol. They were selected using nonrandom sampling. The level of depression was compared with using a normal group of 100 persons with similar parameters including age, education and socioeconomic status. Data collection tools were: A questionnaire including demographic characteristics and the depression beck test. The analyses of data were done by SPSS and descriptive statistics.

Results: The average age of adolescents afflicted with thalassemia was 14.4 ± 1.3 , 50.5% were female. About 55% of them were school students in guidance level. The depression level in the case group was 13.73 versus 12.11 in the control group, with no significant differences ($p=0.303$). Also, there was a significant relationship between the level of depression and educational ($p=0.036$) and socioeconomic status ($p=0.001$) however sex had no effects in this regard ($p=0.490$).

Conclusion: based on our results, the low level of depression in the case group was possibly due to lack of adequate information about the entity and prognosis of thalassemia, however more support and attention is required to manage the wide range of problems which can determinately affect the life quality of patients with thalassemia.

Keyword: Thalassemia, Adolescents, Depression leve, Babol.