



## بررسی همراهی تالاسمی با افسردگی در شهرستان ساری

دکتر وجیهه غفاری ساروی\*، دکتر مهران ضرغامی\*\*، دکتر ابراهیم ابراهیمی\*\*\*

### چکیده

**هدف:** این بررسی با توجه به میزان شیوع تالاسمی در مازندران به بررسی رابطه میان افسردگی و تالاسمی مازور پرداخته است.

**روش:** این بررسی به صورت گروه‌های پیش‌گستر بر روی کلیه‌ی بیماران (۸۶ دختر، ۷۹ پسر) ۹ تا ۱۶ ساله‌ی مراجعه‌کننده به درمانگاه تالاسمی بیمارستان بوعلی سینای ساری به کمک مقیاس افسردگی کودکان (CDS) انجام گردیده است.

**یافته‌ها:** میزان افسردگی در بیماران مبتلا به تالاسمی (۱۴٪) به‌طور معنی‌داری بیشتر از گروه گواه (۵/۵٪) بود. با این وجود، میانگین نمره‌های افسردگی در دخترهای گروه گواه نسبت به دخترهای مبتلا به تالاسمی بیشتر بود.

**نتیجه:** شیوع افسردگی در بیماران مبتلا به تالاسمی قابل توجه است.

:

نگهداری از کودکانی می‌کنند که بیماری مزمن دارند (گورت‌میکر<sup>۱</sup> و ساپن‌فیلد<sup>۲</sup>، ۱۹۸۴). با تغییر نمای مرگ‌ومیر بیماری‌ها، پزشکان به‌طور روزافزون با امور روانی-اجتماعی گسترده‌تری روبرو می‌شوند و کودکان

با پیشرفت دانش پزشکی و امکان بهبود کودکانی که بیشتر بسیاری از آنها را بیماری از میان می‌برد، متخصصان کودک، ۲۵٪ وقت حرفه‌ای خود را صرف

\* متخصص کودکان، استادیار دانشگاه علوم پزشکی مازندران. ساری، بلوار پاسداران، بیمارستان بوعلی سینا (نویسنده مسئول).

E-mail: Vghaffari@yahoo.com

\*\* روانپزشک، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی مازندران. ساری، ابتدای جاده نکا، بیمارستان زارع.

\*\*\* متخصص کودکان، ساری، بلوار پاسداران، بیمارستان بوعلی سینا.

کمبود سنتز یک یا چند زنجیره پلی پپتید گلوبین می باشد (منتزر<sup>۱۷</sup>، ۱۹۹۱). مبتلایان به تالاسمی ماژور در تمام عمر با استرس های بسیاری روبه رو هستند. خون گیری های پی در پی برای انجام آزمایش های لازم، تزریقات همیشگی خون و هم چنین تزریق زیر پوستی مکرر داروهای شلاتور آهن، این بیماران را در معرض خطر اختلال های خلقی از جمله افسردگی قرار می دهد (اسدالهی<sup>۱۸</sup>، ۱۳۷۵؛ پهلوانی و همکاران، ۱۳۸۱؛ قلی زاده، ۱۳۸۱). در بسیاری از بیماران مبتلا به تالاسمی، این بیماری سایر جنبه های زندگی را تحت تأثیر قرار می دهد (پولیتیس<sup>۱۹</sup>، ۱۹۹۸) و برخی از پژوهش ها نشان می دهند که ۸۰٪ مبتلایان به تالاسمی ماژور دست کم یک اختلال روان پزشکی دارند (آیدین<sup>۲۰</sup>، یاپاوک<sup>۲۱</sup>، آکارسو<sup>۲۲</sup>، اکتین<sup>۲۳</sup> و اولگن<sup>۲۴</sup>، ۱۹۹۷). با این حال برخی از پژوهش ها نیز نشان داده اند که مبتلایان به تالاسمی، در برابر مشکلات زندگی توان کنار آمدن بهتری دارند (دی پالما<sup>۲۵</sup>، ولو<sup>۲۶</sup>، زانی<sup>۲۷</sup> و فاکچینی<sup>۲۸</sup>، ۱۹۹۸).

به هر روی بررسی های انجام شده نشان دهنده ی تفاوت هایی در کشورهای مختلف و حتی در نقاط مختلف یک کشور است (تسیانتیس<sup>۲۹</sup> و همکاران، ۱۹۹۶) و از آنجا که بیشتر پژوهش های انجام شده در این زمینه از نوع مقطعی<sup>۳۰</sup> بوده اند، امکان نتیجه گیری سبب شناختی و شناسایی ارتباط میان تالاسمی و پیامدهای روانی (از جمله افسردگی) محدود است. از

و خانواده های آنها در معرض انواع مشکلات اجتماعی، هیجانی و رفتاری قرار می گیرند (جارمن<sup>۱</sup> و اوبرکلاید<sup>۲</sup>، ۱۹۹۰؛ گورت میکر، واکر<sup>۳</sup>، ویتزمن<sup>۴</sup> و سوبل<sup>۵</sup>، ۱۹۹۰). به طوری که احتمال بروز اختلال های رفتاری در این کودکان ۱/۶ برابر کودکان سالم است (جارمن و اوبرکلاید، ۱۹۹۰). گرچه در برخی بررسی ها هیچ سیمای اختصاصی برای این مشکل های رفتاری گزارش نشده (همانجا)، برخی بررسی ها نشان داده اند که این کودکان کفایت اجتماعی کمتری از سایر کودکان دارند (کادمن<sup>۶</sup>، بویل<sup>۷</sup>، سات ماری<sup>۸</sup> و اوفورد<sup>۹</sup>، ۱۹۸۷) و زیر کنترل عامل های خارجی بودن، موجب احساس درماندگی<sup>۱۰</sup> در آنها می شود (پرین<sup>۱۱</sup> و شاپیرو<sup>۱۲</sup>، ۱۹۸۵؛ پهلوانی، دولت شاهی و عشقی، ۱۳۸۱) و درماندگی آموخته شده از عامل های شناخته شده ی بروز افسردگی در آنان است (گلن<sup>۱۳</sup> و گابارد<sup>۱۴</sup>، ۲۰۰۰). افزون بر این، محدود بودن فعالیت های اجتماعی، ترس، درد و نگرانی های همراه با اقدام های درمانی تشخیصی که پیوسته کودکان مبتلا به بیماری های مزمن را در معرض استرس قرار می دهد نیز از دیگر عامل های زمینه ساز افسردگی در آنها است (بنت<sup>۱۵</sup>، ۱۹۹۴). در مجموع، افسردگی در این گروه از بیماران بسیار شایع گزارش شده است (گلزاری، ۱۳۶۹).

از سوی دیگر، با آن که بر اختلال کارکرد روانی تأکید می شود، گروهی بر این باورند که بیشتر کودکانی که بیماری مزمن دارند، سازگاری خوبی با آن پیدا می کنند و زندگی طبیعی را از سر می گیرند (ایزر<sup>۱۶</sup>، ۱۹۹۰؛ خدایی و کاربخش، ۱۳۸۱؛ هاشمی و پوریزدان پرست، ۱۳۸۱؛ زارع، اکبری، کشاورز و محرر، ۱۳۸۱).

یکی از بیماری هایی که در استان مازندران، به ویژه شهرستان ساری شیوع چشمگیری دارد (۰/۶۲ در هزار در استان مازندران و ۱/۲ در هزار در شهرستان ساری) تالاسمی است (اصغری قراخیل و عابدیان، ۱۳۷۶). تالاسمی یک بیماری خونی ژنتیکی مزمن ناشی از

1- Jarman	2- Oberklaid
3- Walker	4- Weitzman
5- Sobol	6- Cadman
7- Boyle	8- Szatmari
9- Offord	10- helplessness
11- Perrin	12- Shapiro
13- Glen	14- Gabbard
15- Bennett	16- Eiser
17- Mentzer	18- Asadollahi
19- Politis	20- Aydin
21- Yapavk	22- Akarsu
23- Okten	24- Ulgen
25- Di Palma	26- Vullo
27- Zani	28- Facchini
29- Tsiantis	30- cross sectional

۶ مقیاس فرعی پاسخ عاطفی، مشکلات اجتماعی، عزت نفس، اشتغال ذهنی با بیماری و مرگ، احساس گناه و احساس خوشی و لذت تدوین شده‌اند. ۹ ماده منفی باقیمانده که به هیچ مقیاس فرعی وابسته نیستند، با عنوان «مواد متفرقه D» و ۱۰ ماده مثبت باقیمانده که به هیچ مقیاس فرعی وابسته نیستند، با عنوان «مواد متفرقه P» طبقه‌بندی شده‌اند. هر کدام از ۶۶ پرسش روی یک کارت مستطیل شکل نوشته می‌شود. پنج جعبه تهیه می‌شود که هر کدام برجسیبی دارد که روی آنها واژه‌های کاملاً نادرست، نادرست، نمی‌دانم، درست و کاملاً درست نوشته شده است (با نمره‌گذاری ۱ تا ۵). از آزمودنی خواسته می‌شود که کارت‌ها را به‌دقت بخواند و هر کدام را در جعبه‌ای که فکر می‌کند مناسب است بیاندازد (در این پژوهش، در مورد کودکانی که مشکلات خواندن داشتند، مجری طرح هر پرسش را برای آنها می‌خواند و پاسخ را دریافت می‌کرد). تفاوت نمره‌ی کل آزمون با مجموع نمرات مقیاس‌های فرعی احساس خوشی و لذت و مقیاس متفرقه P، نمره‌ی کل افسردگی را مشخص می‌کند (تیشر و لنگ، ۱۹۸۳). این آزمون با بررسی دقیق نمرات مقیاس‌های فرعی و نمره‌ی کل آزمون به فهم روشن ماهیت و گستره افسردگی کودک کمک می‌کند و می‌تواند راهنمای سودمندی برای درمانگر و تمرکز بر جنبه‌های معینی از افسردگی کودک باشد.

این آزمون توسط گلزاری (۱۳۶۹) در مورد کودکان ایرانی هنجاریابی شده است. پایایی<sup>۱۱</sup> این مقیاس به روش آزمون-بازآزمون<sup>۱۲</sup> در مدت ۶ هفته ۰/۸۲ و به‌کمک ضریب آلفای کرونباخ، ثبات درونی آن تا

این رو و با توجه به تجربیات بالینی در مورد افسردگی در مبتلایان به تالاسمی ماژور، این بررسی با هدف تعیین ارتباط تالاسمی با افسردگی انجام گردید. فرضیه پژوهش آن بود که افسردگی در مبتلایان به تالاسمی شایع‌تر از گروه گواه است.

این پژوهش به‌روش تحلیلی<sup>۱</sup> از نوع گروه‌های پیش‌گستر<sup>۲</sup> انجام شد. جامعه‌ی مورد بررسی کلیه‌ی بیماران ۹ تا ۱۶ ساله‌ی مبتلا به تالاسمی مراجعه‌کننده به درمانگاه تالاسمی بیمارستان بوعلی سینا، تنها مرکز تالاسمی شهرستان ساری که شهرستان‌های اطراف را هم پوشش می‌دهد، بودند که به‌صورت سرشماری انجام شد. تعداد بیماران ۱۶۵ نفر شامل ۸۶ دختر (۵۲٪) و ۷۹ پسر (۴۸٪) بود. تمام آنها براساس الکتروفورز هموگلوبین خون دارای تشخیص قطعی بوده، پرونده فعال در درمانگاه تالاسمی داشتند، که پس از کسب موافقت از بیماران و پدران و مادران آنان مورد بررسی قرار گرفتند. گروه گواه ۲۰۱ نفر (۱۱۰ پسر، ۵۵٪ و ۹۱ دختر، ۴۵٪) از دانش‌آموزان دبستانی، راهنمایی و دبیرستانی بودند. انتخاب مدارس به‌صورت تصادفی بود و دانش‌آموزان از نظر سن، جنس و سطح اجتماعی و اقتصادی با گروه مورد بررسی هم‌تا بودند. گروه گواه برپایه‌ی مصاحبه بالینی، دارای بیماری مزمن (از جمله تالاسمی) در خود و افراد درجه یک خانواده نبودند.

ابزار پژوهش، مقیاس افسردگی کودکان (ماک، CDS<sup>۳</sup>) بود (تیشر<sup>۴</sup> و لنگ<sup>۵</sup>، ۱۹۸۳). ماک به زبان‌های مختلف از جمله فارسی ترجمه شده (نجاریان، ۱۳۷۳) و در بررسی‌های بسیاری برای سنجش علایم افسردگی کودکان و نوجوانان به‌کار رفته است (برای نمونه کازدین<sup>۶</sup>، اسولدت-داوسون<sup>۷</sup>، شریک<sup>۸</sup> و کولباس<sup>۹</sup>، ۱۹۸۵؛ کواکس<sup>۱۰</sup>، ۱۹۸۱؛ نجاریان، ۱۹۹۲). ماک دارای ۶۶ پرسش (۴۸ ماده منفی و ۱۸ ماده مثبت) است که در

1- analytical  
2- anterograde cohort  
3- Children Depression Scale (CDS)  
4- Tisher  
5- Lang  
6- Kazdin  
7- Esveltd-Dawson  
8- Sherick  
9- Colbus  
10- Kovacs  
11- reliability  
12- test-retest

۰/۹۶ گزارش شده و اعتبارهای محتوا، سازه<sup>۱</sup> و هم‌زمان<sup>۲</sup> ماک نیز رضایت‌بخش بوده است (گلهزاری، ۱۳۶۹).  
 پس از انجام آزمون به شیوه یادشده برای محاسبه‌ی فراوانی مطلق و نسبی متغیرها و هم‌چنین شاخص‌های مرکزی، پراکندگی و انحراف معیار<sup>۳</sup> از روش‌های آمار توصیفی و آزمون آماری  $t$  کمک گرفته شد.

این بررسی شیوع افسردگی را در کودکان مبتلا به تالاسمی ۱۴٪ و در گروه گواه ۵/۵٪ نشان داد که این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار بود ( $p < ۰/۰۰۱$ ).

یافته‌های به‌دست آمده، نمره‌ی متوسط افسردگی را در پسرهای مبتلا به تالاسمی (۱۳۴±۸/۱۸) بیشتر از پسرهای گروه گواه (۱۲۷±۷) نشان داد ( $t = ۶/۵۷$  و

ولی نمره‌ی متوسط افسردگی دخترهای گروه گواه بیشتر از نمره‌ی متوسط دختران مبتلا به تالاسمی بود (۱۳۹±۱۳/۶۸ در برابر ۱۳۵±۱۱/۸۱) ( $t = ۲/۱۴$ ) و ( $p < ۰/۰۵$ ). نمره‌ی متوسط افسردگی در گروه‌های سنی مختلف نیز در جدول ۱ دیده می‌شود.  
 بررسی مقیاس‌های فرعی مربوط به افسردگی، پاسخ عاطفی دخترهای ۱۳ ساله و پسرهای ۱۶ ساله، اشتغال خاطر با بیماری و مرگ در دخترهای ۱۰ ساله و پسرهای ۹، ۱۰ و ۱۴ ساله، عزت‌نفس دخترهای ۹ ساله و پسرهای ۱۳ و ۱۶ ساله، احساس گناه در دخترهای ۹ ساله و پسرهای ۱۲، ۱۳ و ۱۶ ساله، مشکلات اجتماعی در پسرهای ۱۴ و ۱۵ ساله و مواد متفرقه D در پسرهای ۱۲ ساله در دو گروه مورد و گواه با هم تفاوت معنی‌دار آماری داشتند ( $p < ۰/۰۵$ ). در سایر موارد تفاوت معنی‌داری دیده نشد.

جدول ۱- نمره‌ی متوسط افسردگی در گروه‌های سنی مختلف در مبتلایان به تالاسمی و گروه گواه

سن	تالاسمی		گواه		معنی‌داری
	فراوانی	میانگین (انحراف معیار)	فراوانی	میانگین (انحراف معیار)	
۹ ساله	۱۵	۱۱۹/۱۸ (۱۱/۷۵)	۲۲	۱۲۱/۵۱ (۵/۴۴)	N.S.
۱۰ ساله	۲۱	۱۲۹/۴۴ (۵/۶۵)	۲۶	۱۲۱/۷۶ (۴/۹۹)	$P < ۰/۰۰۱$
۱۱ ساله	۲۸	۱۳۶/۰۵ (۶/۷۸)	۳۳	۱۳۱/۳۹ (۹/۰۵)	$P < ۰/۰۰۱$
۱۲ ساله	۲۴	۱۲۶/۸۰ (۴/۵۰)	۲۶	۱۳۲/۴۲ (۴/۹۹)	$P < ۰/۰۰۱$
۱۳ ساله	۲۲	۱۳۴/۶۲ (۵/۰۳)	۲۵	۱۴۰/۵۰ (۹/۱۰)	$P < ۰/۰۱$
۱۴ ساله	۱۸	۱۴۴/۱۸ (۷/۹۴)	۲۲	۱۳۳/۴۴ (۹/۱۰)	$P < ۰/۰۱$
۱۵ ساله	۱۴	۱۳۸/۶۴ (۷/۲۳)	۲۱	۱۳۸/۲۷ (۱۵/۸۵)	N.S.
۱۶ ساله	۲۳	۱۴۴/۱۰ (۵/۷۴)	۲۶	۱۳۸/۱۴ (۱۶/۶۳)	$P < ۰/۰۰۵$
کل	۱۶۵	۱۴۰/۳۹ (۱۰/۹۲)	۲۰۱	۱۳۲/۱۵ (۱۲/۱۹)	$P < ۰/۰۰۱$

1- construct validity

2- concurrent validity

3- standard deviation

گروهی بر این باورند که افسردگی، بیشتر پیامد دورانی بود که مبتلایان به تالاسمی زندگی خود را در سازش با مرگ می‌گذراندند. در سازش و کنار آمدن با مرگ، پیوسته یک زمینه‌ی گذرا از افسردگی وجود دارد ولی امروزه با پیشرفت‌های درمانی، این بیماران با زندگی و بلا تکلیفی‌های آن روبه‌رو شده‌اند (زیسوک<sup>۱۲</sup> و داوونز<sup>۱۳</sup>، ۲۰۰۰).

برخی پژوهشگران احساس پرخاشگری را بخش مهمی از سیمای روانی - اجتماعی بیماران می‌دانند (پولیتیس، ۱۹۹۸) و گروهی نیز میزان کمتری از افسردگی را در نوجوانان بیمار مزمن در مقایسه با گروه گواه گزارش کرده‌اند (کانینگ<sup>۴</sup>، کانینگ و بویس<sup>۱۵</sup>، ۱۹۹۲). هم‌چنین سازوکارهای<sup>۱۶</sup> دفاعی انکار<sup>۱۷</sup> و دوری‌گزینی<sup>۱۸</sup> می‌تواند توجیه دیگری برای کمتر بودن افسردگی و انطباق بهتر در برخی از بیماران باشد (جارمن و اوپرکلید، ۱۹۹۰؛ کانینگ و همکاران، ۱۹۹۲).

به‌طور کلی شیوع افسردگی در کودکان بیمار کمتر از بیماران بزرگسال است (زیسوک و داوونز، ۲۰۰۰). در مورد ارتباط میان سن و افسردگی در بیماری‌های مزمن کودکان یافته‌های یکسان گزارش نشده است. برخی از بررسی‌ها هیچ رابطه‌ای میان سن و افسردگی پیدا نکرده‌اند (کانینگ و همکاران، ۱۹۹۲). برخی این رابطه را مثبت (کویتس<sup>۱۹</sup>، راجانتی<sup>۲۰</sup>، کویتس و سیمز<sup>۲۱</sup>، ۱۹۹۱) و برخی دیگر رابطه‌ای منفی میان سن و افسردگی گزارش کرده‌اند (ورچل و همکاران، ۱۹۹۸). در بررسی حاضر در گروه‌های سنی ۱۲ و ۱۳ سال، شیوع افسردگی در گروه گواه بیشتر بود، ولی در

با بهره‌گیری از ماک شیوع افسردگی در مبتلایان به تالاسمی ۱۴٪ و در گروه گواه ۵/۵٪ بود. این نتیجه با یافته‌های اسداللهی (۱۳۷۵) در اصفهان، قلی‌زاده (۱۳۸۱) در کهکیلویه و بویراحمد، و پهلوانی و همکاران (۱۳۸۱) در زاهدان هم‌سو است. در سایر بیماری‌های مزمن از جمله بیماری کرون، کولیت اولسرو، فیروز سیستمیک، بیماری مادرزادی قلب، آسم، صرع، دیابت شیرین و سرطان نیز این پدیده گزارش شده است (کاشانی و حکمی، ۱۹۸۲؛ ورچل<sup>۱</sup> و همکاران، ۱۹۹۸؛ یوسف<sup>۲</sup>، ۱۹۸۸؛ بورک<sup>۳</sup> و همکاران، ۱۹۸۹؛ آستین<sup>۴</sup>، ۱۹۸۹؛ گرینبرگ<sup>۵</sup>، کازاک<sup>۶</sup> و میدوز<sup>۷</sup>، ۱۹۸۹؛ کوکس و همکاران، ۱۹۹۰) که با یافته‌های پژوهش حاضر تا اندازه‌ای متفاوت هستند.

بخشی از این تفاوت می‌تواند به دلیل تفاوت در ابزار سنجش، نوع بیماری، عینی بودن اختلال، شدت اختلال، محیط اجتماعی، نژاد، میزان حمایت‌های محیطی، چگونگی درمان‌های انجام‌شده و نمای فرهنگی سازگاری با بیماری باشد (تسیانیتس و همکاران، ۱۹۹۶؛ بهرمن<sup>۸</sup>، کلیگمن<sup>۹</sup> و آروین<sup>۱۰</sup>، ۱۹۹۶).

همان‌گونه که در مقدمه بیان گردید، گروهی بر این باورند که کودکان مبتلا به بیماری‌های مزمن قدرت سازگاری خوب و حتی بهتر از کودکان سالم دارند.

در مبتلایان به تالاسمی در زاهدان (پهلوانی و همکاران، ۱۳۸۱) بین افسردگی و خودپنداره<sup>۱۱</sup>، همبستگی منفی گزارش گردید و در بررسی نوجوانان مبتلا به تالاسمی در شهر شیراز، پنداشت از خود همانند همتهای سالم بوده است (هاشمی و پوریزدان‌پرست، ۱۳۸۱). مقایسه عزت نفس این نوجوانان با هم‌سالان خود تفاوتی را نشان نداده است (زارع و همکاران، ۱۳۸۱). بررسی انجام‌شده با نوجوانان مبتلا به تالاسمی در تهران نیز نشان داد که آنان توانسته‌اند به شکل چشم‌گیری بر استرس و شرایط بیماری خود چیره شوند (خدایی و کاربخش، ۱۳۸۱).

- |                  |               |
|------------------|---------------|
| 1- Worchel       | 2- Youssef    |
| 3- Burke         | 4- Austin     |
| 5- Greenberg     | 6- Kazak      |
| 7- Meadows       | 8- Behrman    |
| 9- Kliegman      | 10- Arvin     |
| 11- self-concept | 12- Zisook    |
| 13- Downs        | 14- Canning   |
| 15- Boyce        | 16- mechanism |
| 17- denial       | 18- avoidance |
| 19- Kvits        | 20- Rajanti   |
| 21- Siimes       |               |

گروه‌های سنی ۱۰، ۱۱، ۱۴ و ۱۶ سال مبتلایان به تالاسمی افسردگی بیشتری داشتند.

در جمعیت عمومی کودکان میزان شیوع افسردگی در دو جنس تا سن بلوغ برابر است و پس از آن در دخترها بیشتر می‌شود (کاشانی، اورواشل<sup>۱</sup>، روزنبرگ<sup>۲</sup> و رید<sup>۳</sup>، ۱۹۸۹). در کودکان مبتلا به بیماری‌های مزمن، برخی از بررسی‌ها تفاوتی در دو جنس از نظر شیوع افسردگی پیدا نکرده‌اند (یوسف، ۱۹۹۸). در برخی بیماری‌های مزمن مانند آسم و صرع، افسردگی در دخترها شایع‌تر است (آستین، ۱۹۸۹) و در برخی دیگر مانند سرطان، پسرها بیشتر افسرده می‌شوند (کاشانی و حکمی، ۱۹۸۲). در بررسی حاضر نمره‌ی متوسط افسردگی در دخترهای گروه گواه به‌طور چشمگیری بیشتر از دختران مبتلا به تالاسمی، ولی در مورد پسرهای مبتلا به تالاسمی نمره‌ی متوسط افسردگی بیشتر از پسرهای گروه گواه بود. شاید تأخیر بلوغ جنسی در مبتلایان به تالاسمی (متنزر، ۱۹۹۱)، تفاوت عامل‌های استرس‌زای روانی-اجتماعی در پسران و دختران، هم‌چنین محدودیت‌های بیشتر دختران در جامعه ما این پدیده را تبیین می‌کند.

یافته‌های این پژوهش تأکید بر توجه به مشکلات خلقی بیماران دارد. بروز افسردگی در بیماران نه تنها از کیفیت زندگی آنها می‌کاهد، بلکه همکاری آنها را نیز در زمینه‌ی درمان تالاسمی کم می‌کند. برنامه‌ها و فعالیت‌های تفریحی، یا فرصت‌هایی که بیماران بتوانند موارد ترس خود را در بازی‌ها برون‌ریزی کنند می‌توانند در زمینه‌ی تشخیص و پیشگیری مشکلات خلقی آنان سودمند باشند (بهرمن و همکاران، ۱۹۹۶).

این پژوهش با حمایت مالی شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران انجام گردیده است که از این شورا قدردانی می‌شود. از راهنمایی‌های ارزشمند آقای دکتر محمود گلزاری در مورد اجرای آزمون افسردگی و همکاری‌های صمیمانه‌ی آقایان عبدالحکیم

تیرگری، دکتر علیرضا خلیلیان و خانم دکتر مهنوش کوثریان در اجرای طرح و تحلیل داده‌ها سپاسگزاری می‌شود. هم‌چنین از کمک‌های بهیاران دلسوز درمانگاه تالاسمی مرکز آموزشی-درمانی بوعلی سینای ساری قدردانی می‌شود.

اصغری قراخیل، محمد؛ عابدیان، صادق (۱۳۷۶). *بررسی میزان شیوع بیماری تالاسمی مازور در استان مازندران*. پایان‌نامه پزشکی عمومی. دانشکده پزشکی ساری و دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مازندران.

پهلوانی، هاجر؛ دولتشاهی، بهروز؛ عشقی، پیمان (۱۳۸۱). *بررسی خودپنداره و افسردگی در افراد تالاسمیک ۱۸-۱۵ ساله شهر زاهدان*، مقاله ارائه‌شده در اولین همایش بین‌المللی عوارض تالاسمی در نوجوانان. بیمارستان امام خمینی. تهران: ۱۴-۱۲ اردیبهشت.

خدایی، شهناز؛ کاربخش، مژگان (۱۳۸۱). *بررسی وضعیت سلامت روان نوجوانان مبتلا به تالاسمی مازور براساس گزارش شخصی آنها و نتایج آزمون GHQ-۱۲*. مقاله ارائه‌شده در اولین همایش بین‌المللی عوارض تالاسمی در نوجوانان. بیمارستان امام خمینی. تهران: ۱۴-۱۲ اردیبهشت.

زارع، کورش؛ اکبری، کاظم؛ کشاورز، ربابه؛ محرر، آمنه (۱۳۸۱). *بررسی میزان عزت‌نفس نوجوانان مبتلا به تالاسمی تحت پوشش درمانگاه تالاسمی شهرستان لار و مقایسه آن با همتهای سالم آنان در اواخر پاییز ۱۳۸۰*. مقاله ارائه‌شده در اولین همایش بین‌المللی عوارض تالاسمی در نوجوانان. بیمارستان امام خمینی. تهران: ۱۴-۱۲ اردیبهشت.

قلی‌زاده، لیدا (۱۳۸۱). *تعیین و مقایسه مشکلات روانی-اجتماعی نوجوانان مبتلا به تالاسمی مازور مراجعه‌کننده به مراکز درمانی با نوجوانان سالم منتخب از مدارس راهنمایی و دبیرستان در استان کهگیلویه و بویراحمد در سال ۱۳۸۱-۱۳۸۰*. مقاله ارائه‌شده در اولین همایش بین‌المللی عوارض تالاسمی در نوجوانان. بیمارستان امام خمینی. تهران: ۱۴-۱۲ اردیبهشت.

1- Orvaschel

2- Rosenberg

3- Reid

- Cadman,D.,Boyle,M.,Szatmari,P.,& Offord,D.R.(1987). Chronic illness, disability, and mental and social well-being: findings of the Ontario Child Health study. *Journal of Pediatrics*, 79, 805-813.
- Canning,E.H.,Canning,R.D.,& Boyce,W.T.(1992). Depressive symptom and adaptive style in children with cancer. *Journal Academic of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 1120- 1124.
- Di Palma,A.,Vullo,C.,Zani,B.,& Facchini,A. (1998). Psychosocial integration of adolescents and young adults with thalassemia major. *Annual NY Academic Science*, 30, 850-355-360.
- Eiser,C.(1990). Psychological effects of chronic disease. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 31, 85-98.
- Glen,O.,& Gabbard,M.D.(2000). Mood disorders: psychodynamic aspects. In B.J. Sadock, V.A.Sadock (Eds.). *Comprehensive textbook of psychiatry*. (7<sup>th</sup> ed.). Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, (p.p.1328-1338).
- Gortmaker,S.L.,Walker,D.K.,Weitzman,M.,& Sobol, A.M.(1990). Chronic conditions, socioeconomic risk and behavior problems in children and adolescents. *Journal of Pediatrics*, 85,267-276.
- Greenberg,H.S.,Kazak,A.E.,& Meadows,A.T.(1989). Psychological functioning in 8-to 16- year old cancer survivors and their parents. *Journal of Pediatrics*, 114, 488-493.
- Jarman,F.,& Oberklaid,F.(1990).Children with chronic illness: Factors affecting psychosocial adjustment. *Current Opinion in Pediatrics*,2,868-872.
- Kashani,J.,& Hakami,N.(1982). Depression in children and adolescents with malignancy. *Canadian Journal of Psychiatry*, 27, 474-477.
- گلزاری، محمود (۱۳۶۹). *آماده سازی وسیله ای برای سنجش افسردگی در کودکان*. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. انستیتو روانپزشکی تهران.
- نجاریان، بهمن (۱۳۷۳). ساخت و اعتباریابی فرم کوتاه مقیاس افسردگی کودکان (CDS-A) به وسیله تحلیل عوامل. *پژوهش های روان شناختی*، دوره ۲، شماره ۳ و ۴، ۴۲-۲۴.
- هاشمی، فاطمه؛ پوریزدان پرست، لیلی (۱۳۸۱). *مقایسه سنجش پنداشت از خود نوجوانان مبتلا به تالاسمی مراجعه کننده به مرکز تالاسمی شهر شیراز با همتا های سالم آنها*. مقاله ارائه شده در اولین همایش بین المللی عوارض تالاسمی در نوجوانان. بیمارستان امام خمینی. تهران: ۱۴-۱۲ اردیبهشت.
- Asadollahi,G.H.(1375). Survey of the prevalence rate of behavioral disorders among thalassemic patients. *Isfahan Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*, 10, 27-30.
- Austin,J.K.(1989). Comparison of child adaptation to epilepsy and asthma. *Journal of Child and Adolescence Psychiatry*, 2, 139-144.
- Aydin,B.,Yapavk,I.,Akarsu,D.,Okten,N.,& Ulgen,M. (1997). Psychosocial aspects and psychiatric disorders in children with thalassemia major. *Acta Pediatric Japan*, 39, 354-357.
- Behrman,R.E.,Kliegman,R.M.,& Arvin,A.M.(1996). *Nelson textbook of pediatrics*, (13<sup>th</sup> ed.). New York: Saunders, (p.p.73-76).
- Bennett,D.(1994). Depression among children with chronic medical problem. *Journal of Pediatric Psychology*, 19, 149-169.
- Burke,P.,Meyer,V.,Kocoshis,S.,Orenstein,D.M., Chandra,R.,Nord,D.J.,Saure,J.,& Cohen,E.(1989). Depression and anxiety in pediatric inflammatory bowel disease and cystic fibrosis. *Journal of American Academic of Child and Adolescent Psychiatry*, 28,948-951.

- Kashani, J., Orvaschel, H., Rosenberg, T. K., & Reid, T. C. (1989). Psychology in a community sample of children and adolescent: a developmental perspective. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 701-706.
- Kazdin, A. E., Esveltd-Dawson, K., Sherick, R. B., & Colbus, D. (1985). Assessment of overt behavior and childhood depression among psychiatrically disturbed children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 201-210.
- Kovacs, M. (1981). Rating scales to assess depression in school aged children. *Acta Paedopsychiatrica*, 46, 305-315.
- Kovacs, M., Lyenger, S., Goldston, D., Stewart, J., Obrosky, D. S., & Marsh, J. (1990). Psychological functioning of children with insulin-dependent diabetes mellitus: a longitudinal study. *Journal of Pediatric Psychology*, 15, 619-632.
- Kvits, S. B., Rajanti, J., Kvits, M., & Siimes, M. A. (1991). Aggression: the dominant psychological response in children with malignant disease. *Psychology Report*, 68, 1139-1150.
- Mentzer, W. C. (1991). Thalassemia In S. Rudolph, A. M. Rudolph (Eds.). *Pediatrics* (19<sup>th</sup> ed.). New York: Appleton and Lang, 1128-1132.
- Najarian, B. (1992). Effects of father-loss upon psychological well-being and academic performance of Iranian secondary school students. In D. Trend, C. Reed (Eds.). *Promotion of mental health*, (2<sup>nd</sup> ed.). England: Ashgate Press.
- Perrin, E. C., & Shapiro, E. (1985). Health locus of control beliefs of healthy children, children with a chronic physical illness, and their mothers. *Journal of Pediatrics*, 107, 627-633.
- Politis, C. (1998). The psychosocial impact of chronic illness. *Annual N Y Academy of Science*, 30, 349-354.
- Tisher, M., & Lang, M. (1983). The Children's Depression Scale: Review and further developments. In D. P. Contwell, G. A. Carlson (Eds.). *Affective disorders in children and adolescence. An update*, New York: Spectrum Publications, Inc.
- Tsiantis, J., Dragonas, T., Richardson, C., Anastasopoulos, D., Masera, G., & Spinetta, J. (1996). Psychosocial problems and adjustment of children with beta-thalassemia and their families. *European Child and Adolescence Psychiatry*, 5, 193-203.
- Worchel, F. F., Nolan, B. F., Willson, V. L., Purser, J. S., Copeland, D. R., & Pfefferbaum, B. (1998). Assessment of depression in children with cancer. *Journal of Pediatric Psychology*, 13, 101-112.
- Youssef, N. M. (1988). School adjustment of children with congenital heart disease. *Mental and Child Nursing*, 17, 217-302.
- Zisook, S., & Downs, N. S. (2000). Death, dying, and bereavement. In B. J. Sadock, V. A. Sadock (Eds.). *Comprehensive textbook of psychiatry*, (7<sup>th</sup> ed.). Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, (p.p. 1963-1981).