

بررسی سطح اضطراب و افسردگی در والدین کودکان مبتلا به بیماری‌های مزمن

هادی جعفری منش^۱، مهدی رنجبران^۲، کنایون وکیلان^۳، کوروش رضائی^۴، سلیمان زند^۵، رضا تاجیک^۶

چکیده

مقدمه: والدین کودکان مبتلا به بیماری‌های مزمن در مورد ابتلا به اختلالات اضطراب و افسردگی آسیب پذیر می‌باشند. ابتلای والدین به اضطراب و افسردگی با کاهش حس مسئولیت پذیری آن‌ها نسبت به مراقبت، آموزش و تغذیه فرزندان خود همراه است که آشفتگی در روان آن‌ها بر روی آشفتگی در روان و عواطف کودک نیز موثر است. این مطالعه باهدف تعیین سطح اضطراب و افسردگی والدین کودکان مبتلا به بیمارهای مزمن در بیمارستان کودکان مفید تهران انجام شد.

روش: پژوهش حاضر مطالعه ای توصیفی-تحلیلی از نوع مقطعی است که در سال ۱۳۸۹ انجام گرفت. ۴۴۰ نفر از والدین کودکان مبتلا به بیماری‌های مزمن بستری در بخش‌های بیمارستان کودکان مفید تهران به صورت نمونه گیری تصادفی ساده انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها مقیاس بیمارستانی اضطراب و افسردگی است. داده‌ها با کمک نرم افزار SPSS v.16 و آمار توصیفی و آزمون‌های همبستگی پیرسون و Independent t-test مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج پژوهش نشان داد که ۴۹/۱٪ از والدین اضطراب متوسط تا شدید، و ۲۴/۵٪ اضطراب خفیف داشتند. همچنین ۳۱/۸٪ از افراد دارای افسردگی متوسط تا شدید و ۲۷/۳٪ دارای افسردگی خفیف بودند. جنسیت کودک، محل سکونت، مدت زمان بستری شدن کودک ارتباط معناداری با سطح اضطراب و افسردگی نشان داد ($p < 0/05$)، همچنین رابطه معناداری بین جنسیت والدین، سابقه قبلی اضطراب، سن والدین با سطح افسردگی مشاهده گردید ($p < 0/05$).

نتیجه گیری: با توجه به یافته‌های این مطالعه غربالگری افسردگی در والدین کودکان مبتلا به بیماری‌های مزمن در بیمارستان‌ها و کلینیک‌ها توصیه می‌گردد.

کلید واژه‌ها: اضطراب، افسردگی، والدین، کودکان، بیماری‌های مزمن.

تاریخ پذیرش: ۹۲/۱۲/۱۴

تاریخ دریافت: ۹۲/۰۸/۱۳

۱- کارشناسی ارشد پرستاری، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران. (نویسنده مسؤول)

پست الکترونیکی: Jafarimanesh@arakmu.ac.ir

۲- کارشناسی ارشد اپیدمیولوژی، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران.

۳- استادیار، گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران.

۴- کارشناسی ارشد پرستاری، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران.

۵- کارشناسی ارشد آموزش پزشکی، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران.

۶- استادیار، گروه بهداشت حرفه‌ای، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران.

مقدمه

اختلالات روان پزشکی نه تنها خود فرد، بلکه خانواده و جامعه را نیز دچار مشکل می‌کند (۱). اضطراب و افسردگی از جمله اختلالات روان پزشکی هستند که طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت در دهه اخیر از لحاظ بار بیماری در رأس سایر بیماری‌ها قرار داشته‌اند (۲). شیوع این اختلالات در جوامع مختلف بین ۱۰ تا ۲۵٪ گزارش شده و این میزان در زنان دو برابر مردان است (۲-۴).

ماهیت بیماری مزمن به گونه ای است که ممکن است چندین بار در روند بیماری موجب بستری شدن کودک در بیمارستان شود (۵). امروزه به علت پیشرفت روش‌های درمانی میزان بقاء کودک مبتلا به بیماری‌های مزمن افزایش یافته است اما همچنان پیش آگهی، امید به زندگی و کیفیت زندگی این کودکان نامشخص می‌باشد و می‌تواند این عوامل را از عمده‌ترین دلایل بروز اضطراب و افسردگی در والدین ذکر نمود (۶).

ترس و اضطراب احساس معمولی در بین والدینی است که کودک آن‌ها در بیمارستان بستری شده است (۷). ولی اگر بیش اندازه باشد می‌تواند منجر به بیماری می‌گردد. بحران ناشی از بیماری و بستری شدن کودک در بیمارستان بر روی تمام اعضای خانواده تاثیر می‌گذارد (۸). والدین هنگام بستری شدن کودکشان دچار تعارض بین کارهای روزانه و بودن در بیمارستان می‌شوند، همچنین ممکن است در مورد معالجه فرزندشان در آینده دچار شک و تردید شوند (۵). اغلب مواقع اضطراب والدین با شدت بیماری و روش‌های درمانی کودک ارتباط دارد و این اضطراب در طی انجام روش‌های درمانی بیشتر دیده می‌شود (۷).

ابتلای والدین به اضطراب و افسردگی، می‌تواند با کاهش حس مسؤولیت پذیری و نسبت به مراقبت، آموزش و تغذیه فرزندان خود همراه شود (۹، ۱۰). مطالعات بیانگر آن است که کودکان دارای والدین افسرده نسبت به والدین سالم بیشتر در بیمارستان بستری می‌شوند و میزان مرگ و میر بالاتری دارند (۹، ۱۱). و نرخ بالاتری از مشکلات سلامتی مانند آسم، آلرژی،

سرفه، سرماخوردگی مکرر، سر درد و سوء هاضمه را درمقایسه با کودکان والدین سالم تجربه می‌کنند (۱۲).

در مطالعه Lieb و همکاران که به بررسی تاثیر افسردگی والدین در ابتلای کودکان به افسردگی و سایر اختلالات روانی پرداختند، افزایش خطر کلی ابتلای کودکان والدین افسرده، به افسردگی و سایر اختلالات روانی و بروز اختلالات در سنین پایین‌تر مشاهده شده است (۱۳). به رغم تلاش والدین، اضطراب آن‌ها به فرزندانشان منتقل می‌شود از آنجا که والدین مهم‌ترین افراد در سیستم حمایتی کودک به شمار می‌آیند (۵) لذا کودکان با والدین دچار مشکلات روانی، اختلالات رفتاری بیشتری دارند (۱۴) و بیشتر در معرض ابتلا به اضطراب و افسردگی هستند (۱۵).

بررسی اضطراب و افسردگی والدین از آنجا اهمیت دارد که کودک با توجه به درجه تکاملی خود می‌تواند اضطراب و تنش را از والدین دریافت کند (۱۳) و با توجه به مخفی بودن این علائم در والدین و عدم مراجعه آن‌ها برای درمان، این مطالعه با هدف بررسی میزان افسردگی و اضطراب در والدین کودکان مبتلا به بیماری‌های مزمن انجام شد، این مطالعه می‌تواند پایه ای برای برنامه‌ریزی مقدماتی و اولویت بندی صحیح مداخلات بهداشت روان در بیماری‌های کودکان باشد.

روش مطالعه

پژوهش حاضر مطالعه‌ای توصیفی- تحلیلی از نوع مقطعی است که از اسفند ۱۳۸۹ تا بهمن ۱۳۹۰ انجام گردید. جامعه پژوهش شامل والدین کودکان مبتلا به بیماری‌های مزمن بستری در بخش‌های بیمارستان کودکان مفید تهران می‌باشد. با در نظر گرفتن شیوع متوسط ۳۵٪ افسردگی در والدین کودکان مبتلا به بیماری‌های مزمن در مطالعات مشابه قبلی (۱۶، ۱۷) و دقت ۴/۵٪ و ضریب اطمینان ۹۵٪، با استفاده از فرمول حجم نمونه مربوط به نسبت‌ها، حجم نمونه ۴۳۲ نفر برآورد گردید. که با توجه به شرایط مطالعه تعداد ۴۵۰ نفر از والدین کودکان دچار بیماری‌های مزمن که شرایط ورود به مطالعه را داشتند به روش نمونه گیری تصادفی ساده انتخاب شدند. ۱۰ نفر در طول

ملاحظات اخلاقی در مراحل مختلف این پژوهش رعایت شد. بدین صورت که معرفی نامه جهت انجام پژوهش از معاونت آموزشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و واحدهای مرتبط اخذ گردید. همچنین نمونه‌های در مورد ماهیت و اهمیت پژوهش توجیه شدند و رضایت شفاهی از آن‌ها کسب گردید.

یافته‌ها

نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد ۲۰٪ (۸۸ نفر) از نمونه‌ها مرد و ۸۰٪ (۳۵۲ نفر) زن بودند. متوسط سن والدین مذکر $34/64 \pm 5/11$ سال و والدین مونث $30/38 \pm 6/81$ سال بود. ۹۸/۲٪ از والدین متأهل بودند. ۴۵/۵٪ از افراد مورد مطالعه ۱ فرزند و ۴۰٪ دارای ۲ فرزند بودند. اکثر مادران (۸۹٪) خانه دار و اکثر پدران (۶۸٪) دارای شغل آزاد بودند. متوسط سن کودکان ۳۸/۷۹ ماه بود. ۵۶/۸٪ از کودکان نمونه مورد مطالعه پسر و ۴۳/۲٪ دختر بودند. متوسط روزهای بستری کودکان پسر ۲۲/۸۰ روز و متوسط روزهای بستری کودکان دختر ۲۳/۱۹ روز بود. متوسط روزهای بیماری کودکان پسر ۳۴۲/۱۴ روز و کودکان دختر ۳۶۸/۸۱ روز بود. بیماری‌های رایج در بین کودکان شامل مشکلات ارولوژی (۱۹/۲٪) و مشکلات خونی (۱۹/۱٪) و مشکلات گوارشی (۱۵/۵٪) بود.

۵۳/۶٪ از والدین ذکر کرده بودند که کودکشان سابقه بستری قبلی در بیمارستان را دارد. ۴۰/۵٪ از بیماران ساکن تهران بودند. ۳۰/۹٪ از والدین ذکر کرده بودند که هیچ منبع حمایتی ندارند. ۳۰/۹٪ بیمه تامین اجتماعی و ۱۰/۹٪ بیمه خدمات بهداشتی درمانی داشتند. ۲۹/۱٪ از افراد ذکر کرده بودند که هیچ منبع حمایت عاطفی ندارند و ۲۴/۲٪ خانواده و ۲۳/۶٪ همسرشان را به عنوان منبع عاطفی ذکر کرده بودند. اکثر نمونه‌های مورد مطالعه (۸۶/۴٪) سابقه بستری فرزند دیگری را در بیمارستان نداشتند. تنها ۱۹/۱٪ (۸۴ نفر) ذکر کرده بودند که قبل از بستری کودکشان، دچار افسردگی بودند که از این تعداد ۱۲/۷٪ (۵۶ نفر) افسردگی خود را درمان کرده بودند. ۲۲/۷٪ (۱۰۰ نفر) از نمونه‌های مورد مطالعه ذکر کرده بودند که دچار

مطالعه به دلایل مختلف مانند عدم تمایل به انجام اقدام به شرکت در مطالعه، تکمیل ناقص پرسشنامه از مطالعه خارج شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل والدینی بودند که تمایل به شرکت در مطالعه را داشتند و به عنوان مراقبت دهنده در کنار کودک خود در بیمارستان بودند.

ابزار گردآوری داده‌ها مقیاس بیمارستانی اضطراب و افسردگی (Hospital Anxiety and Depression Scale: HADS) بود. اعتبار و پایایی ابزار در مطالعات مختلفی در حد قابل قبولی گزارش شده است (۱۸-۲۰). ابزار مورد نظر برای ایرانیان نیز روان سنجی شده است (۲۱، ۲۲).

این ابزار دارای ۷ عبارت برای سنجش اضطراب و ۷ عبارت برای سنجش افسردگی است. هر عبارت آزمون به صورت یک مقیاس صفر تا ۳ نمره گذاری شده است. بنابراین نمرات زیر مقیاس‌های افسردگی و اضطراب پرسش نامه HADS در دامنه صفر تا ۲۱ قرار می‌گیرد. برای هر دو زیر مقیاس نمرات در دامنه صفر تا ۷ طبیعی، ۸ تا ۱۰ خفیف، ۱۱ تا ۱۴ متوسط، ۱۵ تا ۲۱ شدید در نظر گرفته شده است. در این مطالعه اعتبار علمی ابزار به روش اعتبار همگرا با ابزار افسردگی یک تعیین شد. میزان آزمون همبستگی بین دو ابزار معنی‌دار بود ($r = 0/71$) و $(p < 0/001)$. برای تعیین پایایی ابزار از روش همبستگی درونی (Cranach's alpha = 0/89) و آزمون مجدد استفاده شد. بدین صورت که ۲۰ نفر از والدین به فواصل ۱۴ روز دوبار پرسشنامه را تکمیل کردند که میزان ضریب همبستگی بین دو آزمون 0/768 بدست آمد. روش گردآوری داده‌ها بدین صورت بود که پرسشنامه در اختیار والدین دارای کودک با بیماری مزمن قرار می‌گرفت و از آن‌ها خواسته می‌شد که آن را تکمیل کنند. در صورتی که نمونه‌ها سواد خواندن و نوشتن نداشتند، پرسشنامه توسط محقق خوانده شده و از آن‌ها خواسته می‌شد گزینه مورد نظر که به شرایط آن‌ها نزدیک بود را انتخاب کنند. داده‌ها وارد نرم افزار آماری SPSS v.16 شد و نتایج توصیفی با استفاده از تعداد و درصد و یا میانگین و انحراف معیار، و نتایج استنباطی با استفاده از آزمون‌های همبستگی پیرسون و Independent t-test استخراج گردید.

اضطراب بودند که از این تعداد ۱۰/۹٪ (۴۸ نفر) اضطراب خود را درمان کرده بودند.

در مورد سطح اضطراب والدین کودکان دچار بیماری‌های مزمن نتایج نشان داد که ۱۸/۲٪ (۸۰ نفر) دارای سطح اضطراب شدید، ۳۰/۹٪ (۱۳۶ نفر) دارای سطح اضطراب متوسط، ۲۴/۵٪ (۱۰۸ نفر) دارای سطح اضطراب کم و ۲۴/۴٪ (۱۱۶ نفر) فاقد

جدول ۱: سطح اضطراب والدین کودکان مبتلا به بیماری‌های مزمن

جنس	سطح اضطراب		بدون اضطراب		اضطراب کم		اضطراب متوسط		اضطراب شدید	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
مرد	۵۲	۱۱/۸۱	۸	۱۰/۸۱	۲۴	۵/۴۵	۴	۰/۹		
زن	۶۴	۱۴/۵۴	۱۰۰	۲۲/۷۲	۱۱۲	۲۵/۴۵	۷۶	۱۷/۲۷		
کل	۱۱۶	۲۶/۴	۱۰۸	۲۴/۴	۱۳۶	۳۰/۹	۸۰	۱۸/۲		

جدول ۲: سطح افسردگی والدین کودکان مبتلا به بیماری‌های مزمن

جنس	سطح افسردگی		بدون افسردگی		افسردگی کم		افسردگی متوسط		افسردگی شدید	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
مرد	۴۸	۱۴/۰۹	۲۰	۴/۵۴	۱۶	۳/۶۳	۴	۰/۹		
زن	۱۳۲	۳۰	۱۰۰	۲۲/۷۲	۷۶	۱۷/۲۷	۴۴	۱۰		
کل	۱۸۰	۴۰/۹	۱۲۰	۲۷/۲۶	۹۲	۲۰/۹	۴۸	۱۰/۹		

این همبستگی در خصوص افسردگی معنادار نبود. سن کودک و مدت زمان بیماری‌اش با سطح اضطراب و افسردگی رابطه معنادار آماری نداشت. بین سطح اضطراب و مدت زمان بستری شدن همبستگی مثبت وجود داشت ($p < 0/001$ و $r = 0/234$). همچنین بین افسردگی و مدت زمان بستری کودک در بیمارستان نیز ارتباط آماری معناداری مشاهده شد، به طوری که با افزایش مدت بستری کودک، افسردگی والدین بیشتر بود ($p < 0/001$ و $r = 0/301$).

بحث

پژوهش حاضر نشان داد که در مجموع ۴۹/۱٪ از والدین کودکان دچار بیماری مزمن دارای اضطراب شدید تا متوسط و ۲۵/۵٪ اضطراب خفیف و تنها ۲۶/۴٪ افراد اضطراب در حد طبیعی داشتند. درمورد سنجش افسردگی یافته‌های حاکی از آن بود که ۳۱/۸٪ از افراد دارای افسردگی متوسط تا شدید و ۲۷/۳٪ افسردگی خفیف داشتند و تنها ۴۰/۹٪ فاقد افسردگی بودند.

در مورد اضطراب والدین، در مطالعه ای که توسط باقری گله و همکاران در سال ۱۳۹۱ با هدف بررسی میزان اضطراب در

بر اساس نتایج آزمون تی مستقل بین سطح اضطراب و افسردگی والدین مذکر و مونث از نظر آماری تفاوت معنی داری وجود داشت به طوری که میانگین سطح اضطراب و افسردگی والدین مونث بیشتر از مذکر بود ($p = 0/001$). همچنین به طور معنی داری والدین دارای کودک پسر اضطراب بیشتری نسبت به والدین دارای کودک دختر بستری داشتند ($P = 0/011$) اما در مورد افسردگی این اختلاف معنی دار نبود ($P = 0/053$). بین سابقه قبلی ابتلا به اضطراب با میزان اضطراب و افسردگی و بین سابقه قبلی ابتلا به افسردگی با میزان اضطراب و افسردگی رابطه معنادار آماری مشاهده شد به طوری که افرادی که سابقه قبلی ابتلا به اضطراب و افسردگی داشتند سطح بالاتری از اضطراب و افسردگی را نشان دادند ($P < 0/05$). از نظر محل سکونت والدین، نمره اضطراب در ساکنین شهرستان و حومه تهران در مقایسه با شهر تهران بالاتر بود ($P = 0/001$)، ولی تفاوتی در نمره افسردگی از نظر سکونت وجود نداشت.

بین سن والدین و سطح اضطراب آن‌ها، همبستگی معکوس و معناداری وجود داشت ($p < 0/002$ و $r = -0/146$). به طوری که با افزایش سن از سطح اضطراب افراد کمتر می‌شود، ولی

ناملیدی نسبت به آینده و آرزوهایی باشد که والدین برای فرزندانشان دارند (۲۷). دلیل دیگر ممکن است ناشی از مقایسه کودک خود با کودکان عادی باشد که بدون هیچ گونه مشکل خاص به زندگی و رشد خودشان ادامه می‌دهند و به توانایی‌های جدید دست می‌یابند (۲۸).

در مطالعه ای که توسط سلطانی فرد و همکاران در سال (۲۰۱۰) انجام گرفت نتایج نشان داد که ۸۰٪ مادران کودکان مبتلا به اختلالات اضطرابی مبتلا به یک اختلال اضطرابی یا خلقی می‌باشند که با مطالعه فوق متفاوت است (۲۹). نتایج فوق می‌تواند بیانگر آن باشد که بسته به نوع بیماری کودک میزان اختلالات افسردگی و اضطرابی در والدین می‌تواند متفاوت باشد، هرچه بیماری وخیم تر باشد احتمالاً میزان اضطراب و افسردگی بالاتری قابل مشاهده خواهد بود به طوری که مطالعات متعددی، وجود اختلالات روانی در مادر را با افزایش مرگ و میر کودکان، افزایش بستری شدن در بیمارستان، کمبود وزن کودک، ابتلا به بیماری‌های جسمی و روانی، وخامت سیر این بیماری‌ها و همراه شدن این اختلالات با عواقب روانی-اجتماعی مرتبط دانسته‌اند (۳۰،۳۱،۳۲،۳۳).

در مطالعه حاضر مشخص شد بین اضطراب و افسردگی مادران و پدران دارای کودک مبتلا به بیماری مزمن اختلاف معنادار آماری وجود دارد، بدین ترتیب که این دو اختلال در مادران بیشتر از پدران می‌باشند. در مطالعه Streisand و همکاران در سال (۲۰۰۸) نیز نتایج مشابهی بدست آمد که احتمالاً با توجه به درگیری بیشتر مادر در مراقبت از کودک و بعد احساسی آن‌ها، منجر به آسیب پذیری بیشتر والد مادر نسبت به والد پدر می‌گردد که این امر لزوم حمایت بیشتر عاطفی و روانی را از مادران می‌رساند (۳۱). از محدودیت‌های این پژوهش تعداد کم والد پدر نسبت به تعداد والد مادر است که دلیل آن حضور کمتر والد پدر بر بالین کودک بیمار می‌باشد.

نتیجه گیری نهایی

با توجه به شیوع بالای اضطراب و افسردگی در این مطالعه توصیه می‌شود که غربالگری افسردگی در والدین کودکان دچار بیماری‌های مزمن در بیمارستان‌ها و کلینیک‌ها انجام گیرد و

مادران دارای کودک مبتلا به صرع انجام شد نتایج نشان داد ۴۰/۷٪ از مادران اضطراب خفیف، ۳۴/۵٪ اضطراب متوسط و ۲۴/۸٪ اضطراب شدید داشتند، که تا حدودی با مطالعه حاضر مشابه است. این نتایج بیانگر آن است که اکثر والدین دارای کودک بیمار از اضطراب متوسط تا شدید رنج می‌برند که لزوم توجه بیشتر به آن‌ها را می‌رساند. همچنین مطالعاتی که در ترکیه و چین انجام شده نشان می‌دهد اضطراب مادر دارای کودک مبتلا به صرع بیش از اضطراب مادر دارای کودک سالم است (۲۴،۲۳). لذا ضرورت دارد که علاوه بر درمان بیماری کودکان، مراکز در بیمارستان‌ها به غربالگری و درمان اضطراب والدین بپردازد که این خود می‌تواند روی سلامتی والد و همچنین کودک تحت سرپرستی او تاثیر بگذارد.

در مورد افسردگی والدین، در مطالعه ای که توسط "McCormick" و همکاران در سال ۱۹۹۵ انجام شد شیوع افسردگی در مادران با کودک دچار اختلالات توجه ۱۷/۹٪ برای افسردگی شدید و ۲۰/۵٪ برای افسردگی خفیف گزارش شده است (۲۵). که تا حدودی با مطالعه حاضر شباهت دارد. در مطالعه ای که توسط شفاعت و تیرگری در سال (۲۰۱۲) انجام گرفت نتایج نشان داد که ۴۰٪ مادران دارای کودکان دچار بیش فعالی از افسردگی رنج می‌برند که این مطالعه نیز با مطالعه حاضر مشابه است (۱۶). در مطالعه خیر آبادی و همکاران در سال (۲۰۰۸) شیوع افسردگی در مادران دارای کودکان مبتلا به آسم ۲۷٪ و دیابت ۳۰٪ بود که با مطالعه حاضر متفاوت است (۱۷). در مطالعه حاضر با توجه به این که نمونه‌ها از والدین کودکان بستری دچار بیماری‌های مزمن مانند کودکان دچار بدخیمی، مشکلات ارولوژی و گوارشی انتخاب شده‌اند، میزان افسردگی بالاتری مشاهده شده است.

این امر نشان می‌دهد که برای والدین و به ویژه مادران این کودکان، وضعیت بیماری فرزندان مشکل آفرین است. اگر چه ممکن است تصور شود که آن‌ها به وضعیت کودک خود عادت کرده‌اند، اما تحقیقات نشان از افسردگی و اضطراب بالای آن‌ها و میزان استفاده بیشتر از خدمات بهداشتی و درمانی را دارد (۲۶). یکی از عوامل ایجاد کننده این آسیب‌های روانی می‌تواند

تشکر و قدردانی

این مقاله با معرفی نامه شماره ۱۰۷۶/۱۲/۶۵ پ از معاونت آموزش و تحصیلات تکمیلی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی انجام شد. بدین وسیله سپاس و قدردانی خود را از آن معاونت محترم آموزش و تحصیلات تکمیلی، همچنین رئیس، مدیر پرستاری و پرستاران بیمارستان کودکان مفید تهران و تمامی والدین بیماران که به عنوان شرکت کننده در این مطالعه همکاری داشتند ابراز می‌داریم.

درمان والدین در کنار درمان کودکان انجام گیرد. زیرا با درمان و مدیریت اضطراب و استرس در والدین می‌توان به درمان بهتری در کودکان دچار بیماری مزمن رسید. در این بین نقش پرستاران به عنوان حامیان بیمار و نقش روانشناسان بالینی در تشخیص، درمان و حمایت از والدین مهم تلقی می‌گردد. توصیه می‌گردد در مطالعات آینده به بررسی تاثیر نقش پرستاران و روانپرستاران در درمان اختلالات اضطرابی و افسردگی در والدین دچار بیماری مزمن پرداخته شود. همچنین می‌توان مطالعاتی درباره استفاده از روان درمانی، خانواده درمانی، طب مکمل در بهبود این اختلالات انجام داد.

منابع

- 1- Bradford R, Rutherford DL, John A. Quality of life in young people: ratings and factor structure of the Quality of Life Profile—Adolescent Version. *Journal of adolescence*. 2002;25(3):261-74.
- 2- World Health Organization. Burden of mental and behavioral disorders. The world health report. 2001.
- 3- Sadock BJ. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Wolters Kluwer Health; 2007.
- 4- Kaviani H, Nazari H, Honnozi K. Prevalence Of Depressive Disorders In Tehran Resident Population (year 2000). *Tehran University Medical Journal*. 2002;60(5):393-9. (Persian)
- 5- Melnyk BM, Feinstein NF, Moldenhouer Z, Small L. Coping in parents of children who are chronically ill: strategies for assessment and intervention. *Pediatric nursing*. 2000;27(6):548-58.
- 6- Runesson I, Elander G. Observed parental needs during their child's hospitalization. *Journal of pediatric nursing*. 2002;17(2):140-8.
- 7- Wong D, Hockenberry M, Wilson D, Winkelstein M, Kline N. *Wong's Nursing Care of Infants and Children*, Mosby, St. Louis, Mo. 2003.
- 8- Hockenberry MJ, Wilson D, Wong DL. *Wong's essentials of pediatric nursing: Mosby Incorporated*; 2012.
- 9- Minkovitz CS, Strobino D, Scharfstein D, Hou W, Miller T, Mistry KB, et al. Maternal depressive symptoms and children's receipt of health care in the first 3 years of life. *Pediatrics*. 2005;115(2):306-14.
- 10- Meleski DD. Families with chronically ill children: A literature review examines approaches to helping them cope. *AJN The American Journal of Nursing*. 2002;102(5):47-54.
- 11- Luoma I, Tamminen T, Kaukonen P, Laippala P, Puura K, Salmelin R, et al. Longitudinal study of maternal depressive symptoms and child well-being. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2001;40(12):1367-74.

- 12- Rahman A, Iqbal Z, Bunn J, Lovel H, Harrington R. Impact of maternal depression on infant nutritional status and illness: a cohort study. *Archives of general psychiatry*. 2004;61(9):946-52.
- 13- Lieb R, Isensee B, Hofler M, Pfister H, Wittchen H-U. Parental major depression and the risk of depression and other mental disorders in offspring: a prospective-longitudinal community study. *Archives of general psychiatry*. 2002;59(4):365-74.
- 14- Wamboldt M, Reiss D. Explorations of parenting environments in the evolution of psychiatric problems in children. *American journal of psychiatry*. 2006;163(6):951-3.
- 15- Weller EB, Rowan A, Elia J, Weller RA. Aggressive behavior in patients with attention-deficit/hyperactivity disorder, conduct disorder, and pervasive developmental disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*. 1999;60(15):5-11.
- 16- Shafaat A, Tirgari AH. Prevalence of Depression Symptoms among Mothers of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2012;21(1):66-72. (Persian)
- 17- Kheirabadi G, Malekian A, Fakharzadeh M. Comparative Study on the Prevalence of Depression in Mothers with Asthmatic, type I Diabetic and Healthy Children. *Journal of Research in Behavioural Sciences*. 2008;5(1):21- 6. (Persian)
- 18- Härter KR, Katrin Gross-Hardt, Jürgen Bengel, Martin. Screening for anxiety, depressive and somatoform disorders in rehabilitation—validity of HADS and GHQ-12 in patients with musculoskeletal disease. *Disability & Rehabilitation*. 2001;23(16):737-44.
- 19- Lopez-Alvarenga J, Vazquez-Velazquez V, Arcila-Martínez D, Sierra-Ovando A, González-Barranco J, Salín-Pascual R. Accuracy and diagnostic utility of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) in a sample of obese Mexican patients]. *Revista de investigación clínica; organo del Hospital de Enfermedades de la Nutrición*. 2002;54(5):403-9.
20. Herrero M, Blanch J, Peri J, De Pablo J, Pintor L, Bulbena A. A validation study of the hospital anxiety and depression scale (HADS) in a Spanish population. *General Hospital Psychiatry*. 2003;25(4):277-83.
21. Montazeri A, Vahdaninia M, Ebrahimi M, Jarvandi S. The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS): translation and validation study of the Iranian version. *Health and quality of life outcomes*. 2003;1(1):14.
22. Kaviani H, Seyfourian H, Sharifi V, Ebrahimkhani N. Reliability and validity of Anxiety and Depression Hospital Scales (HADS): Iranian patients with anxiety and depression disorders. *Tehran University Medical Journal*. 2009;67(5):379-85. (Persian)
23. Baca CB, Vickrey BG, Hays RD, Vassar SD, Berg AT. Differences in child versus parent reports of the child's health-related quality of life in children with epilepsy and healthy siblings. *Value in Health*. 2010;13(6):778-86.
24. Farsar A, Kolahi A. Can Educational Programs Help Ease Parental Anxiety Following Their Child First Febrile Convulsion. *Iranian Journal of Child Neurology*. 2008;2(3):25-31.
25. McCormick LH. Depression in mothers of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Family medicine*. 1995;27(3):176-9.

26. Barkley RA, Murphy KR. Attention-deficit hyperactivity disorder: A clinical workbook. New York, NY: Guilford Press; 2006.
27. Bennett H, Wells A. Metacognition, memory disorganization and rumination in posttraumatic stress symptoms. *Journal of anxiety Disorders*. 2010;24(3):318-25.
28. Chronis AM, Chacko A, Fabiano GA, Wymbs BT, Pelham Jr WE. Enhancements to the behavioral parent training paradigm for families of children with ADHD: Review and future directions. *Clinical Child and Family Psychology Review*. 2004;7(1):1-27.
29. Soltanifar A, Ardani AR, Fadaki SMJ, Soltanifar A. Case-control study of anxiety and depression on parents of children with anxiety disorders. *The Quarterly Journal of Fundamentals of Mental Health*. 2010;11(41):51-60. (Persian)
30. Bartlett SJ, Krishnan JA, Riekert KA, Butz AM, Malveaux FJ, Rand CS. Maternal depressive symptoms and adherence to therapy in inner-city children with asthma. *Pediatrics*. 2004;113(2):229-37.
31. Streisand R, Mackey ER, Elliot BM, Mednick L, Slaughter IM, Turek J, et al. Parental anxiety and depression associated with caring for a child newly diagnosed with type 1 diabetes: Opportunities for education and counseling. *Patient education and counseling*. 2008;73(2):333-8.

Survey of levels of anxiety and depression in parents of children with chronic illness

Jafary Manesh¹ H (MSc.) - Ranjbaran² M (MSc.) - Vakilian³ K (Ph.D) - Rezaei⁴ K (MSc.) - Zand⁵ S (MSc.) - Tajik⁶ R (Ph.D)

Abstract

Introduction: Parents who have children with chronic disease are susceptible to anxiety and depression. Parental anxiety and depression is associated with decreased sense of responsibility toward care, education and nutrition for their children and also for their mental disorder effect on their children's mental and emotional health. The purpose of this study was to determine parent's anxiety and depression of children with chronic disease in Tehran Mofid pediatric Hospital.

Method: The present study is cross-sectional study that was conducted in 2010. 440 parents of hospitalized children with chronic diseases were selected with simple random sampling. Study's tool was Hospital Anxiety and Depression Scale. Data were analyzed with descriptive statistics and Independent t-test and Pearson correlation tests.

Results: The results showed that 49.1% of parents had moderate to severe and 24.5% had mild anxiety. Also 31.8% of samples were with moderate to severe depression and 27.3% with mild depression. Child gender, location, duration of hospitalization of children showed significant association with the level of anxiety and depression ($p < 0.05$), as well as a significant relationship between parent's gender, history of anxiety and parent's age with depression levels was observed ($p < 0.05$).

Conclusion: According to results of this study, it is recommended to screen depression in parents of children with chronic illnesses in hospitals and clinics

Keywords: Anxiety, Depression, Parents, Children, Chronic diseases.

Received: 4 November 2013

Accepted: 5 March 2014

1- MSc in Nursing, Faculty of Nursing & Midwifery, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran
(Corresponding author)

E-mail: Jafarimanesh@arakmu.ac.ir

2- MSc in Epidemiology, Instructor, Department of Public Health, Faculty of Health, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran.

3- Assistant Professor, Department of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran.

4- MScin Nursing, Department of Nursing, Faculty of Nursing & Midwifery, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran.

5- MSc in Medical Education, Instructor, Department of Nursing, Faculty of Nursing & Midwifery, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran.

6- Assistant Professor, Department of Occupational Health Engineering, Faculty of Health, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran.