

Investigating the prevalence of depression in children and adolescents with cancer admitted to the oncology ward of Besat Hospital in Sanandaj

Soleiman Mohammadzadeh¹, Fayegh Yousefi², Sara Kamali Ardakani³, Borhan Moradveisi⁴, Seyede Zahra Seyedi Nasab⁵, Somayeh Tahazade⁶

1-Assistant Professor, Department of Psychiatry, Kurdistan University of Medical Science, Sanandaj, Iran.

2- Associate Professor, Department of Psychiatry, Kurdistan University of Medical Science, Sanandaj, Iran.

3- Assistant Professor, Department of Psychiatry, Kurdistan University of Medical Science, Sanandaj, Iran (Corresponding Author). E-mail: Dr.skamali@gmail.com

4- Associate Professor, Department of Pediatrics, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran.

5- MD, Department of Medical, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran.

6- MSc, Department of Clinical Psychology, University Of Kurdistan, Sanandaj, Iran.

Received: 02/07/2022

Accepted: 15/11/2022

Abstract

Introduction: Depression in children with cancer can complicate the course of the disease and cause many problems in the treatment process.

Aim: The aim of this study was to determine the prevalence of depression in children and adolescents with cancer.

Method: This study was a descriptive cross-sectional study. Forty children with cancer admitted to the oncology ward of Besat Hospital, Sanandaj, with an age range of 7- 17 years in 2016, who were selected and assessed using a demographic information checklist and the Children's Depression Inventory (Kovacs, 1979). After collecting data, the data were analyzed by SPSS-20 software using descriptive statistical tests and chi-square.

Results: The 15% of the subjects had depressive symptoms and 47.5% were on the verge of depression. The prevalence of depression was 21.1% in girls and 9.5% in boys ($p=0.54$), and there was no significant difference in terms of cancer type ($p=0.99$), treatment method ($p=0.81$) and demographic indicators ($p>0.05$).

Conclusion: Due to the relatively high prevalence of depression in this group of patients, it is recommended that the necessary screenings be performed to identify and refer patients with depression to psychiatric or psychological clinics to receive appropriate and timely treatment to help improve the quality of life of these patients and their families.

Keywords: Neoplasms, Depression, Child and adolescent

How to cite this article: Mohammadzadeh S, Yousefi F, Kamali Ardakani S, Moradveisi B, Seyedi Nasab SZ, Tahazade S. Investigating the prevalence of depression in children and adolescents with cancer admitted to the oncology ward of Besat Hospital in Sanandaj. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry. 2022; 9 (5): 66-76. URL: <https://shenakht.muk.ac.ir/article-1-1391-en.pdf>

Copyright © 2018 the Author (s). Published by Kurdistan University of Medical Sciences. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Non Commercial License 4.0 (CCBY-NC), where it is permissible to download, share, remix, transform, and buildup the work provided it is properly cited. The work cannot be used commercially without permission from the journal.

بررسی شیوع افسردگی در کودکان و نوجوانان مبتلا به سرطان بستری شده در بخش انکولوژی بیمارستان بعثت سنجند

سلیمان محمدزاده^۱، فایق یوسفی^۲، سارا کمالی اردکانی^۳، برهان مرادیسی^۴، سیده زهرا سیدی نسب^۵، سمیه طه زاده^۶

۱. استادیار، گروه روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران.

۲. دانشیار، گروه روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران.

۳. استادیار، گروه روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران (مؤلف مسئول). ایمیل: Dr.skamali@gmail.com

۴. دانشیار، گروه اطفال، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران.

۵. پزشک عمومی، گروه پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران.

۶. کارشناس ارشد، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه کردستان، سنندج، ایران.

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۱/۰۸/۲۴

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۰۴/۱۱

چکیده

مقدمه: افسردگی در کودکان مبتلا به سرطان می‌تواند باعث پیچیده‌تر شدن سیر بیمار شود و در روند درمان مشکلات متعددی به وجود آورد.

هدف: هدف از این مطالعه تعیین شیوع افسردگی در کودکان و نوجوانان مبتلا به سرطان بود.

روش: این مطالعه از نوع توصیفی - مقطعی بود. جامعه آماری شامل ۴۰ نفر از کودکان مبتلا به سرطان بستری شده در بخش انکولوژی بیمارستان بعثت سنندج با دامنه سنی ۷ تا ۱۷ سال در سال ۱۳۹۶ بودند که با استفاده از چک لیست اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه افسردگی کودکان (کواکس، ۱۹۷۹) مورد سنجش قرار گرفتند. پس از جمع‌آوری اطلاعات، داده‌ها به وسیله نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۰ و با استفاده از آزمون‌های آماری توصیفی و کای اسکوار برای آمار تحلیلی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: ۱۵ درصد افراد مورد مطالعه دارای علائم افسردگی و ۴۷/۵ درصد در آستانه افسردگی بودند. شیوع افسردگی در دختران ۲۱/۱ درصد و در پسران ۹/۵ درصد بود ($P=۰/۵۴$) و بر حسب نوع سرطان ($P=۰/۹۹$) و روش درمانی ($P=۰/۸۱$) و در شاخص‌های دموگرافیک ($P>۰/۰۵$) تفاوت معنی‌داری وجود نداشت.

نتیجه‌گیری: با توجه به شیوع نسبتاً بالای افسردگی در کودکان مبتلا به بیماری سرطان پیشنهاد می‌شود غربالگری‌های لازم به منظور شناسایی و معرفی به موقع بیماران مبتلا به افسردگی به کلینیک‌های روانپزشکی یا روانشناسی انجام شود تا با دریافت درمان مناسب و به موقع بتوان به ارتقاء کیفیت زندگی این بیماران و خانواده آنان کمک نمود.

کلیدواژه‌ها: سرطان، افسردگی، کودک و نوجوان

مقدمه

مطالعات نشان داده‌اند بین ۵۰ تا ۸۰ درصد از بیماران مبتلا به سرطان، بطور هم‌زمان از یک اختلال روانپزشکی رنج می‌برند و همچنین درمان‌های طولانی مدت و دردآور این بیماری باعث تشدید مشکلات روانی می‌شوند (کادان-لوتیک، کلیگمن و جنسون^۴، ۲۰۰۷). افسردگی از واکنش‌های شایع در بیماران مبتلا به سرطان است که با عدم احساس لذت، دوری کردن از دوستان یا خانواده، نداشتن انگیزه، کم یا زیاد شدن اشتها و وزن، کاهش انرژی و خستگی زودرس، اختلال خواب و افکار مرگ و خودکشی مشخص می‌شود (پاسکینی، بیوندی و هلث^۵، ۲۰۰۷؛ پرل^۶، ۲۰۰۴).

هر چند بسیاری از بیماران مبتلا به سرطان ملاک‌های لازم برای افسردگی اساسی را پر نمی‌کنند؛ اما علائم زیر آستانه‌ای افسردگی در این بیماران بسیار شایع بوده و احتمالاً نیاز به درمان دارد (ناکولس و ناکولس^۷، ۲۰۱۳). مطالعه رمضانی و همکاران نشان داد که ۴۰/۸ درصد بیماران مبتلا به سرطان درجاتی از افسردگی را دارند (رمضانی، ۱۳۸۰). در مطالعه شاکری و همکاران ۴۲/۳ درصد جمعیت مورد مطالعه از افسردگی متوسط تا شدید برخوردار بوده‌اند (شاکری، عبدلی، پاینده و چاره‌گر، ۲۰۰۹)، مطالعه‌ی دیگری در بیماران مبتلا به سرطان نشان داد در ۲۸٪ این بیماران علائم افسردگی دیده می‌شود (تاپا، راول و بیستا^۸، ۲۰۱۰). مهم‌ترین دلایل ایجاد افسردگی در بیماران مبتلا به سرطان، درد ناشی از متاستاز، کاهش فعالیت‌های اجتماعی و ناتوانی ذکر شده است. درمان سرطان چه به صورت شیمی درمانی و چه پرتودرمانی در ایجاد و یا افزایش شدت افسردگی

سرطان اصطلاحی است برای گروهی از بیماری‌ها که در آن سلول‌های غیرطبیعی بدون کنترل تقسیم می‌شوند و می‌توانند به سایر بافت‌ها تهاجم کنند. سلول‌های سرطانی می‌توانند از طریق خون و دستگاه لنفاوی به سایر نقاط بدن گسترش یابند (کادان لوتیک^۱، ۲۰۰۷). اگر چه میزان مرگ‌ومیر بیماری‌های دوران کودکی (خصوصاً بیماری‌های عفونی) در کشورهای صنعتی و در حال توسعه کاهش یافته؛ اما شمار کودکان با تشخیص سرطان افزایش یافته است (روزنر، کیهنه، جیمز، اشویل و روزنر^۲، ۲۰۰۲). با توجه به پیشرفت علم پزشکی، بیماری سرطان در کودکان و نوجوانان از یک بیماری حاد و کشنده به یک بیماری مزمن تبدیل شده و میزان طول عمر مبتلایان افزایش یافته است (فیجین، کریشنامورتی، پارمر، نروینگ، منسا و همکاران^۳، ۲۰۱۵).

تشخیص بیماری سرطان می‌تواند استرس‌های روانشناختی قابل توجهی به بیماران و خانواده‌های آنان وارد نماید به ویژه اگر بیماران، کودکان و نوجوانان باشند این آسیب می‌تواند جدی‌تر و شدیدتر باشد (زارع پور، فلاحی خشک‌ناب، کاشانی نیا، بیگلریان و باباشهابی، ۱۳۸۹). مطالعات نشان داده‌اند که شیوع سرطان در کودکان و نوجوانان ایرانی ۱/۴ درصد می‌باشد (محقق، ملک‌زاده، موسوی و پارکین، ۱۳۸۹). در کودکان مبتلا به سرطان، بستری‌های مکرر و حضور مداوم در بیمارستان، آن‌ها را غمگین و منزوی می‌کند (علیلو، هاشمی نصرت آباد و فرش‌باف مانی صفت، ۱۳۹۴؛ رحیمی، فداکار سوقه، تبری و کاظم نژاد لیلی، ۱۳۹۳).

^۴- Kadan-Lottick, Kligman & Jenson

^۵- Pasquini, Biond & Health

^۶- Pirl

^۷- Nuckols & Nuckols

^۸- Thapa, Rawal & Bista

^۱- Kadan-Lottick

^۲- Rosner, Kiehne, James, Ashwill & Rosner

^۳- Feigin, Krishnamurthi, Parmar, Norrving, Mensah & et al

بیماران مبتلا مؤثر است (ساراملا، پولی و کانسر^۱، ۲۰۰۱؛ لامپیک، تورفجل، برگ و سجدن^۲، ۲۰۰۱). در یک مطالعه نشان داده شد که پرتودرمانی در مبتلایان به سرطان باعث اضطراب و افسردگی می‌شود (کازانیگا، مارونی، بیانچی، بوسی، کاگنا و همکاران^۳، ۲۰۰۳). از طرفی اگر افسردگی در دوران کودکی درمان نشود، احتمال سوء مصرف مواد، خودکشی و اختلال عملکرد روانشناختی، اجتماعی و تحصیلی کودک افزایش می‌یابد (سلطانی فر و بینا، ۲۰۰۷).

با توجه به اهمیت موضوع و تأثیر این بیماری بر خانواده و کودکان مبتلا به سرطان و ایجاد اختلالات روانی و نقش افسردگی در افزایش مرگ و میر افراد مبتلا به سرطان، این مطالعه جهت تعیین فراوانی افسردگی در کودکان مبتلا به سرطان بستری شده در بخش انکولوژی بیمارستان بعثت شهر سنندج انجام شد. با این امید که نتایج حاصل از این مطالعه در پیشگیری از ایجاد این اختلال و ارائه‌ی مراقبت‌های درمانی مناسب در این افراد مؤثر باشد.

روش

مطالعه حاضر از نوع مطالعات توصیفی-مقطعی بود. جامعه آماری این تحقیق کودکان با دامنه سنی ۷ تا ۱۷ سال بستری شده مبتلا به سرطان در بخش انکولوژی بیمارستان بعثت در شهر سنندج در سال ۱۳۹۶ بود؛ که ۴۰ نفر از جامعه آماری براساس روش سرشماری در دسترس وارد مطالعه شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل: محرز بودن تشخیص سرطان در آن‌ها، دامنه سنی ۷ تا ۱۷ سال و رضایت والدین جهت شرکت در مطالعه؛ همچنین معیارهای خروج نیز شامل: ناتوانی ذهنی با توجه به شرح

حال و ظن بالینی بود. پس از تصویب طرح توسط شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کردستان با واحدهای مورد پژوهش هماهنگی‌های لازم به عمل آمد. پس از مراجعه به بخش انکولوژی کودکان و مطالعه پرونده بیماران و داشتن معیارهای ورود و آشنایی با والدین و کودک و ضمن معارفه هدف از اجرای پژوهش، از آن‌ها برای همکاری دعوت به عمل آمد. در صورت تمایل به شرکت در مطالعه و بعد از اخذ رضایت شفاهی از کودکان و رضایت کتبی از والدین آن‌ها، جهت جمع‌آوری اطلاعات از چک لیست اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه افسردگی کودکان^۴ استفاده شد. پرسشنامه توسط خود آزمودنی‌ها پر و در مواردی که آزمودنی قادر به خواندن و یا پر کردن پرسشنامه نبود محقق با صدای بلند یکی یکی سؤالات را می‌خواند و گزینه‌ای که آزمودنی انتخاب می‌کرد را علامت می‌زد. در این مطالعه، اصول اخلاقی پژوهش شامل رازداری و حفظ حریم خصوصی اشخاص رعایت شد همچنین تمامی معیارهای رعایت اخلاق در پژوهش که در مطالعه پژوهش حاضر موضوعیت داشت، همسو با بیانیه هلسینکی رعایت شده است. داده‌ها به وسیله نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۰ و اهداف توصیفی با استفاده از آماره‌های توصیفی محاسبه و از آزمون کای اسکوتر جهت تجزیه و تحلیل اهداف تحلیلی استفاده شد.

ابزار

چک لیست اطلاعات دموگرافیک^۵ جهت بررسی اطلاعات فردی از پرسشنامه خود ساخته‌ای استفاده شد که شامل جنسیت، سن، محل سکونت، سکونت در شهر

^۴- Children's Depression Inventory (CDI)

^۵- Demographic Information Checklist

^۱- Ciaramella, Poli & Cancer

^۲- Lampic Lampic, Thurfjell, Bergh & Sjoden

^۳- Cazzaniga Cazzaniga, Maroni, Bianchi, Bossi, Cagna & et al

۰/۷۴ تا ۰/۷۷ گزارش شده است (کواکس، ۱۹۹۲). در ایران نیز در سال ۲۰۰۹ روایی و پایایی درونی آن به ترتیب ۰/۸۲ و ۰/۸۳ بدست آمد (دهشیری و همکاران، ۲۰۰۹).

یافته‌ها

از کل ۴۰ بیمار شرکت کننده در این مطالعه، ۵۲/۵ درصد پسر و ۴۷/۵ درصد دختر بودند. میانگین سنی آن‌ها $3/2 \pm$ ۸/۵۸ سال بود. ۷۲/۵ درصد بیماران در مقطع ابتدایی مشغول به تحصیل و اکثر آن‌ها ۴۵ درصد ساکن شهر سنندج بودند. در ۴۵ درصد موارد منبع اخذ شرح حال مادر بیمار و در ۵۵ درصد خود بیمار بوده است. در جدول ۱ مقایسه شیوع افسردگی بر حسب متغیرهای دموگرافیک آورده شده است.

یا روستا، شغل والدین و تحصیلات کودک و والدین، نوع سرطان، مدت زمان تشخیص سرطان، نوع درمان دریافتی و تعداد جلسات شیمی درمانی بود.

پرسشنامه افسردگی کودکان (CDI): یک ابزار خود گزارشی شامل ۲۷ سؤال در پنج خرده مقیاس خلق منفی، مشکلات بین فردی، احساس بیهودگی، فقدان احساس لذت و عزت نفس پایین است که توسط کواکس (۱۹۷۹) و با اقتباس از پرسشنامه افسردگی بک، جهت ارزیابی نشانه‌های افسردگی در کودکان و نوجوانان ۱۷-۷ سال طراحی شده است. سؤالات از ۰ تا ۲ نمره گذاری می‌شوند. نمره ۰ (عدم وجود نشانه افسردگی)، نمره ۱ (نشانه متوسط) و نمره ۲ (وجود نشانه آشکار) است. نمره کلی در دامنه بین ۰ تا ۵۴ است که نمره بالاتر به معنی شدت بیشتر افسردگی است. همسانی درونی این پرسشنامه بین ۰/۸۳ تا ۰/۸۹ و پایایی بازآزمون آن از

جدول ۱ مقایسه شیوع افسردگی بر حسب متغیرهای دموگرافیک در کودکان و نوجوانان مبتلا به سرطان

متغیر	فراوانی شدت افسردگی			کای دو (X ²)	درجه آزادی	سطح معناداری
	نرمال (درصد)	آستانه افسردگی (درصد)	افسرده (درصد)			
جنسیت	پسر	۹ (۴۲/۹)	۱۰ (۴۷/۶)	۲ (۹/۵)	۱	۰/۵۴۰
	دختر	۶ (۳/۱۶)	۹ (۴۷/۴)	۴ (۲۱/۱)		
گروه سنی	کمتر از ۱۰ سال	۱۳ (۵۴/۲)	۹ (۳۷/۵)	۲ (۸/۳)	۱	۰/۲۴
	مساوی و بیشتر از ۱۰ سال	۲ (۱۲/۵)	۱۰ (۶۲/۵)	۴ (۲۵)		
شهر محل زندگی	سقز	۲ (۴۰)	۳ (۶۰)	۰	۱۰	۰/۳۲۳
	سنندج	۸ (۴۴/۴)	۹ (۵۰)	۱ (۵/۶)		
	مریوان	۲ (۵۰)	۰	۲ (۵۰)		
	ارومیه	۱ (۱۰۰)	۰	۰		
	کامیاران	۰	۰	۱ (۱۰۰)		
	بانه	۰	۱ (۵۰)	۱ (۵۰)		
	دهگلان	۰	۲ (۱۰۰)	۰		
	دیواندره	۱ (۳۳/۳)	۲ (۶۶/۷)	۰		
	بوکان	۱ (۱۰۰)	۰	۰		
	بیجار	۰	۲ (۱۰۰)	۰		

محل سکونت	تهران	۰	۰	۱ (۱۰۰)			
		شهر	۱۳ (۴۸/۱)	۱۰ (۳۷)	۴ (۱۴/۸)	۰/۶۶۰	۱
		روستا	۲ (۱۵/۴)	۹ (۶۹/۲)	۲ (۱۵/۴)	۰/۲۱	
شغل مادر	کارمند	۱ (۳۳/۳)	۲ (۶۶/۷)	۰		۰/۸۴۰	۱
		خانه دار	۱۴ (۳۷/۸)	۱۷ (۴۵/۹)	۶ (۱۶/۲)	۰/۱۸۷	
		کارمند	۲ (۴۰)	۳ (۶۰)	۰		
شغل پدر	کارگر	۵ (۳۵/۷)	۶ (۴۲/۹)	۳ (۲۱/۴)		۰/۲۶۶	۲
		آزاد	۷ (۳۵)	۱۰ (۵۰)	۳ (۱۵)	۳/۹۶۱	
		بیسواد	۱ (۵۰)	۱ (۵۰)	۰		
تحصیلات پدر	سواد خواندن نوشتن	۱ (۲۵)	۳ (۷۵)	۰		۰/۷۵۶	۵
		ابتدایی	۲ (۲۰)	۵ (۵۰)	۳ (۳۰)	۲/۶۳۸	
		دوره متوسطه	۶ (۶۰)	۲ (۲۰)	۲ (۲۰)		
		دیپلم	۳ (۳۷/۵)	۴ (۵۰)	۱ (۱۲/۵)		
		دانشگاهی	۱ (۲۰)	۴ (۸۰)	۰		
		بیسواد	۱ (۱۰)	۷ (۷۰)	۲ (۲۰)		
تحصیلات مادر	سواد خواندن نوشتن	۱ (۵۰)	۱ (۵۰)	۰		۰/۲۷۳	۵
		ابتدایی	۷ (۵۸/۳)	۴ (۳۳/۳)	۱ (۸/۳)	۶/۳۵۳	
		دوره متوسطه	۲ (۶۶/۷)	۰	۱ (۳۳/۳)		
		دیپلم	۳ (۳۷/۵)	۴ (۵۰)	۱ (۱۲/۵)		
		دانشگاهی	۱ (۲۰)	۳ (۶۰)	۱ (۲۰)		
		بیسواد	۱ (۱۰)	۷ (۷۰)	۲ (۲۰)		

دو جنس، در گروه‌های سنی متفاوت، محل سکونت و بر حسب سایر خصوصیات دموگرافیک تفاوت معنی‌داری وجود نداشت. در جدول ۲ مقایسه شیوع افسردگی با نوع سرطان، مدت زمان تشخیص بیماری و نوع درمان ارائه شده است.

نتایج جدول ۱ نشان داد که ۱۵ درصد بیماران بستری شده دارای علائم افسردگی و ۴۷/۵ درصد در آستانه افسردگی بودند که به‌ویژه در کودکان بالای ۱۰ سال بیشتر بود. همچنین در افرادی که پدرشان کارگر و تحصیلات والدین ابتدایی بود شیوع افسردگی بیشتر بود؛ هر چند که براساس نتایج استنباطی، شیوع افسردگی در

جدول ۲ مقایسه شیوع افسردگی بر حسب نوع سرطان، مدت زمان تشخیص بیماری و نوع درمان در کودکان و نوجوانان مبتلا به سرطان

متغیر	نرمال (درصد)	آستانه افسردگی (درصد)	افسرده (درصد)	مجموع فراوانی	درصد	کای دو (X ²)	درجه آزادی	سطح معناداری
سرطان	۱۰ (۴۰)	۱۱ (۴۴)	۴ (۱۶)	۲۵	۶۲/۵	۱/۷۲۴	۷	۰/۹۹۸
	۱ (۱۶/۷)	۴ (۶۶/۶)	۱ (۱۶/۷)	۶	۱۵			

				تومور بدخیم استخوانی ^۳	۰	۱ (۱۰۰)	۰	۱	۲/۵
				سارکوم یوئینگ ^۴	۰	۱ (۱۰۰)	۰	۱	۲/۵
				لوسمی میلوئیدی حاد ^۵	۰	۱ (۵۰)	۱ (۵۰)	۲	۵
				نوروبلاستوما ^۶	۲ (۱۰۰)	۰	۰	۲	۵
				تومور مغزی ^۷	۲ (۱۰۰)	۰	۰	۱	۵
				گلیوما ^۸	۰	۱ (۱۰۰)	۰	۱	۲/۵
مدت زمان				کمتر از یک ماه	۱ (۵۰)	۱ (۵۰)	۰	۲	۵
				چند ماه	۱ (۲۰)	۴ (۸۰)	۰	۵	۱۲/۵
تشخیص بیماری				چند سال	۱۳ (۳۹/۴)	۱۴ (۴۲/۴)	۶ (۱۸/۲)	۳۳	۸۲/۵
				شیمی درمانی	۱۳ (۳۸/۲)	۱۶ (۴۷)	۵ (۱۴/۸)	۳۵	۸۷/۵
نوع درمان				رادیوتراپی	۰	۱ (۱۰۰)	۰	۱	۲/۵
				هر دو	۱ (۲۵)	۲ (۵۰)	۱ (۲۵)	۴	۱۰

^۱- Acute Lymphocytic Leukemia/ ^۲- Hodgkin's lymphoma/ ^۳- Osteosarcoma/ ^۴- Ewing Sarcoma/ ^۵- Acute Myeloid Leukemia/ ^۶- Neuroblastoma/ ^۷- Brain Tumor/ ^۸- Glioma

همکاران ۴۲/۳ درصد جمعیت مورد مطالعه از افسردگی متوسط تا شدید برخوردار بودند (شاگری و همکاران، ۲۰۰۹)، در مطالعه ملکیان ۳۳/۹ درصد واجد معیارهای افسردگی بالینی بودند (ملکیان، علیزاده و احمدزاده، ۲۰۰۷)؛ که ممکن است این تفاوت به علت نوع ابزار پژوهش و جمعیت مورد مطالعه باشد. نتایج مطالعه حاضر با مطالعات مورد بررسی نشان داده که میزان شیوع افسردگی در مبتلایان به سرطان در مقایسه با جمعیت عمومی بسیار بالاتر است، در واقع هر چند امروزه تشخیص سرطان دیگر معادل مرگ حتمی و قریب الوقوع نیست؛ اما چنین تشخیصی موجب بروز مشکلات هیجانی و عاطفی عمیقی همچون استرس، اضطراب و افسردگی در بیمار و خانواده وی می‌گردد. همچنین دلایل بالاتر بودن میزان شیوع افسردگی در این بیماران را می‌توان به مواردی همچون ترس از سرطان، مشکلات جسمانی ایجاد شده، بستری‌های مکرر، عوارض داروها، درد ناشی از بیماری، مشکلات اقتصادی و اجتماعی، هزینه بالای درمان، از هم پاشیدگی ساختار خانواده، مرگ و فرایند مردن در زندگی بیماران نسبت داد.

نتایج جدول فوق نشان می‌دهد شیوع افسردگی در کودکانی که سرطان از نوع لوسمی لنفوسیتی حاد، هوچکین و در کودکانی که چندین سال است درگیر سرطان می‌باشند، بیشتر بوده است. همچنین شیوع افسردگی در کودکان تحت درمان با شیمی‌درمانی بیشتر بود؛ هر چند که شیوع افسردگی برحسب نوع سرطان، مدت زمان ابتلای به بیماری و نوع درمان تفاوت آماری معنی‌داری نشان نداد.

بحث

پژوهش حاضر به منظور بررسی شیوع افسردگی در کودکان و نوجوانان مبتلا به سرطان بستری شده در بخش انکولوژی بیمارستان بعثت سنجید انجام شد. نتایج مطالعه نشان داد ۱۵ درصد افراد مورد مطالعه دارای علائم افسردگی و ۴۷/۵ درصد در آستانه افسردگی بودند که نتایج این مطالعه همسو با مطالعه رمضانی و همکاران بود که ۴۰/۸ درصد بیماران دارای درجاتی از افسردگی بودند (رمضانی، ۲۰۰۱)؛ اما نتایج مطالعه حاضر متناقض با مطالعات دیگر نیز بود؛ بطوریکه در مطالعه شاگری و

و همکاران (۲۰۱۴) گزارش نمودند بین سن بلوغ و شدت افسردگی در کودکان با بیماری مزمن ارتباط معنادار وجود دارد (اسماعیلی و همکاران، ۲۰۱۴).

همچنین نتایج این مطالعه نشان داد شیوع افسردگی در کودکانی که مادر خانه‌دار، پدر کارگر و از سطح تحصیلات پایین و ابتدایی برخوردار بودند، بیشتر است؛ که همسو بود با مطالعه رحیمی و همکاران که در آن مطالعه، کودکانی که پدران آن‌ها بیکار بودند و منبع درآمدی نداشتند به طور معنی‌داری (۵/۲۹ بار) از کیفیت زندگی پایین‌تری برخوردار بودند. شغل والدین شاخص خوبی برای بررسی وضعیت اجتماعی-اقتصادی است (رحیمی و همکاران، ۲۰۱۴). شاید در تبیین احتمالی این یافته بتوان گفت که سرطان در کودک، بر موقعیت کاری والدین به علت مراقبت طولانی مدت از کودک، تغییر نقش والدین و عملکرد خانواده تأثیر منفی می‌گذارد. به طوری که ممکن است؛ والدین شغل خود را از دست بدهند یا ساعات کمی را به کار مشغول شوند و در نتیجه، منبع درآمد خانواده کاهش یابد (فلدر پیگ^۲ و همکاران، ۱۹۹۸؛ مک^۳ و همکاران، ۲۰۰۵؛ پاتنود و کاپست^۴، ۲۰۰۵).

در مطالعه بوساک و همکاران نشان داده شد که کودکانی که سطح تحصیلات والدین آن‌ها بالاتر و از وضعیت مالی بهتر برخوردار بودند، میانگین نمرات افسردگی پایین‌تر بود؛ اما این اختلاف به لحاظ آماری معنادار نبود که با مطالعه حاضر همخوانی دارد (بوساک، ۲۰۱۶). البته مکانیسم تأثیر این عامل مشخص نیست، ممکن است تحصیلات والدین از طریق عوامل واسطه‌ای مانند وضعیت اقتصادی بهتر یا کیفیت تعاملات بین والدین و

یافته دیگر مطالعه حاضر نشان می‌دهد شیوع افسردگی در دختران ۲۱/۱ درصد و در پسران ۹/۵ درصد بوده است که نتایج آن با مطالعه بوساک (۲۰۱۶) و ملکیان و همکاران (۲۰۰۷) همخوانی دارد که در آن‌ها میزان شیوع اضطراب و افسردگی در جنس مؤنث بیشتر بوده است. همچنین در مطالعه عطری فرد اشاره شده است که تفاوت معنی‌دار بین میزان افسردگی در دخترها و پسرها وجود ندارد؛ اما میزان افسردگی در دختران بالاتر بوده است. بسیاری از مطالعات به طور مستقیم به افسردگی کودکان مبتلا به سرطان نپرداخته است؛ اما به کیفیت زندگی آن‌ها اشاره کرده‌اند. در مجموع هم دختران و هم پسران مبتلا به سرطان با چالش‌های مشابهی در زمینه تکالیف اساسی روبرو هستند و در ارتباط با مؤلفه‌های افسردگی واکنش‌های مشابهی را خواهند داشت (عطری فرد و همکاران، ۲۰۱۴).

نتایج مطالعه حاضر نیز نشان داد شیوع افسردگی در کودکانی که سن مساوی و بیشتر از ۱۰ سال داشته‌اند بیشتر بوده است. در مطالعات مشابه به دلیل هم سن بودن گروه هدف، سن بیماران مورد بررسی قرار نگرفته است (رحیمی و همکاران، ۲۰۱۴). همسو با این مطالعه، نتایج یافته‌های مدلین در سنگاپور نشان داد که کودکان بزرگتر به دلیل درک بیشتر از فرآیند بیماری و مشکلات جسمی مربوط به خود بیماری و درمان آن نسبت به کودکان کوچکتر صدمه بیشتری را متحمل می‌شوند (مدلین^۱، ۲۰۱۰). 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 نوجوانی است. هماهنگی با این نتیجه اسماعیلی

^۲- Felder Puig

^۳- Mack

^۴- Patenaude & Kupst

^۱ Madeline

شیوع افسردگی و اضطراب با نوع بدخیمی، پروتکل درمانی و مدت درمان یافت نشد که این تفاوت‌ها ممکن است به علت تفاوت در روش مطالعه و ابزار پژوهش باشد که مجدداً بیانگر لزوم طراحی مطالعات دقیقتر و متناسبتر در این حوزه است (ملکیان و همکاران، ۲۰۰۷). به نظر می‌رسد مشکلات جسمی به دلیل عوارض مربوط به خود بیماری و درمان آن، طولانی بودن سیر بیماری، بستری شدن‌های مداوم و نیاز به دریافت دوره‌های مکرر شیمی‌درمانی باعث بروز اثرات سوء بر ابعاد کیفیت زندگی در این کودکان می‌شود که با تدوین برنامه‌ریزی‌های آموزشی و انتخاب مناسبترین روش‌های درمانی می‌توان در حفظ و ارتقای کیفیت زندگی آنان گامی برداشت.

نتیجه‌گیری

یافته‌های این مطالعه نشان داد که بیشترین فراوانی نوع سرطان در کودکان مبتلا به سرطان در سنج، سرطان خون از نوع لوسمی لنفوسیتی حاد و هوجکین بود و شیوع افسردگی به میزان بالایی در این کودکان نسبت به جمعیت عمومی بیشتر است. از جمله محدودیت‌های این پژوهش، می‌توان به تعداد کم نمونه مورد مطالعه و عدم دسترسی مناسب به بیماران، نیاز به مدت زمان زیاد جهت جلب اعتماد بیماران و همکاری نکردن بیماران اشاره کرد. پیشنهاد می‌گردد با توجه به فراوانی بالای افسردگی بعد از تشخیص سرطان توسط انکولوژیست، جهت جلوگیری از ایجاد مشکلات روانی بعدی و ارتقاء کیفیت زندگی این بیماران، در اسرع وقت، بیمار به کلینیک‌های روانپزشکی معرفی گردد. سپس جلسات گروهی درمانی ماهانه، جهت پیشگیری از افسردگی و بهبود زندگی این

والد- کودک در گروه‌های با تحصیلات بالاتر در افسردگی کودک نقش داشته باشد. همچنین برخورداری از امکانات رفاهی بیشتر در این کودکان میزان تنش و فشار روانی را در این آن‌ها کاهش می‌دهد. با توجه به نتایج بدست آمده از این پژوهش می‌توان به اصول مختلفی برای کمک به طرح‌ریزی برنامه‌های پیشگیرانه در افسردگی کودکان دست یافت (عطری فرد و همکاران، ۲۰۱۴؛ بوساک، ۲۰۱۶).

نتایج مطالعه حاضر نیز نشان می‌دهد شیوع افسردگی در کودکان نوع سرطان لوسمی لنفوسیتی حاد و هوجکین بیشتر است که در مطالعات مشابه نوع سرطان بیماران مورد بررسی قرار نگرفته است؛ همچنین شیوع افسردگی در کودکانی که چندین سال درگیر سرطان می‌باشند و بارها شیمی‌درمانی شده‌اند، بیشتر است. نتایج مطالعه ما با مطالعه اسماعیلی و همکاران همخوانی دارد که مشاهده کردند با افزایش مدت بیماری و تعداد دفعات بستری در مبتلایان، شدت افسردگی نیز افزایش می‌یابد (اسماعیلی و همکاران، ۲۰۱۴). هماهنگی با این نتیجه، دورو آلپ و آلتای مشاهده کردند افزایش دوره‌ای بیماری سبب افزایش خطر ابتلا به افسردگی و اضطراب در کودکان می‌شود (دوروالپ و آلتای^۱، ۲۰۱۲).

این پژوهش نیز متناقض با پژوهش رحیمی و همکاران می‌باشد؛ آن‌ها در تحلیل‌های خود نشان دادند کودکانی که کمتر از یک سال به سرطان مبتلا شده بودند نسبت به کودکانی که بیشتر از یک سال از تشخیص بیماری آن‌ها می‌گذشت از کیفیت زندگی مرتبط با سلامت نامطلوبی در مقابل برخوردار بودند (رحیمی و همکاران، ۲۰۱۴). در همین راستا در مطالعه ملکیان همبستگی معناداری بین

^۱ - Durualp & Altay

- psychometric properties of children's depression inventory (CDI). 18, 159-173. (In Persian)
- Durualp E, Altay NJJ. (2012). A comparison of emotional indicators and depressive symptom levels of school-age children with and without cancer. 29(4), 232-239.
- Esmaeeli MR, Sayar RE, Saghebi A, Saghi E, Rahmani S, Sam E, Javadi ARJI. (2014). Screening for depression in hospitalized pediatric patients. 8(1), 47.
- Feigin VL, Krishnamurthi RV, Pamar P, Norving B, Mensah GA, Bennett DA & et al. (2015). Update on the global burden of ischemic and hemorrhagic stroke in 1990-2013: the GBD 2013 study. 45(3), 161-176.
- Felder-Puig R, Formann AK, Mildner A, Bretschneider W, Bucher B, Windhager R & et al. (1998). Quality of life and psychosocial adjustment of young patients after treatment of bone cancer. 83(1), 69-75.
- Kadan-Lottick NSJIBR, Kligman RM, Jenson HB. (2007). Epidemiology of childhood and adolescent cancer.
- Kovacs MJAPIJ, Psychiatry A. (1992). Children's depression inventory.
- Lampic C, Thurjell E, Bergh J, Sjoden POJEJ. (2001). Short-and long-term anxiety and depression in women recalled after breast cancer screening. 37(4), 463-469.
- Mack JW, Hilden JM, Watterson J, Moore C, Turner B, Grier HE & et al. (2005). Parent and physician perspectives on quality of care at the end of life in children with cancer. 23(36), 9155-9161.
- Madeline HML. (2010). Examining the Impact of Fatigue, Age, Coping & Social Support on the Health-related Quality of Life of Pediatric Cancer Patients in Southeast Asia.
- Mahmood Alilo M, Hashemi Nosratabad T, Farshbaf Manisefat F. (2015). The effectiveness of play therapy according levy approach in reduction of anxiety in children with diagnosed cancer. 25(1), 54-62.
- دسته از بیماران ترتیب داده شود تا بیمار بتواند با قرار گرفتن در جمع افراد مشابه خود، با مشکل ایجاد شده، بهتر کنار بیاید و از افت عملکرد بیمار جلوگیری به عمل آید. در مطالعات آینده می‌توان مداخلاتی را برای کنترل افسردگی و سایر مشکلات این گروه‌های خاص، مد نظر قرار داد.
- ### سپاسگزاری
- پژوهش حاضر برگرفته از پایان‌نامه دکترای عمومی به شماره کد اخلاق IR.MUK.REC.1396.154 دانشگاه علوم پزشکی کردستان می‌باشد. نویسندگان مقاله بر خود واجب می‌دانند تا از تمامی افرادی که در اجرای پژوهش همکاری کردند کمال تشکر و قدردانی را ابراز نمایند. همچنین تمامی معیارهای رعایت اخلاق در پژوهش که در مطالعه پژوهش حاضر موضوعیت داشت، همسو با بیانیه هلسینکی رعایت شده است.
- ### References
- Atrifard M, Zahireadin A, Dibaei S, Zahed GJS. (2014). Comparing depression in children and adolescents with cancer with healthy ones. 25(1), 21-31. (In Persian)
- Bosak SJJ. (2016). Prevalence of depression and associated factors in adolescents of Masjed-Soleyman. 2(4), 22-27. (In Persian)
- Cazzaniga LF, Maroni D, Bianchi E, Bossi A, Cagna E, Cosentino D & et al. (2003). Anxiety, depression and informed consent in patients referred to a radiotherapy department. 89(2), 176-182.
- Ciarabella A, Poli PJP. (2001). Assessment of depression among cancer patients: the role of pain, cancer type and treatment. 10(2), 156-165.
- Dehshiri G, Najafi M, Shikhi M, Habibi Askarabad MJJFR. (2009). Investigating primary

- Malekian A, Alizadeh A, Ahmadzadeh GH. (2007). Anxiety and depression in cancer patients. of Masjed-Soleyman. 2(4), 22-27. (In Persian)
- Mohagheghi S, Mousavi JS, Malekzadeh R, Parkin M. (2009). Cancer incidence in Tehran metropolis: the first report from the Tehran Population-based Cancer Registry, 1998-2001. (In Persian)
- Nuckols CC, Nuckols CCJPAPA. (2013). The diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5).
- Pasquini M, Biondi MJCP. (2007). Depression in cancer patients: a critical review. 3(1), 1-9.
- Patenaude AF, Kupst MJJJ. (2005). Psychosocial functioning in pediatric cancer. 30(1), 9-27.
- Pirl WFJJM. (2004). Evidence report on the occurrence, assessment, and treatment of depression in cancer patients. (32), 32-39.
- Rahimi Sh, Fadakar Soghe R, Tabri R, Kazemnezhad leili E. (2014). Related factors with quality of life among preschool children with cancer. 24(1), 30-39. (In Persian)
- Ramezani TJA. (2001). Amount of depression and the need for counseling in women with breast cancer in chemotherapy centers in Kerman. 6(4), 70-70. (In Persian)
- Rosner C, Kiehne AM, James SR, Ashwill J, Rosner CM. (2002). Study guide to accompany nursing care of children: principles and practice: Saunders.
- Shakeri J, Abdoli N, Paianda M, Chareh-Gar GJJ. (2009). The frequency of depression among patients with breast cancer in Kermanshah UMS chemotherapy centers in 2007. 27(3). (In Persian)
- Soltanifar A, Bina M. (2007). Depressive symptomatology in school children of Tehran-Iran (9-11 years old) and its relation to function of their families. (In Persian)
- Thapa P, Rawal N, Bista YJNM. (2010). A study of depression and anxiety in cancer patients. 12(3), 171-175.
- Zareapour A, Falahi Khoshknab M, Kashaninia Z, Biglarian A, Babashahabi RJSJ. (2009). Effect of group play therapy on depression in children with cancer. 14(3), 64-72. (In Persian)