

# بررسی میزان شیوع علائم افسردگی و شدت آن در والدینی که فرزند آنها دچار بدخیمی می‌باشند

دکتر غلامحسین نوروزی نژاد\*

خلاصه:

هدف از این مطالعه بررسی شیوع و شدت علائم افسردگی<sup>۱</sup> در والدین کودکان ونوجوانان مبتلا به بدخیمی می‌باشد. این مطالعه طی ۴ ماه در بیمارستان شفاء وابسته به دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز بر روی ۶۶ نفر شامل ۳۲ پدر و ۳۴ مادر انجام شده است. معیار تشخیص افسردگی بر اساس DSM-IV با ارزیابی بالینی و انجام آزمون MMPI و جهت تعیین شدت افسردگی از آزمون Beck استفاده شده است. نتایج حاصله نشان داد که میزان شیوع افسردگی در جمعیت مورد هدف تا ۴ برابر شیوع علائم افسردگی در جمعیت عمومی جامعه می‌باشد. با توجه به نتایج بدست آمده توجه به جنبه‌های روانشناختی بیماران مبتلا به بدخیمی و والدین آنها بیش از پیش ضروری می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: افسردگی، والدین، بدخیمی، فرزندان.

مقدمه:

مشاورین غیر پزشک حمایت می‌شوند (۱). ولی این رویه در حال تغییر است چون مردم به طور فزاینده‌ای این دیدگاه را می‌پذیرند که مسائل هیجانی باید توسط اهل فن بهداشت روانی درمان بشوند (۲). پدر و مادر بدون استثناء با آگاهی یافتن از وجود بیماری عضوی مزمن ناتوان کننده فرزند خود دچار آشفتگی و ناراحتی می‌گردند. بدخیمی شایعترین بیماری منجر به مرگ در سنین ۱ تا ۱۶ سال است (۳). همچنین فوری‌ترین و بادوام‌ترین اثر روانی تشخیص سرطان روی خانواده بیمار می‌باشد (۴). از مهمترین عللی که

برای تعیین اینکه چه نوع خدمات روانپزشکی برای جامعه لازم است، ضروری است بدانیم که شیوع اختلالات روانی در جامعه چقدر است (۱) اگر چه تعیین شیوع اختلالات روانی در جامعه بطور دقیق مشکل است اما تخمین‌های تقریبی هم برای طرح‌ریزی خدمات کافی است (۱) بسیاری از مبتلایان به واکنشهای حاد در مقابل استرس یا اختلالات انطباقی از پزشکان کمک نمی‌گیرند. بلکه توسط خانواده، دوستان، روحانیون یا

\* استادیار و عضو هیئت علمی گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز

۱ - در این تحقیق افسردگی به طور عام بدون در نظر گرفتن انواع زیر گروههای افسردگی مد نظر بوده است. اگر چه با توجه به نتایج بدست آمده اکثر افراد مبتلا به دلیل وجود استرس فرزند مبتلا به سرطان به اختلال انطباقی یا خلق افسرده مبتلا بوده‌اند.

شامل احساس گناه هم می‌گردد می‌توان به درمان والدین کمک کرد (۱). هر یک از والدین ممکن است دیگری را در مرگ کودک متهم سازد به خصوص اگر رد پای یک بیماری ارثی در بین باشد (۲). بررسیها نشان می‌دهد که با وجود درمان بچه‌های مبتلا به سرطان اثرات سوء روانی روی افراد فامیل باقی می‌ماند (۳) و بطور کلی انطباق و سازگاری روانی با کودک مبتلا به بدخیمی در طی ۲ سال بعد از تشخیص این بیماری در افراد مبتلا و والدین آنها به طور معنا داری بیشتر از گروه جمعیت عمومی آشفتگی‌های هیجانی را تجربه می‌کنند و این آشفتگی در زمانی که بیماری تشخیص داده می‌شود بیشتر از زمانهای دیگر می‌باشد (۸).

#### روش کار:

برای انجام تحقیق و بالا بردن دقت تشخیص از دو روش ارزیابی بالینی و ارزیابی با استفاده از دو آزمون MMPI و Beck استفاده شده است. بدین صورت که از آذر ماه ۷۷ تا اواسط اسفند ۷۷ صبح‌ها در درمانگاه و بخش‌های بیمارستان شفا به صورت تصادفی با افرادی از مراجعین ارتباط برقرار می‌شد و هدف از تحقیق و لزوم همکاری آنها را یادآور می‌شدیم که البته بعضی از والدین به دلایل مختلف از همکاری کامل امتناع می‌ورزیدند ولی در مجموع در طی این مدت ۳۲ پدر و ۳۴ مادر مورد ارزیابی قرار گرفتند بدین صورت که ابتداء با استفاده از لیست معیارهای تشخیصی DSMI-V توسط محقق با همکاری دستیار روانپزشکی برای تشخیص افسردگی با آنها محاسبه بالینی به عمل آمد و پس از آن جهت

سرطان میتواند منبع استرس برای مراقبین باشد، شامل مرگ و میر بالا، مسائل مراقبت از بیمار رو به مرگ، واکنش به تحلیل قوا و تغییر شکل ظاهر و درد مزمن می‌باشد.

استوبر و همکاران در تحقیقی نشان دادند که ۳۹/۷ درصد مادران و ۳۳/۳ درصد پدرانی که کودکان آنها مبتلا به لوسمی بودند علائمی از میزان بالای استرس پس از ضربه را تجربه می‌کنند (۵).

برکت (Barakat) و کازک (Kazak) در مطالعه‌ای دیگر نتیجه گرفتند والدینی که کودک مبتلا به سرطان داشتند بطور معنا داری سطوح بالاتری از علائم اختلال استرس پس از ضربه را در مقایسه با گروه شاهد نشان می‌دهند (۶). نازنین واعظزاده و زهرا اسماعیلی در تحقیقی نشان دادند که مادران کودکان مبتلا به بدخیمی از مشکلات روانی و اجتماعی زیادی رنج می‌برند (۷). چون سرطان غیر از خود بیمار بر خانواده او نیز ضربه می‌زند، مراقبین نه تنها باید از بیمار مراقبت کنند بلکه با تقاضاهای فزاینده سایر اعضای خانواده نیز باید مدارا نمایند. خانواده و سایر بستگان نزدیک فرد سرطانی ممکن است مسائل روانشناختی داشته باشند که حتی پس از درمان سرطان دوام یابد مسئله وقتی بیمار یک کودک است دشوارتر می‌گردد (۱).

بسیاری از والدین در ابتدا با شوک و ناباوری واکنش نشان می‌دهند و ماهها طول می‌کشد تا مفهوم کامل تشخیص را بپذیرند حدود یک پنجم مادران در دو سال اول درمان لوسمی کودک خود دچار اختلالات عاطفی به خصوص اضطراب و افسردگی می‌گردند. در مراحل اولیه که غالباً

از ۲۶ پدر ۲۱ مورد معادل ۸۰٪ علائم افسردگی را از خود نشان دادند.

جدول ۱: میزان وجود علائم افسردگی بر اساس ارزیابی بالینی

افسرده	غیر افسرده	درصد افسردگی	جمع
۳۰	۴	۸۸/۲۳	۳۴
۲۶	۶	۸۱/۲۵	۳۲
۵۶	۱۰	۸۴/۸۴	۶۶

۳- شیوع و شدت افسردگی بر اساس آزمون Beck (جدول ۲)

از ۵۸ نفری که تحت آزمون Beck قرار گرفتند ۴۷٪ مبتلا به افسردگی بودند که ۴۴٪ آنها را مادران و ۵۰٪ افسرده‌ها را پدران تشکیل می‌دادند. با توجه به جدول ۲ که شدت افسردگی را بر اساس تست بک بما نشان می‌دهد میزان افسردگی به ترتیب از نوع شدید (۴۵٪)، متوسط (۲۲٪) و خفیف (۳۳٪) می‌باشد.

جدول ۲: میزان وجود علائم افسردگی بر اساس آزمون MMPI

افسرده	غیر افسرده	درصد افسردگی	جمع
۲۰	۱۱	۶۴/۵۱	۳۱
۲۱	۵	۸۰/۷۶	۲۶
۴۱	۱۶	۷۱٪	۵۷

۴- توزیع سنی والدین افسرده (جدول ۳)

همانطور که در جدول مشاهده می‌گردد والدین افسرده تقریباً توزیع سنی یکسانی داشته‌اند و فقط در سن بالای ۵۰ سال در دو مورد از پدران

تعیین افسردگی و شدت آن از دو آزمون روانشناختی MMPI و Beck استفاده شد.

با وجود سعی و کوششی که شد پاسخ بعضی از آزمودنیها مخدوش و قابل اعتماد نبود و ۷ نفر از آزمونها حذف شدند. البته برای اینکه نتایج آماری در هر روش ارزیابی بطور جداگانه مورد بررسی قرار گیرد تعداد افراد آزمودنی در هر روش متفاوت می‌باشد. بدین صورت که در ارزیابی با MMPI ۵۶ نفر و در آزمون Beck ۵۸ نفر قابل ارزیابی بودند. پس از تکمیل عملیات اجرایی، تفسیر آزمونها توسط روانشناس بالینی انجام شد که با استفاده از آزمون MMPI افسردگی و با استفاده از آزمون Beck افسردگی و شدت آن مشخص شد.

نتایج:

۱- شیوع افسردگی بر اساس ارزیابی بالینی (جدول ۱)

از ۶۶ نفری که مورد ارزیابی بالینی قرار گرفتند ۵۶ نفر معادل ۸۴٪ علائم افسردگی را از خود نشان دادند. بدین ترتیب که از ۳۴ مادر ۳۰ مادر معادل ۸۸٪ و از ۳۲ پدر ۲۶ نفر معادل ۸۱٪ علائم افسردگی را از خود نشان دادند.

۲- شیوع افسردگی بر اساس آزمون MMPI (جدول ۱)

از ۵۷ نفری که مورد ارزیابی قرار گرفتند ۴۱ نفر معادل ۷۱٪ علائم افسردگی را از خود نشان دادند بدین ترتیب که از ۳۱ مادر ۲۰ مورد معادل ۶۴٪ و

برای تعیین اینکه چه نوع خدمات روانپزشکی برای جامعه لازم است. ضروری است بدانیم که شیوع اختلالات روانی در جمعیت چقدر است (۱)، تعیین شیوع اختلالات روانی در جامعه به طور دقیق مشکل است اما تخمین‌های تقریبی هم برای طرح‌ریزی خدمات کافی است. واکنشهای اضطرابی و افسردگی گذرا در مقابل شرایط استرس‌آمیز از شایعترین تشخیص‌ها در روانپزشکی می‌باشد بسیاری از مبتلایان به واکنشهای حاد در مقابل استرس یا اختلالات انطباقی از پزشکان کمک نمی‌گیرند. اکثر اختلالات روانی مراجعین را می‌توان بطور موفقیت‌آمیز در مراقبت اولیه درمان کرد.

اکثر اختلالات انطباقی (بیشترین تشخیص در مورد آزمودنیهای این تحقیق) اختلالات اضطرابی و افسردگی نه چندان شدید می‌باشند. نتیجتاً پیش‌بینی‌های لازم برای درمان روانپزشکی در مراقبت اولیه عمدتاً عبارتند از مشاوره، رفتار درمانی ساده و تجویز دارو، علاوه بر پزشکان عمومی با کم و بیش آموزش اضافی، پرستاران شاغل در بیمارستانها نیز می‌توانند در مشاوره بیماراران مبتلا به اختلالات روانی کمک کنند.

باتوجه به نتایج حاصله در این تحقیق که به وضوح شیوع حدود ۳ تا ۴ برابر افسردگی را بین والدینی که دارای فرزند مبتلا به بدخیمی هستند را نشان می‌دهد به نظر می‌رسد توجه و اقدام عملی به مطالب بیان شده در این بحث را بیش از پیش ضروری می‌سازد توجه به عوامل خطرزا برای ایجاد افسردگی در والدین کودکان مبتلاء به سرطان از جمله سن و طول زمان بیماری فرزند توسط پزشک معالج کودک و درخواست به موقع

افسردگی مشاهده شد و در این سن مادر افسرده‌ای مشاهده نشد بالاترین شیوع افسردگی در رده سنی ۳۹-۳۰ در پدران و مادران بوده است.

۵- توزیع شیوع افسردگی از نظر طول مدت زمانی که والدین متوجه تشخیص بیماری فرزندشان شده‌اند. (جدول ۴)

همانگونه که ملاحظه می‌گردد از والدینی که ۶ ماه پس از اطلاع از بیماری فرزندشان گذشته ۷۳٪ را مادران و بقیه را پدران و همچنین در مدت ۲۴-۱۸ ماه نیز مادران با ۸۳٪ و پدران با ۱۷٪ میزان شیوع افسردگی را در طول مدت زمان ذکر شده نشان می‌دهد ولی در بقیه زمانها نسبت پدران بیش از مادران می‌باشد.

#### بحث:

مراقبت و بهداشت روانی در جامعه با چهار رویکرد مهم مشخص می‌شود. اول پیشگیری از بروز اختلالات روانی، دوم درمان به موقع اختلال روانی حاد و سوم بازتوانی بیماران مزمن و چهارم ارتقاء سطح سلامتی، این مراقبتها، دارای اصول مشترکی می‌باشد که عبارتند از: مسئولیت برای جمعیتی معین، تدارک درمان در نزدیکترین محل و در اسرع وقت، خدمات جامع و تداوم مراقبت و بکارگیری تیم درمانی چند تخصصی<sup>۱</sup> از ضرورتهای الزامی می‌باشد. در کشورهای پیشرفته و نیز (WHO)<sup>۲</sup> تاکید زیادی بر پیشگیری و درمان به موقع به منظور اجتناب از نیاز به پذیرش در بیمارستان به عمل آمده است.

1- Multidisciplinary

2- World Health Organization

جدول ۳: شدت افسردگی بر اساس آزمون Beck

جمع	درصد	شدید	درصد	متوسط	درصد	خفیف	
۱۴	۴۲/۸۵	۶	۲۱/۴۳	۳	۳۵/۷۱	۵	مادر
۱۳	۴۶/۱۶	۶	۲۳/۰۷	۳	۳۰/۷۷	۴	پدر
۲۷	۴۴/۴۴	۱۲	۲۲/۲۲	۶	۳۳/۳۳	۹	جمع

جدول ۴: توزیع سنی والدین افسرده

سن	مادر	درصد	پدر	درصد	جمع
<۱۹	-	-	-	-	-
۲۰-۲۹	۵	۲۲/۷۲	۴	۱۸/۸	۹
۳۰-۳۹	۱۰	۴۵/۴۵	۹	۴۰/۹	۱۹
۴۰-۴۹	۷	۳۱/۸۱	۷	۳۱/۸۱	۱۴
>۵۰	-	-	۲	۹/۰۹	۲
جمع	۲۲	۱۰۰	۲۲	۱۰۰	۴۲

جدول ۵: شیوع افسردگی بر اساس مدت زمانی که والدین متوجه تشخیص نوع بیماری فرزندشان شده‌اند.

مدت به ماه	مادر	درصد	پدر	درصد	جمع
<۶	۸	۳۸/۰۹	۳	۱۴/۲۸	۱۱
۶-۱۲	۴	۱۹/۰۴	۸	۳۸/۰۹	۱۲
۱۲-۱۸	-	-	۱	۴/۷۶	۱
۱۸-۲۴	۵	۲۳/۸	۱	۴/۷۶	۶
۲۴-۳۰	۱	۴/۷۶	۳	۱۴/۲۸	۴
۳۰-۳۶	-	-	-	-	-
۳۶	۳	۱۴/۲۸	۵	۲۳/۸۰	۸
جمع	۲۲	۱۰۰	۲۱	۱۰۰	۴۲

و در نهایت مهمترین نتیجه‌ای که از این تحقیق می‌توان گرفت این است که: تشخیص و درمان

برای مشاوره روانپزشکی برای والدین به نظر می‌رسد به عنوان یک اصل مهم باید مد نظر باشد

وابسته به دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز  
کمال تشکر را دارم.

#### منابع

- 1- Gelder M. Gath D. Mayon R. Cowen Ph. Oxford Text book of psychiatry third edition 1996, 358-393
- 2- Kaplan IH. Sodoch JB. Synopsis of psychiatry 8<sup>th</sup> ed. 1997, 72-818.
- 3- Behrman RE. Kliegman MR. Nelson EW, Vaughan CV. Nelson text book of pediatrics 16<sup>th</sup> ed. 2000, PP: 467-1537.
- 4- Pizzo A. Poplack GD. Principle of pediatric oncology second ed. 1993, PP: 1141-1201.
- 5- Stuber M, Christ.kis D, Uskamp B, Kazak A-E, Post Traumatic symptom in childhood leukemia a survivors and their parent. J. of American Adoles cent Psychiatry 1998. 40(12), 1856 – 1860.
- 6- Barakat L-P, Medadowsann T, Casey-Rosemarry M, Meeske KS, Margarel L.J. of Ped. Psychology, 1997, Dec, Vol 22 (6) 843-859.
- ۷- نازنین واعظ زاده - زهرا اسماعیلی - بررسی مشکلات روانی اجتماعی مادران کودکان مبتلا به لوسمی در بخشها و درمانگاههای وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران ۱۳۷۲ مجله آموزشی - پژوهشی دانشکده پرستاری مامایی ساری سال دوم - شماره ۲- بهار ۱۳۸۱.
- 8- Sawyer M, Antonrou G, Toogood I, Ric. M: J. of AmeERICAN Adolescent psychiatry 1997 36(12) 1736- 1743.

بدخیمی‌های کودکان نیازمند تلاش یک تیم هماهنگ واجد تخصصهای گوناگون است. چنین تیمی اغلب در مرکز تخصصی سرطان کودکان متشکل از انکولوژیست، جراح، متخصص پرتو درمانی، متخصص شیمی درمانی، اپیدمیولوژیست، مدد کار اجتماعی، پرستار انکولوژی، روانشناس و روانپزشک می‌باشد.

به کارگیری خدمات روانپزشکی برای بیمارستانهای عمومی و بخشهای تخصصی دیگر و فعال کردن خدمات روانپزشکی (Consultation-Liasion-Service) که به سرعت در حال گسترش است. یکی از ضرورت‌های مهم است که تا کنون کمتر به آن پرداخته شده است. همکاری تیمهای تخصصی مختلف با استفاده از خدمات روانپزشکی شیوه‌ای است که به سرعت در حال گسترش است و امیدواریم که این تحقیق ضرورت تشکیل تیم‌های درمانی با حضور روانپزشک و روانشناسان توسط مسئولین درمانی را بیش از پیش روشن کرده باشد.

#### تشکر

در پایان از همکار ارجمند خانم نعمت پور<sup>۱</sup> که در تجزیه و تحلیل آزمونهای روانشناختی نهایت همکاری را با محقق داشته‌اند و آقای دکتر منصور ترابی‌نیا<sup>۲</sup> که در تهیه پرسشنامه و تکمیل آزمون Beck کمک کرده‌اند و همچنین کلیه پرسنل و اساتید محترم بخش انکولوژی بیمارستان شفا

۱- مربی روانشناسی بالینی و عضو هیئت علمی گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور اهواز  
۲- دستیار روانپزشکی