

بررسی مقایسه ای میزان افسردگی در نوجوانان مبتلا به بیماریهای خاص و نوجوانان سالم شهر همدان

محمدرضا مصطفایی*، دکتر سعید بشیریان**

دریافت: ۹۱/۱/۲۶، پذیرش: ۹۱/۱۰/۲۰

چکیده:

مقدمه و هدف: بیماری های خاص شامل مجموعه ای از بیماری های مزمن می باشد. درمان نوجوانان مبتلا به بیماری های خاص مانند سایر بیماریهای مزمن با مشکلات مهم روانی توأم می باشد. این مطالعه با هدف مقایسه میزان افسردگی در نوجوانان مبتلا به بیماری های خاص و سالم شهر همدان انجام شد.

روش کار: این یک مطالعه توصیفی تحلیلی است که بر روی ۱۲۷ نوجوان ۱۸-۱۱ ساله مبتلا به بیماریهای خاص که در شهر همدان دارای پرونده فعال بودند با روش نمونه گیری در دسترس در سال ۱۳۸۹ انجام گردید. از بین نوجوانان سالم گروه سنی ۱۸-۱۱ سال، به روش تصادفی ۱۴۹ نفر به عنوان گروه شاهد از مدارس شهر همدان انتخاب شدند. جهت گردآوری داده ها از مصاحبه و پرسشنامه استاندارد افسردگی «Beck» مشتمل بر ۲۱ سؤال استفاده شد. داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ و آزمون های آماری توصیفی و استنباطی، کای اسکور در سطح معنی دار $p < 0.05$ تجزیه و تحلیل شدند.

نتایج: در گروه نوجوانان مبتلا ۵۵/۱٪ در رده هنجار و در نوجوانان سالم ۵۸/۱٪ افراد هنجار بوده اند. میزان ابتلا به افسردگی خفیف در گروه نوجوانان مبتلا به بیماریهای خاص ۳۷٪، در حالیکه این آمار در نوجوانان سالم ۴۴/۵٪ بوده است. آزمون آماریبین جنس و میزان افسردگی در گروه نوجوانان مبتلا به بیماریهای خاص رابطه معنی داری مشاهده شد ($P = 0.0377$)، میزان ابتلا به افسردگی خفیف و بارز در نوجوانان مؤنث بیشتر از نوجوان مذکر بوده است (۶۰/۵٪ در برابر ۳۷٪). در گروه نوجوانان مبتلا به بیماری خاص بین میزان افسردگی و نوع بیماری تفاوت معنی داری وجود نداشت ($P > 0.05$).
نتیجه گیری: بین میزان افسردگی در دو گروه نوجوانان مبتلا و نوجوانان سالم تفاوت معنی داری مشاهده نشد

کلید واژه ها: افسردگی / بیماریهای خاص / نوجوانان

مقدمه:

بیماری تالاسمی، هموفیلی، دیابت و نارسایی مزمن کلیوی اشاره نمود. در ایران حدود ۲۰۰۰ بیمار تالاسمی، ۶۰۰۰ بیمار هموفیلی و ۷۰۰۰ بیمار کلیوی و دو میلیون بیمار دیابتی وجود دارد (۲) که تعداد قابل توجهی از آنها را نوجوانان تشکیل می دهند. (۳). حدود یک پنجم از انسانها، صرفنظر از نژاد و ملیت، طی دوره های مختلف عمر خود، علائم افسردگی را نشان می دهند (۱۰) طبق آمار در ایالات متحده آمریکا، یک چهارم از بیماران افسرده حداقل یک بار اقدام به خودکشی می کنند (۴). در ایران حدود ۲۰۰۰۰ بیمار خاص وجود دارد که

افسردگی کودکان و نوجوانان به دلیل شیوع آن (۳٪) بالینی و ۳۵٪ غیر بالینی) و ایجاد اختلال در کارکردهای مختلف اجتماعی، تحصیلی، حرفه ای و غیره موضوعی است که به توجه جدی نیاز دارد. عوامل روانی اجتماعی بسیاری با سبب شناسی افسردگی نوجوانی مرتبطند و نظریه های مختلفی بر عامل یا عوامل خاصی از تعیین کننده های مؤثر بر افسردگی تأکید دارند (۱).
بیماریهای خاص شامل مجموعه ای از بیماریهای مزمن و پیشرونده می باشد، از آن جمله می توان به

* مربی گروه پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی قزوین (raar144@yahoo.com)
** استادیار گروه خدمات بهداشتی دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی همدان

ارثی بودن بیماری، ظهور آن در سال اول زندگی، احتمال بروز ناهنجاریهای فیزیکی و نیاز مداوم به درمان زجر آور، می تواند تأثیراتی جدی بر تکامل احساسات کودک و ارتباط او با سایر افراد خانواده داشته باشد (۱۴)، در گذشته اولویت اول حفظ جان این بیماران بوده ولی امروزه تلاش می شود تا آنها به سن بلوغ برسند، مشغول به کار شده و تشکیل خانواده بدهند. مشکلات روانی - اجتماعی این بیماران اهمیت زیادی یافته است (۱۵).

حمایت روانی - اجتماعی جزء اصلی خدمات درمانی است. با گذشت سن، به ویژه اگر بلوغ به تأخیر افتاده باشد، نوجوان بیمار ممکن است با هم سن و سالهای خود دچار مشکلاتی شود. تشدید بحران روحی دوره نوجوانی، گذر از دوره نوجوانی به بزرگسالی را نیز مشکل خواهد ساخت. مشاهده شده است که استفاده از شیوه های درمانی جدید سبب ایجاد اعتماد به نفس و تصویر بدنی طبیعی می شود (۱۶).

از آنجا که بیماری های مزمن، یک نوع عدم تعادل و آرامش در افراد ایجاد می کند، هم چنین از نظر اقتصادی بیماری فرد بروی سایر افراد خانواده و در نتیجه بر جامعه اثر می گذارد. توجه به جنبه های روانی در مراقبت و درمان این بیماران از اهمیت ویژه ای برخوردار است، شناخت به موقع مشکلات روانی خصوصاً افسردگی و تلاش جهت رفع آن می تواند در تطابق بیش تر نوجوان با بیماری مؤثر باشد (۱۷).

روش کار:

این بررسی، یک مطالعه ی توصیفی - مقطعی می باشد که با هدف مقایسه افسردگی در نوجوانان مبتلا به بیماریهای خاص و نوجوانان سالم انجام شده است و جامعه پژوهش آن شامل کل بیماران خاص دارای پرونده درمانی در مرکز بیماریهای خاص شهر همدان بوده است.

نمونه گیری در گروه مداخله بصورت سرشماری و در دسترس و شامل همه بیماران مبتلا به بیماریهای خاص که در (مراکز دیابت - هموفیلی - تالاسمی و مرکز حمایت از بیماران کلیوی) در شهر همدان دارای پرونده ی

تعداد ۸۰۰۰ تا از آنان در رده نوجوانی قرار دارند، از این تعداد کمترین آن مربوط به مبتلایان به تالاسمی و بیشترین موارد را بیماران دیابتیک تشکیل می دهند (۵). در استان همدان نزدیک به ۳۰۰۰ بیمار مبتلا به بیماریهای خاص وجود دارد که تعداد قابل توجهی از آنها را نوجوانان تشکیل می دهند (۶). درمان بیماران خاص، مانند سایر بیماریهای مزمن با مشکلات مهم روانی توأم می باشد. ارثی بودن بیماری از یک سو و آشکار شدن تظاهرات بیماری در اوایل زندگی که نیاز به درمانهای توأم با زجر جسمی و روحی را طلب می کند، قادر است تأثیرات مهمی بر روند تکامل احساسات کودک و ارتباط او با سایر افراد خانواده بگذارد. نوجوانی که با بروز تغییرات گوناگون در زمینه های متعدد همراه است، یکی از بحرانی ترین ادوار زندگی به حساب می آید، زیرا به همراه تحولات جسمانی، یک سلسله دگرگونیها در احساسات، عواطف، تمایلات و تخیلات فرد بوجود می آید (۷)، از آن جمله می توان به عدم تعادل و بی ثباتی، زود رنجی، مأیوس شدن و افسردگی زودرس در مقابله با ناکامیها اشاره کرد (۸). تغییرات قابل توجهی از نظر جسمی روانی، هیجانی جنسی و اجتماعی در دوران نوجوانی بوقوع می پیوندد (۹). علائم افسردگی در طی این دوران شایعتر از سایر مقاطع سنی می باشد، به نحویکه در ۱۴ سالگی به میزان ده برابر زیادتیر از سن ۱۰ سالگی مشاهده شده است (۱۰). لذا بروز هرگونه بیماری بالاخص بیماریهای خاص، می تواند بحرانهای این دوره از زندگی را تشدید نماید و با توجه به ماهیت آنان که محدودیتهای فراوانی را سبب می شوند، قادر هستند موجب بروز عوارض گوناگون از جمله اختلالات روانی گردند (۱۱).

هم اکنون در کشور ما بودجه ای در حدود ۷۰۰ میلیارد ریال برای هزاران بیمار تالاسمی هزینه می شود. در حال حاضر تعداد ۱۳ هزار نفر به تالاسمی مبتلا هستند که ده هزار نفر آنها زیر ۱۸ سال سن دارند، بنابراین جمعیت مبتلایان، جمعیتی جوان است (۱۲).

بیماری تالاسمی و درمان آن مانند سایر بیماریهای مزمن با مشکلات روانی مهمی همراه است (۱۳)،

وی قرار گرفت (ناحیه یک ۹۸ مدرسه و ناحیه دو ۱۳۵ مدرسه را دارا بودند).

پژوهشگر بالیست برداری از مدارس و با بهره گیری از روش آماری تصادفی از هر ناحیه آموزش و پرورش ۲۰ مدرسه دخترانه و پسرانه را به نسبت مساوی انتخاب نمود. از هر ناحیه ۸۰ دانش آموز یعنی ۴۰ نفر دختر و ۴۰ نفر پسر برگزیده شدند که جمع آن ها در دو ناحیه برابر ۱۶۰ نفر که با در نظر گرفتن ده درصد ریزش حدود ۱۵۰ نفر شد. روش نمونه گیری به صورت خوشه ای بدین صورت که براساس لیست موجود، مدارس شماره گذاری و سپس با بهره گیری از فهرست مدارس، ۱۰ دبیرستان دخترانه و ۱۰ دبیرستان پسرانه به شکل تصادفی انتخاب گردیدند (هر یک از آن ها یک خوشه در نظر گرفته شدند) (۱۹).

محقق متناسب با تعداد دانش آموز دبیرستان، نمونه ها را به صورت تصادفی از بین دانش آموزان نواحی یک و دو آموزش و پرورش و مقاطع تحصیلی اول تا سوم متوسطه انتخاب نمود. تعداد کل دانش آموزان پسر و دختر در هر ناحیه آموزش و پرورش تقسیم بر عدد ۷۵ شد و سپس تعداد دانش آموزان هر مدرسه بر عدد حاصل تقسیم گردید. عدد بدست آمده تقسیم بر ۳ (مقاطع تحصیلی اول تا سوم) شد و عدد بدست آمده مساوی تعداد دانش آموزانی بود که از هر کلاس به روش راندوم مطابق با شماره دانش آموزی در دفتر حضور و غیاب کلاس انتخاب شدند.

جمع آوری اطلاعات از طریق مصاحبه رو در رو و استفاده از پرسشنامه استاندارد افسردگی «Beck» مشتمل بر ۲۱ سؤال صورت گرفت، پژوهشگر با بهره گیری از چک لیست اولیه و مستقیماً و طی روزهای مشخصی (با هماهنگی های از پیش انجام شده با مسئولین مراکز که و اطلاع از این نکته که بیشترین مراجعه را در چه روزهایی دارند) به مرکز بیماری های خاص مراجعه و با دادن توضیحات اولیه و هم چنین خواندن تک تک سئوالات پرسشنامه برای مددجو پاسخ آنان را دریافت و اطلاعات را جمع آوری نموده است.

فعال بوده و هم چنین در گروه سنی ۱۱-۱۸ قرار داشتند، تحت مطالعه قرار گرفتند که شامل موارد ذیل بود:

- ۱- مبتلایان به دیابت ۵۶ نفر.
 - ۲- مبتلایان به هموفیلی ۳۶ نفر.
 - ۳- موارد مبتلا به تالاسمی ۲۴ نفر.
 - ۴- مبتلایان به نارسایی مزمن کلیوی ۱۱ نفر.
- علت انتخاب این چهار گروه بیماری از بین بیماریهای مزمن این بوده است که آنان در نوجوانان از شیوع بیشتری برخوردار بودند

تعداد کل نمونه ها ۱۲۷ نفر بود. برای گروه شاهد تعداد ۱۴۹ نفر از نوجوانان دختر و پسر به نسبت مساوی در گروه سنی ۱۱-۱۸ سال و محصل که بصورت خوشه ای از بین مدارس نواحی مختلف شهر همدان (شرق، غرب، شمال و جنوب) بصورت ذیل انتخاب و پرسشنامه افسردگی «Beck» را تکمیل نمودند.

شرط ورود به مطالعه برای این گروه، نداشتن بیماری جسمی و روانی و هم چنین اجازه نامه کتبی از سوی والدین دانش آموزان و رضایت شفاهی خود آنان بود که توسط مدیر محترم هر مدرسه و بر اساس مجوز صادره از اداره آموزش و پرورش نواحی ۱ و ۲ انجام پذیرفت (۱۸).

ملاحظات اخلاقی:

- نمونه ها با رضایت کامل خود به مرکز مراجعه و جهت پژوهش معرفی شدند.
 - اطلاعات محرمانه تلقی شد و در صورت درخواست در اختیار آنان قرار می گیرد.
 - امکانات لازم جهت تردد راحت بیماران با آژانس فراهم گردید.
 - اطلاعات لازم جهت انجام اقدامات درمانی مورد نیاز به بیماران ارائه شد.
- در ابتدا پژوهشگر با اخذ معرفی نامه از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی به نواحی ۱ و ۲ آموزش و پرورش شهر همدان جهت نمونه گیری معرفی گردید و با طی نمودن مراحل قانونی کار از طریق مسئولین محترم مراکز آموزش ابتدایی در این ۲ ناحیه، لیست مدارس ابتدایی دخترانه و پسرانه دولتی و غیر انتفاعی در اختیار

تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی کای اسکور در سطح معنی دار $p < 0.05$ و نرم افزار آماری SPSS 16 صورت پذیرفت .

مطالعه فوق توسط کمیته ی اخلاق دانشگاه علوم پزشکی همدان مورد تأیید قرار گرفت ، بیماران فرم رضایت نامه جهت استفاده از اطلاعات آنان برای مطالعات تحقیقاتی را امضاء نمودند . محدودیت خاصی در این پژوهش مشاهده نگردید به غیر از اینکه تعدادی از بیماران نگرانی های خاصی از نظر انتشار اطلاعات شخصی و دموگرافیک خود در سطح جامعه داشتند که با توضیحات لازم و منطقی از سوی مجریان برطرف گردید.

نتایج:

میانگین و انحراف معیار سن واحدهای تحت بررسی در گروه نوجوانان مبتلا به بیماری خاص به ترتیب ۱۴/۴۷ و ۱۴/۵۲ سال و در نوجوانان سالم ۱۵/۰۸ و ۱۵/۱۳ سال بوده است، آزمون آماری تفاوت معنی داری را در دو گروه از نظر توزیع سنی نشان نمی دهد.

در گروه نوجوانان مبتلا به بیماریهای خاص، ۱۸ نفر (۶/۵٪) بی سواد می باشند در حالیکه در گروه نوجوانان سالم که از بین نوجوانان مشغول به تحصیل انتخاب شده اند، هیچکدام بی سواد نبوده اند.

میزان افسردگی در دو گروه نوجوانان مبتلا به بیماریهای خاص و نوجوانان سالم با هم تفاوت معنی داری را نشان نداد(آزمون آماری $\chi^2=0.62$ و $df=2$ و $p=0.074$) در گروه نوجوانان مبتلا ۵۵/۱ درصد در رده ی هنجار و در نوجوانان سالم ۵۸/۱٪ افراد هنجار بوده اند. میزان ابتلاء به افسردگی خفیف در گروه نوجوانان مبتلا به بیماریهای خاص ۳۷٪، در حالیکه این آمار در نوجوانان سالم ۳۴/۵٪ بوده است. میزان ابتلاء به افسردگی بارز در نوجوانان مبتلاء به بیماریهای خاص ۷/۹٪ و در نوجوانان سالم نیز ۶/۷٪ بوده است. افسردگی شدید فقط در یک نفر و آن هم در گروه نوجوانان سالم مشاهده شده است. آزمون آماری کای دو تفاوت معنی داری را در بین دو گروه از نظر ابتلاء به افسردگی نشان نداد ($P=0/7390$) (جدول ۱).

سه سؤال اولیه در رابطه با مشخصات دموگرافیک بیماران (سن، جنس، وضعیت تحصیلی) بود. طبقه بندی بیماران بر اساس میزان نمره ای که از این تست کسب می کردند، صورت پذیرفت ، بدین ترتیب که:

نمره ۹-۰ نشانه افسرده نبودن

نمره ۱۴-۱۰ نشانه حد مرزی

نمره ۲۰-۱۵ بیانگر افسردگی خفیف

نمره ۳۰-۲۱ معرف افسردگی متوسط

نمره ۴۰-۳۱ نشانگر افسردگی شدید و در نهایت نمره ۶۳-۴۱ مشخص کننده افسردگی بسیار شدید بوده است ، علت استفاده از این پرسشنامه در این بررسی وجود ترجمه ی فارسی هنجار یابی شده از آن است در جدیدترین مطالعات بین المللی نیز از آن پرسش نامه استفاده شده است(۲۰).

همچنین طی مطالعه ای که (khyer, Mohammad & et.al) تحت عنوان " ارتباط میان اضطراب اجتماعی و سوگیری های شناختی در نوجوانان " بوسیله پرسشنامه افسردگی «Beck» انجام داد بیان نمود که ، احتمال و پیامد رخداد رویداد های منفی اجتماعی در نوجوانان با اضطراب اجتماعی بالا بیش از نوجوانان با اضطراب اجتماعی پایین حتی پس از کنترل نشانگان افسردگی برآورد می شود ($p < 0.001$).

لازم به ذکر است که نمره دهی بر اساس استاندارد خود تست بوده است (۲۱).

در مطالعه دیگری که (Moghareb, marzieh & et. al , 1387) به روی ۴۰۰ دانشجوی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند در خصوص رابطه نماز و افسردگی با استفاده از آزمون افسردگی «Beck» انجام داد اظهار داشت که ، ۵۵/۰ دانشجویان از نظر آزمون افسردگی «Beck» بدون علامت افسردگی بودند ، ۲۱٪ در سطح افسردگی خفیف ، ۱۶٪ افسردگی متوسط و ۸٪ در سطح افسردگی شدید بودند(۲۲).

برای تعیین سطح افسردگی نمره ۱۵-۰ بدون علامت ، ۳۰-۱۶ خفیف ، ۴۶-۳۱ افسردگی متوسط و ۶۳-۴۷ مبتلا به افسردگی شدید در نظر گرفته شد.

میزان ابتلاء به افسردگی خفیف و بارز در نوجوانان مونث، بیشتر از نوجوانان مذکر بوده است (۶/۵٪ در برابر ۳/۷٪). بین میزان افسردگی و سن در گروه نوجوانان مبتلا به بیماریهای خاص تفاوت معنی داری بدست نیامد (P=۰/۹۹۰۵). بین وضعیت تأهل و میزان افسردگی در گروه نوجوانان مبتلا به بیماریهای خاص تفاوت معنی داری وجود داشت (P=۰/۰۲۷۹) و در نهایت بین شغل و افسردگی در گروه نوجوانان مبتلا به بیماریهای خاص، تفاوت معنی داری وجود نداشت (P=۰/۰۴۹، df=2، $\chi^2=0.76$)

بحث:

نتایج آماری نشان داد که بین جنس و میزان افسردگی در گروه مورد، رابطه معنی داری وجود دارد (P=۰/۰۳۷). افسردگی یکی از اختلالات شایع خلقی در بیشتر جوامع بشری می باشد و شیوع آن در بین دانشجویان دختر تا ۶۱٪ هم گزارش شده است (۲۳).

هم چنین بر اساس نتایج حاصله میزان افسردگی خفیف و متوسط در نوجوانان مؤنث به مراتب بیش تر از نوجوانان مذکر می باشد. (۶/۵٪ در برابر ۳/۷٪). هم چنین در پژوهشی که (Gana Abadi & et. al) تحت عنوان مقایسه پرخاشگری، اضطراب و افسردگی در بین نوجوانان دانش آموز دبیرستانی شهر سراوان انجام دادند، اظهار کردند که میزان پرخاشگری، اضطراب و افسردگی دختران از پسران دبیرستانی بیشتر است (۲۴).

در تحقیقی دیگر (HabiBpour, zeinab & et. al) نشان دادند که در کل میزان افسردگی دختران بیشتر از پسران است و آزمون آماری تی مستقل نیز نشاندهنده تفاوت معنی داری (t=0.225 و p=0.001) بین افسردگی دختران و پسران بود (۲۵).

نتایج آنالیز اطلاعات نشان داد که، بروز افسردگی خفیف و بارز در گروه مورد (بیماری های خاص) و گروه شاهد (نوجوانان سالم) تقریباً برابر بوده است (۴۴/۹٪ در صد در گروه مورد و ۴۱/۹٪ در گروه شاهد) که این موضوع نیاز به بررسی بیشتر و دقیق تری دارد و نشانگر بالا بودن میزان افسردگی در گروه نوجوانان سالم می باشد.

(Vahdani & et. al, 2005) طبق پژوهش خود به روی

جدول ۱: توزیع فراوانی میزان افسردگی در واحدهای مورد پژوهش در دو گروه نوجوانان مبتلا به بیماری های خاص (مورد) و نوجوانان سالم (شاهد)

افسردگی	گروه مورد		گروه شاهد		جمع
	فراوانی درصد	فراوانی درصد	فراوانی درصد	فراوانی درصد	
هنجار	۷۰	۵۵/۱	۸۶	۵۸/۸	۱۵۷
خفیف	۴۷	۳۷	۵۱	۳۴/۵	۹۷
افسرده	۱۰	۷/۹	۱۰	۶/۷	۲۰
افسردگی شدید	۰	۰	۱	۰/۷	۱

در گروه نوجوانان مبتلا به بیماریهای خاص، بین میزان افسردگی و نوع بیماری تفاوت معنی داری وجود نداشت (آزمون کای اسکوار، P=۰/۰۸۳۲). در مبتلایان به دیابت ۴۵/۴٪، هنجار، ۴۷/۳٪ افسردگی خفیف و ۷/۳٪ افسردگی بارز داشته اند. در گروه مبتلایان به هموفیلی ۵۴٪، هنجار، ۳۵/۲٪ افسردگی خفیف و ۱۰/۸٪ افسردگی بارز داشته اند. در بین مبتلایان به نارسایی کلیه ۴۵/۵٪، هنجار، ۴۵/۵٪ افسردگی خفیف و ۹٪ افسردگی بارز داشتند و در گروه مبتلایان به تالاسمی ۸۳/۴٪، هنجار، ۱۲/۵٪ افسردگی خفیف و ۴/۸۱٪ افسردگی بارز داشته اند و در هیچکدام از بیماران افسردگی شدید مشاهده نگردید (جدول ۲).

جدول ۲: توزیع میزان افسردگی در گروه مورد بر حسب نوع بیماری

میزان افسردگی فراوانی درصد	نوع بیماری					
	دیابت	هموفیلی	نارسایی کلیه	تالاسمی	جمع	افسردگی فراوانی درصد
هنجار	۲۵	۴۵/۴	۲۰	۵۴	۵	۴۵/۵
خفیف	۲۶	۴۷/۳	۱۳	۳۵/۲	۵	۴۵/۵
افسرده	۴	۷/۳	۴	۱۰/۸	۱	۹
شدید	۰	۰	۰	۰	۰	۰
جمع	۵۵	۱۰۰	۳۷	۲۹/۱	۱۱	۱۰۰

بین تحصیلات و میزان افسردگی در گروه نوجوانان مبتلا به بیماری های خاص، تفاوت معنی داری وجود نداشت (p, $\chi^2=0.58$ df=1=۰/۸۷۰۸)

آزمون آماری Chi - square بین جنس و میزان افسردگی در گروه نوجوانان مبتلا به بیماریهای خاص رابطه معنی داری را نشان نداد (P=۰/۳۷، df=1، $\chi^2=0.54$)

4. Ghanei M. Prevention thalassemia. Special disease institute. 3rd ed. Tehran Med Univ 2007; 18(4):124-8. (Persian).
5. Kaplan H, Saddock B. Oxford psychiatric. Translated by Nosratollah Porafkari. 5th ed. No 2. Tehran: Andisheh, 2004;204-211.
6. Sanstiz D, Vinsez R. Growth in disease. Translated by Azita Azarkivan 3rd ed. No1. Tehran: - Roshd, 2005;507-514.
7. Kao A. Treatment conduction disease. Translated by Zahra Pakbaz. 2nd ed, No 1. Shiraz: Najm, 2004;104-115.
8. Toosi M. Evaluation report of children. Translated by: Najafi F. 1st ed. No 1. Tabriz: Aseman, 2006;44-56. (Persian).
9. Koch D. Behavioral to improve adhence in patients with Thalassemia. J P N 2008; 8(2):203-209;235-242.
10. Beck AT. Cognitive therapy and Emotional disorders. New York University press, 2009;57-68..
11. Joda V. Centers for disease control and prevention. 3rd ed. New York : W.B. Saunders, 2005;189-203.
12. Hocker B. Guidelines for, control of hemoglobin disorders . New York: WHO, 2007;104-10.
13. Donne LW. Nursing care of infants and children. 6th ed. St Louis: Mosby, 2008;417-434.
14. Epstein YM, Rosenberg HS, Grant TV, Hemenway AN. Use of internet as the only outlet for Talkingabout infertility. Fertile Sterile 2002; 78(3): 507-513.
15. Khayer M, Ostovar S. Relation with social Anxiety in adolescence. ICP J2007;13(3):42-49.
16. Moghareb M. Relation with Prayer & depression. Birjand NMJ 2008; 4(1-4):63-74. (Persian).
17. Johnson, Barbara Schoen. Psychiatric mental health nursing. 4th ed. New York: Lippincott, Mosby, 2006;384-408.
18. Kaplan H, Sadock B. Synopsis of psychiatry. 7th ed. London: Mosby, 2004;173-197.
19. Zani B, Palma DI. Psychosocial aspect of chronic illness in adolescent with Thalassemia of adolescence. 2007; 18: 387-402.
20. Pakbaz Z. [Treatment of Thalassemia]. Tehran : Dastan Publication, 1999:35-39. (Persian).
21. Hanaabadi H, Nastizaei N. Depression Anxiety & aggression between school's adolescence in Saravan, Oromieh NMJ 2011; 9(30): 148-56. (Persian).
22. Habibipour Z, Sharifi M. [Compare intensity depression .between girls & boys adolescences]. Oromieh NMJ 2009; 7 (1): 8-12 (Persian).
23. Azizi F. [Disease prevalence in Iran]. Tehran: Shahid Beheshti Medical University 2003; 10(4) :24-35.(Persian).
24. Salmah F. [The effect of education in knowledge and attitude in student about Thalassemia

۲۵ کودک مبتلا به تالاسمی عنوان نمودند که ، تصویر ذهنی و میزان افسردگی بیماران کمتر از گروه شاهد بودو با توجه به ماهیت بیماریهای خاص انتظار میرود که افسردگی در نوجوانان مبتلا به بیماریهای خاص به مراتب بیشتر از نو جوانان سالم باشد (۲۶) ، با توجه به آمار نسبتا بالای ابتلا به افسردگی در نوجوانان مبتلا به بیماری های خاص (۴۴/۹٪) لازم است در برنامه های مراقبتی و حمایتی این بیماران به جنبه های روانی توجه بیش تری شود و در این رابطه از مشاورین روانشناس برای شناخت و درمان افسردگی و سایر اختلالات روانی استفاده شود(۲۷).
بروز بیماریهای خاص سبب ایجاد یک نوع عدم تعادل در فرد می شود و همچنین می تواند از بُعد اقتصادی بر افراد جامعه تأثیر سوء بگذارد، لذا در اجرای مراقبتهای درمانی نه فقط دانش و آگاهی بالا در مورد این بیماران لازم است، بلکه نگرش مثبت و کسب مهارت و تجربه مهمترین عامل موفقیت در آموزش و حمایت از آنان می باشد(۲۸).

نتیجه نهایی:

میزان افسردگی در نوجوانان مبتلا و گروه شاهد نزدیک به هم می باشد و این زنگ خطری برای مسئولین بهداشتی درمانی کشور است.

پاسگزاری:

بدینوسیله پژوهشگران مراتب قدردانی خویش را از معاونت و کارکنان محترم پژوهشی ، مدیریت و اعضای محترم هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامائی ، مسئولین محترم مراکز بیماریهای خاص استان ، بیماران و اعضای خانواده های محترم ایشان اعلام می دارند. این مقاله برگرفته از یک طرح تحقیقاتی مصوب ۸۶/۸/۲۲ - دانشگاه علوم پزشکی همدان می باشد

منابع:

1. Karine T, Jazayeri A. Self efficacy of Bendora depression model. Rehab J 2008;8(29) :26-30.
2. Shabani H. [Nursing training in special disease. 2nd ed. Special disease institute]. Tehran Med Univ 2005;11(3) : 32-35.(Persian).
3. Zahravi N. Follow up hemophilia. Pain 2006; 10(2):74-78.

- disease]. Mazanderan Univ Med Sci J 1996; 6 (13) :3-10. (Persian).
25. Azarkavan A. Psychosocial chronic Thalassemia in adolescent. Iran Thalassemia J 1997; 11: 56-60. (Persian).
26. AL-Vahdani AM, Taani DQ, AL-omari MD. Dental disease in subjects with β Thalassemia major. Community Dentist Oral Epidemiol 2005; 20(2).69-78.
27. Leonardi R, Verzi P, Cattabiani M. Epidemiological survey of the prevalence of dental carries in young thalassemia patients. Stomato Mediter, 2004; 10(2): 133-6.
28. Luglie P, Campus G, Deida C. Oral condition chemistry of saliva and salivary level if streptococcus mutas in thalassemic patients. Clin Oral Invest 2006; 6(4):223-6.