

مقایسه افسردگی کودکان و نوجوانان مبتلا به سرطان با کودکان و نوجوانان سالم

مهدیه عطری فرد^{۱*}، علیرضا ظهیرالدین^۲، شیدا دیبایی^۳، غزال زاهد^۴

تاریخ دریافت 1392/08/29 تاریخ پذیرش 1392/10/28

چکیده

پیش زمینه و هدف: سرطان بیماری مزمنی است که کودک و نوجوان مبتلا به آن، با مسائل و مشکلات فراوانی روبروست. از جمله عوامل روان شناختی مؤثر در این زمینه، افسردگی می باشد که مقایسه افسردگی کودکان و نوجوانان مبتلا به سرطان با کودکان و نوجوانان سالم، به منظور کمک به این بیماران و نشان دادن ضرورت مداخلات روان شناختی لازم، هدف مطالعه حاضر است.

مواد و روش ها: روش مطالعه حاضر از نوع علی - مقایسه ای می باشد. در این مطالعه، از میان کودکان و نوجوانان ۸-۱۷ ساله مراجعه کننده به مؤسسه محک، ۶۵ نفر و از بین کودکان و نوجوانان سالم نیز، ۶۴ نفر براساس روش نمونه گیری در دسترس انتخاب گردیدند و همه آنان «مقیاس افسردگی کودکان» را تکمیل نمودند.

یافته ها: با توجه به یافته های پژوهش حاضر، میانگین نمره افسردگی در کودکان و نوجوانان مبتلا به سرطان (۱۱/۴۲) از کودکان و نوجوانان سالم (۸/۴۲) به طور معنی داری ($P < 0/05$) بالاتر بود. همچنین نتایج نشان داد که بین میانگین افسردگی دختران مبتلا به سرطان (۱۲/۰۸) و دختران سالم (۷/۸۷)، تفاوت معنی دار ($P < 0/05$) وجود دارد ولی بین میانگین افسردگی پسران مبتلا به سرطان (۱۰/۷۸) و پسران سالم (۸/۹۹)، تفاوت معنی داری ($P > 0/05$) وجود ندارد. **بحث و نتیجه گیری:** نتایج مطالعه حاضر بیانگر آن است که افسردگی در کودکان و نوجوانان مبتلا به سرطان، بالاتر از کودکان و نوجوانان سالم بوده که این امر می تواند در روند بیماری و بهبود آن تداخل ایجاد نماید؛ لذا مداخلات روان شناختی مؤثر، در جهت کاهش افسردگی در این بیماران ضروری به نظر می رسد. **کلید واژه ها:** افسردگی، کودکان و نوجوانان مبتلا به سرطان، کودکان و نوجوانان سالم

مجله پزشکی ارومیه، دوره بیست و پنجم، شماره اول، ص ۳۱-۲۱، فروردین ۱۳۹۳

آدرس مکاتبه: مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، خیابان شهید مدنی، بیمارستان امام حسین (ع)، تلفن: ۷۷۵۵۳۰۷۴-۰۲۱

Email: atri58@yahoo.com

مقدمه

بیماری های مزمن، به عنوان شرایطی در نظر گرفته می شوند که مقابله با آنها، بسیج امکانات فرد از جمله تجهیزات روان شناختی وی را در بر می گیرند. در میان بیماری های مزمن، سرطان بیماری سختی است (۱) که مسائل و آسیب شناسی های روان شناختی همواره با آن همراه است. به هر حال، تشخیص سرطان، استرس قابل ملاحظه ای را ایجاد می کند و ممکن است منجر به واکنش های روان شناختی ناسازگارانه حاد یا مزمن شود (۲) از بین مشکلات روان شناختی می توان به افسردگی اشاره کرد. در این راستا، نشان داده است

که افسردگی مرتبط با سرطان، پاسخ عاطفی آسیب زا به عدم طبیعی بودن و دنیای شخصی فرد، در پی تشخیص، درمان یا مسائل قریب الوقوع آن است (۳). یکی از زیر گروه های سنی مبتلا به سرطان، گروه سنی کودکان و نوجوانان است. پژوهش نشان می دهد که شیوع سرطان در کودکان ایرانی ۱/۴ درصد است (۴). همچنین، شیوع افسردگی در کودکان ایرانی به طور کلی، از ۲/۳ درصد تا ۵۹ درصد گزارش شده است (۵) و این در حالی است که شیوع افسردگی در کودکان و نوجوانان مبتلا به سرطان در ایران بررسی و گزارش نشده است.

^۱ دکترای تخصصی روانشناسی، مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی (نویسنده مسئول)

^۲ روانپزشک، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

^۳ دانشجوی دکترای روانشناسی دانشگاه تربیت مدرس

^۴ فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

و مداخله این نشانه‌ها ممکن است دارای معانی ضمنی مهمی برای خدمات روان‌شناختی باشد (۱۸).

علاوه بر آنچه گفته شد، این را باید در نظر داشت که در سرطان کودکان، علاوه بر آنچه در پدیده سرطان به طور کلی مشهود است و بدان اشاره گردید، کودکان مبتلا، در سن پایینی با مرگ روبه‌رو می‌شوند؛ در حالی که کودکان هم‌سن آن‌ها شانس زندگی آرام در نقطه‌ای از این دنیا را دارا هستند. از سویی دیگر، یک کودک مبتلا به سرطان، کودکان هم‌سن و سال خودش را که در حال درمان سرطان هستند و فوت می‌کنند، می‌شناسد. هرچند که اکثر والدین سعی می‌کنند کودک خود را از روبه‌رو شدن با چنین وقایعی دور نگه دارند، اما کودکان و نوجوانان با آن‌ها دست به گریبان هستند.

علاوه بر کودکی و اهمیت مسائل آن که بدان پرداخته شد، نوجوانی نیز، دوره‌ای است که کلاً با تغییر مشخص می‌شود، زمانی که فرد دارد تلاش می‌کند تا مستقل شود و یک خودپنداره پخته از خودش و نیز روابطش را شکل دهد. رویارویی با سرطان، طی این دوره از زندگی، ممکن است به طور خاص، چالش‌آور باشد (۱۹). در این دوره، بنا نهادن حس خود و هویت نقش جنسی، تمرکز بر روی ظاهر و خود انگاره، تحول اخلاقی، تنظیم اهداف آینده، علاوه بر رشد استقلال، و افزایش رابطه با همسالان، تکالیف تحولی خاص این دوره هستند (۲۰) که ممکن است تحت تأثیر تشخیص سرطان و درمان متعاقب آن قرار گیرند (۲۱). به خاطر بستری‌های طولانی و فراوان در بیمارستان، درمان‌های چند بعدی تهاجمی (خشن)، و آثار جانبی مختل کننده، نوجوانان غالباً به شدت به والدینشان وابسته می‌شوند، و بنابراین از همسالانشان منزوی می‌شوند، به رغم اینکه تحول استقلال و رابطه با همسالان، سنگ بناهای مهم این دوره هستند. با این وجود، آثار جنبی درمان، مثل ریزش موها، تهوع، تغییرات پوستی، درد و بی‌خوابی (۲۲)، می‌تواند شدیداً چالش‌آور باشد و ممکن است برای مثال، بر تحول تصویر بدنی و هویت جنسی (۲۳) اثر بگذارد و حرمت خود پایین و اضطراب اجتماعی ایجاد کند (۲۴). حتی سال‌ها بعد از تکمیل موفق درمان طبی، باقی ماندگان زیادی از سرطان نوجوانی مجبورند که با پیامدهای چندگانه مثل اختلال شناختی، ناباروری، تغییرات دوره‌ای در تحول و رشد یا آسیب‌های سیستم بدنی روبه‌رو شوند (۲۵).

در مجموع، بیماری‌های مزمن و تهدیدکننده زندگی کودکان و نوجوانان، چالش‌هایی که در زمینه تکالیف اساسی تحول کودکان و نوجوانان وجود دارد را تشدید می‌کنند. خودمختاری، روابط با همسالان و جهت‌گیری آینده، از سوی دیگر عوامل وابسته به نقش بیمار و گاه درمان‌هایی که کودک یا نوجوان را از

در این راستا، ویلسون و همکاران (۶) اظهار می‌دارند که میزان شیوع مشکلات سلامت روان در بین بیماران سرطانی، به طور گسترده بسته به جمعیت بیماران مورد مطالعه، ملاک‌های تشخیص به‌کاربرده شده، و روش ارزیابی (خودگزارش دهی در برابر مصاحبه ساختار یافته)، متفاوت است. اسپیکر^۱ و همکاران نیز نشان می‌دهند که شیوع افسردگی در بیماران سرطانی، در بین مطالعات، بسیار متفاوت است و در دامنه‌ای از ۰ تا ۴۹ درصد قرار دارد (۷).

در رابطه با تأثیر افسردگی بر فرآیند بیماری، نیوپورت^۲ و نمروف^۳ اظهار می‌کنند که بیماران مبتلا به سرطان که افسرده‌اند، کیفیت زندگی پایینی را تجربه می‌کنند، کمتر از مراقبت‌های درمانی پیروی می‌کنند و بستری شدن‌های طولانی‌تری دارند و نرخ مرگ در آن‌ها بالاتر است (۸). در این رابطه، پژوهش‌ها نشان داده‌اند که بیماری‌های روانی مانند افسردگی و اضطراب و وابستگی به مواد، در افرادی که از بیماری‌های جسمی رنج می‌برند، موجب عدم پذیرش و شکست برنامه‌های درمانی می‌شود (۹) و گزارش شده است که افراد مبتلا به افسردگی و اضطراب، عملکرد جسمی مختل، روزهای بستری بیشتر و استفاده بیشتر از سرویس‌های درمانی دارند (۱۰). مک دنیل^۴ و همکاران نیز مدعی هستند که تغییرات روان‌شناختی ناشی از تشخیص سرطان تاحدی به خاطر این حقیقت است که بعضی از مشخصه‌ترین ویژگی‌های جسمانی افسردگی (خستگی، فقدان اشتها، و اغتشاش خواب) در میان بعضی بیماران سرطانی، به عنوان اثری از بیماری و یا درمانشان است ولی در بعضی دیگر، این‌گونه نیست (۱۱). پژوهش‌های اولیه در حیطه سرطان نیز نشان داده‌اند که سطوح پایین حمایت اجتماعی، گرایش به ناامیدی و سرکوب هیجان‌های منفی و وجود رویدادهای تنیدگی‌زای زندگی، عواملی هستند که می‌توانند پیشرفت غده سرطانی را سرعت ببخشند (۱۲). بیماران سرطانی افسرده معمولاً کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی کاهش یافته (۱۳) و سطوح بالای خستگی و رخوت (۱۴) را گزارش می‌کنند. ضمناً افسردگی درمان نشده می‌تواند منجر به مشکلاتی در کنترل نشانه، توانایی مختل شده در تصمیم‌گیری‌های درمانی، اطاعت ضعیف از درمان، تعامل اجتماعی ضعیف و کیفیت مختل شده زندگی شود (۱۵). پژوهش‌های قبلی نیز نشان داده‌اند که بیماران سرطانی، افکار مزاحم منفی را تجربه می‌کنند (۱۶) که با پریشانی روان‌شناختی، اضطراب و سازگاری غیر انطباقی مرتبط است (۱۷). بنابراین ارزیابی

¹ Spijker

² Newport

³ Nemeroff

⁴ Mc Daniel

پژوهش حاضر، مقایسه افسردگی کودکان و نوجوانان مبتلا به سرطان با کودکان و نوجوانان سالم است.

مواد و روش‌ها

جامعه آماری مطالعه حاضر که از نوع علی - مقایسه‌ای می‌باشد، شامل کودکان و نوجوان مبتلا به سرطان ۸-۱۷ ساله، و کودکان و نوجوانان سالم ۸-۱۷ ساله شهر تهران است. انتخاب گروه بیمار از بین مراجعین به مؤسسه محک انجام شده است. نمونه‌گیری براساس روش نمونه‌گیری در دسترس بوده است. البته لازم به توضیح است که گروه سالم هم با توجه به تطابق ویژگی‌های جمعیت شناختی سن و جنس با گروه بیمار انتخاب شده‌اند. از آنجا که دلاور (۳۳) حداقل حجم گروه نمونه را برای مطالعات علی-مقایسه‌ای، در هر گروه، ۱۵ نفر توصیه کرده است و با توجه به اینکه در این مطالعه ۴ مقایسه در قالب مطالعه علی-مقایسه‌ای، انجام شده است، بنابراین برای هر مقایسه، حجم نمونه ۱۵ نفر در نظر گرفته شده، لذا حداقل گروه نمونه برای کودکان و نوجوان سرطانی، ۶۰ نفر و برای کودکان و نوجوان سالم، هم ۶۰ نفر می‌باشد که در این مطالعه ۶۴ کودک و نوجوان سالم (۳۲ دختر و ۳۲ پسر) با میانگین سنی ۱۱/۲۸ و انحراف معیار ۱/۹۶ و ۶۵ کودک و نوجوان مبتلا به سرطان (۳۳ دختر و ۳۲ پسر) با میانگین سنی ۱۱/۲۸ و انحراف معیار ۱/۹۴ مورد مطالعه قرار گرفتند.

لازم به ذکر است که برای جمع آوری اطلاعات از پرسشنامه‌های دموگرافیک و «مقیاس افسردگی کودکان»^۱ (CDS) استفاده شده است. CDS توسط جان‌بزرگی (۳۴) ساخته شده است و تنها پرسشنامه‌ای ایرانی است که بر اساس DSM ساخته شده و منطبق بر جامعه کودکان و نوجوانان ایرانی می‌باشد. شامل آیتم‌هایی است که در ۱۳ قسمت گنجانده شده است. نمره‌گذاری بر اساس روش لیکرت، از ۰ تا ۴ برای محورهای ۱ تا ۱۲ و برای محور ۱۳، به صورت ۰ و ۱ است. برای به‌دست آوردن نمره‌ی کل، نمره‌ها در محور ۱۳ جمع و تقسیم بر ۹ می‌شوند و سپس عدد حاصل با نمره‌ی محورهای دیگر جمع می‌گردد. در این پرسشنامه، نمره بالاتر از ۹ نشانه افسردگی است. جان‌بزرگی و مستخدمین حسینی ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۸۴ بدست آورده‌اند (۳۴).

نحوه اجرای مطالعه هم بدین ترتیب بود که پس از تصویب طرح و اخذ قرارداد و معرفی‌نامه از مؤسسه محک، آزمودنی‌ها آموزش دیده به تکمیل و اجرای پرسشنامه‌ها اقدام نمودند. در این

اجتماع جدا می‌کند و نیز عدم اطمینان از بهبود یا عود نکردن بیماری، شرایط را بسیار پیچیده می‌سازد (۲۶).

بانکی و همکاران (۲۷) طی مطالعه‌ای بر روی نوجوانان مبتلا به سرطان در نمونه ایرانی اظهار می‌دارند استفاده از راهبردهای مقابله‌ای خاص، می‌تواند در بروز احتمالی افسردگی در بیماری‌های مزمن و سرطان، مؤثر باشد. فرانش و همکاران (۲۸) نیز در مطالعه‌شان نشان دادند که کیفیت زندگی کودکان مبتلا به سرطان تحت شیمی درمانی، براساس گزارش خود کودکان و والدینشان، پایین‌تر از کودکان مبتلا به سرطانی بود که درمانشان قطع شده است. سنجر و همکاران (۲۹) نیز طی مطالعه‌ای بر روی نوجوانان ۱۱ تا ۱۷ ساله مبتلا به سرطان شهر تهران، نشان دادند که بین مقایسه کارآمد و ناکارآمد با سرطان در نوجوان مبتلا و والدینشان رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد.

فن و ایزر (۳۰) نیز در مطالعه مروری خود نشان داده‌اند که تغییرات در تصویر بدنی در کودکان و نوجوانان مبتلا به سرطان، معنای ضمنی نامطلوبی برای حرمت خود و سازگاری آن‌ها دارد که این تأثیر با حمایت اجتماعی می‌تواند تعدیل شود. ماتیزو و همکاران (۳۱) هم اظهار می‌دارند که یافته‌هایشان نشان می‌دهد که در مطالعه آن‌ها، کودکان دارای غده سرطانی بدخیم، نسبت به همسالان سالمشان، نمرات بالاتری در افسردگی ندارند، درحالی‌که زمینه یابی‌های قبل از آن‌ها تأیید می‌کنند که کودکان مبتلا به سرطان، بیشتر در خطر افسردگی قرار دارند.

با توجه به آنچه گفته شد و نظر به اینکه بررسی مسائل کودکان و نوجوانانی که دارای مشکلات جسمانی هستند در حوزه روان‌شناسی، در دهه‌های اخیر از اهمیت برجسته‌ای برخوردار شده است، آغاز این بررسی‌ها در ایران می‌تواند فضای مداخلات روان‌شناختی را برای این قشر آسیب‌پذیر، فراهم کند و روند درمان بیماری و سازگاری با مراحل آن را برای بیماران مذکور تسهیل نماید و متخصصان دخیل در امر سلامت کودکان و نوجوانان را در همان ابتدای امر، یعنی شروع درمان، متوجه اهمیت در نظر گرفتن عوامل روان‌شناختی کرده که به نوبه خود، موجب بکار گرفتن درمان‌های مؤثر خواهد شد. چه، از یکسو، اکثر مطالعات انجام شده، به واری شرایط روان‌شناختی بزرگسالان مبتلا پرداخته، و از سوی دیگر، درمان‌های جایگزین مثل درمان‌های روان‌شناختی برای بیماران مبتلا به سرطان، می‌تواند منجر به تسکین نشانه‌ها، کاهش درد و بهبود کیفیت زندگی آن‌ها گردد (۳۲). لذا بررسی میزان افسردگی در کودکان و نوجوانان مبتلا به سرطان در جهت تصریح لزوم مداخلات روان‌شناختی و روان‌پزشکی برای این اختلالات در بخش‌های مربوطه، امری الزامی است. بنابراین، هدف

¹ Child Depression Scale (CDS)

در این پژوهش داده‌های به دست آمده با استفاده از نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. لازم به ذکر است که علاوه بر آمار توصیفی، از آزمون t مستقل برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شده است.

یافته‌ها

با توجه به اینکه موضوع پژوهش حاضر بررسی مقایسه‌ای افسردگی در کودکان و نوجوانان مبتلا به سرطان با کودکان و نوجوانان سالم می‌باشد، در این بخش، نتایج تجزیه و تحلیل‌های بدست آمده ارائه می‌شود. لازم به ذکر است که در ابتدا یافته‌های توصیفی و سپس نتایج آمار استنباطی ارائه می‌شود.

راستا، آزمونگران پس از معرفی خود به خانواده‌های مراجعه کننده به مؤسسه محک که فرزندشان تحت درمان قرار داشتند، رضایت آن‌ها را برای تکمیل پرسشنامه‌ها توسط فرزندانشان جلب کرده و سپس با مراجعه به کودکان و نوجوانانی که خود و والدینشان حاضر به همکاری، از آن‌ها درخواست شد تا به پرسش‌ها پاسخ بدهند. در همین راستا، در بخش گروه گواه هم به همان تعداد کودک و نوجوان مبتلا به سرطان و براساس هم‌تاسازی ویژگی‌های جمعیت شناختی، سن و جنس، کودک و نوجوان سالم انتخاب و بعد از جمع‌آوری پرسشنامه‌های پر شده، داده‌ها را وارد نرم‌افزار SPSS کرده و سپس تحلیل‌های آماری مربوطه (آمار توصیفی و آزمون t مستقل) به کمک آن انجام شد.

جدول (۱): شاخص‌های توصیفی پرسشنامه افسردگی کودکان در گروه سالم (دختر $n=32$ ، پسر $n=32$) و گروه مبتلا به سرطان (دختر $n=33$ ، پسر $n=32$)

شاخص	میانگین	انحراف معیار	میانه	نما	چولگی	کشیدگی	کمینه	بیشینه
مقیاس گروه جنس								
سالم دختر	۷/۸۷	۲/۴۱	۸/۸۸	۱۰/۰۰	-۰/۸۵	-۰/۴۴	۲/۲۲	۱۰/۰۰
CDS پسر	۸/۹۹	۱/۵۰	۱۰/۰۰	۱۰/۰۰	-۲/۰۹	۵/۴۱	۳/۳۳	۱۰/۰۰
بیمار پسر	۱۰/۷۸	۶/۹۵	۱۰/۰۰	۳/۰۰	۰/۸۷	۰/۳۲	۰/۰۰	۲۷/۵۶
دختر	۱۲/۰۸	۱۰/۰۰	۹/۴۴	۰/۰۰	۰/۹۱	۰/۱۲	۰/۰۰	۳۷/۸۹

نشان می‌دهد، که میانگین افسردگی در دختران و پسران مبتلا به سرطان بالاتر از میانگین افسردگی در دختران و پسران سالم می‌باشد. لازم به ذکر است که آزمون معنی‌داری این تفاوت‌ها در بخش بعدی ارائه می‌شود.

همان‌طور که نتایج جدول فوق نشان می‌دهد، میانگین افسردگی در پسرهای سالم بالاتر از دخترهای سالم بوده است و میانگین افسردگی در دخترهای مبتلا به سرطان بالاتر از پسرهای مبتلا به سرطان بوده است. در مجموع، مقایسه نتایج جدول ۱

جدول (۲): نتایج مربوط به تفاوت نمره پرسشنامه افسردگی کودکان در گروه کودکان مبتلا به سرطان (دختر $n=32$ و پسر $n=33$) در دو گروه سالم ($n=64$) و مبتلا به سرطان ($n=65$)؛ در دختران سالم ($n=32$) و مبتلا به سرطان ($n=32$)؛ در پسران سالم ($n=32$) و سرطانی ($n=33$)

شاخص	فراوانی	میانگین	انحراف معیار	t	p
مقیاس گروه					
دختر مبتلا به سرطان	۳۲	۱۲/۰۸	۱۰/۰۰	۰/۶۰	$P>0.05$
پسر مبتلا به سرطان	۳۳	۱۰/۷۸	۶/۹۵		
گروه سالم	۶۴	۸/۴۲	۲/۰۷	-۲/۷۳	$P<0.05$ *
CDS گروه مبتلا به سرطان	۶۵	۱۱/۴۲	۸/۵۵		
دختران سالم	۳۲	۷/۸۴	۲/۴۱	-۲/۳۲	$P<0.05$ *
دختران مبتلا به سرطان	۳۲	۱۲/۰۸	۱۰/۰۰		
پسران سالم	۳۲	۸/۹۹	۱/۵۰	-۱/۴۲	$P>0.05$
پسران مبتلا به سرطان	۳۳	۱۰/۷۸	۶/۹۵		

* نشانگر معنی‌داری t مشاهده شده است.

همان‌طور که نتایج جدول فوق نشان می‌دهد، بین افسردگی کودکان و نوجوانان دختر و پسر مبتلا به سرطان تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. میانگین افسردگی در گروه کودکان و نوجوانان مبتلا به سرطان، به طور معنی‌داری از کودکان و نوجوانان سالم، بالاتر است. میانگین افسردگی کودکان و نوجوانان دختر مبتلا به سرطان از کودکان و نوجوانان دختر سالم به طور معنی‌داری بالاتر است. بین افسردگی کودکان و نوجوانان پسر مبتلا به سرطان و پسر سالم نیز تفاوت معنی‌داری وجود ندارد.

بحث

ابتلا به یک بیماری تهدیدکننده زندگی، تجربه‌ای است که ممکن است اثر دائمی بر شخص بگذارد (۳۵). تشخیص سرطان می‌تواند منجر به پریشانی روان‌شناختی شود. معمول‌ترین پاسخ‌ها، مشکلات سازگاری هستند که اضطراب و افسردگی، رایج‌ترین آن‌ها می‌باشند (۳۶). تا جایی که پژوهش نشان می‌دهد که اگرچه، پریشانی روان‌شناختی اکثر بیماران طی زمان کاهش می‌یابد، ۲۰ تا ۳۰ درصد از آن‌ها، سطوح فزاینده اضطراب و افسردگی را طی دوره پیگیری تجربه می‌کنند (۳۷).

با توجه به آنچه گفته شد، مطالعه حاضر به بررسی مقایسه‌ای افسردگی در کودکان و نوجوانان مبتلا به سرطان با کودکان و نوجوانان سالم پرداخته است. البته قبل از اشاره به نتایج مطالعه، ذکر این نکته ضروری است که در متون پژوهشی این گرایش وجود دارد که بین سرطان کودکان با نوجوانان تمایزی قائل نشوند و دو گروه سنی، با هم مورد مطالعه قرار گیرند (۱۹).

نتایج این مطالعه نشان داد که میانگین افسردگی در گروه مبتلا به سرطان از گروه سالم، به طور معنی‌داری بالاتر است. یافته مطالعه حاضر ضمن هماهنگی با برخی از پژوهش‌ها و ناهماهنگی با بعضی دیگر که بدان پرداخته می‌شود، بدین ترتیب تبیین می‌گردد که بیماری‌های مزمن و تهدیدکننده زندگی کودکان و نوجوانان، چالش‌هایی که در زمینه تکالیف اساسی تحول کودکان و نوجوانان وجود دارد را تشدید می‌کنند. این چالش‌ها عبارتند از: خودمختاری، روابط با همسالان و جهت‌گیری آینده، از یکسو و از سوی دیگر عوامل وابسته به نقش بیمار و گاه درمان‌هایی که کودک یا نوجوان را از اجتماع جدا می‌کند و نیز عدم اطمینان از بهبود یا عود نکردن بیماری، شرایط را بسیار پیچیده می‌سازد (۳۸). بنابراین رویارویی با چالش‌های مذکور می‌تواند با بروز پدیده افسردگی همراه باشد.

در این راستا، نتیجه پژوهش طولی جورن‌گاردن^۱ و همکاران نیز نشان داده که نوجوانان پس از تشخیص سرطان، سطوح معنی‌دار بالاتری از اضطراب و افسردگی و سطوح معنی‌دار پایین‌تری از سرزندگی و سلامت روانی را نسبت به گروه گواه تجربه می‌کنند (.....). حتی مطالعاتی وجود دارد که نشان می‌دهد نسبت بزرگی از باقی ماندگان سرطان کودکان، مشکلات مرتبط با سلامت روانی را از لحاظ بالینی تجربه می‌کنند (۳۵). همچنین یافته‌هایی وجود دارد که بیانگر آن است که افسردگی و اضطراب زیادی در کودکان مبتلا به سرطان در مقایسه با گروه کنترل، حتی بعد از تکمیل درمان طبی دیده شده است (۳۹). در مطالعه ویسمن^۲ نیز، انزوای اجتماعی، ضایعات جدید و حضور درد از جمله عوامل خطرزا برای سطوح فزاینده افسردگی در میان بیماران سرطانی شناسایی شده است (۴۰). علاوه بر این، گزارش شده است که بازمانده‌های لوسمی اطفال، بیماری هادگکین و لنفوی غیر هادگکین، نسبت به خواهر یا برادر موجود در گروه کنترل، تقریباً ۱/۷-۱/۶ بار احتمالاً نشانه‌های افسردگی را بیشتر تجربه می‌کنند (۴۱). حتی مطالعات نشان می‌دهند که اختلال افسردگی عمده در میان بیماران غیر بستری در سیستم مراقبتی سرطان، معمول است (۴۲). این اختلال با افزایش نشانه‌های عمومی، ناتوانی بیشتر و کاهش کیفیت زندگی (۱۱) و نیز کاهش رضایت تسلیم در برابر درمان پزشکی و نتایج ضعیف درمانی همبستگی دارد (۴۳).

در رابطه با تفاوت بین افسردگی کودکان و نوجوان دختر و پسر مبتلا به سرطان نیز، نتایج مطالعه حاضر بیانگر آن است که با وجود بالاتر بودن میانگین افسردگی در گروه دختران، نسبت به پسران، ولی این تفاوت معنی‌دار نیست. با توجه به اینکه مطالعات انجام شده، به طور مستقیم به افسردگی کودکان مبتلا به سرطان نپرداخته‌اند، بنابراین، در این رابطه می‌توان به مطالعاتی اشاره کرد که بر روی کیفیت زندگی این گروه متمرکزند. البته قبل از پرداخته به این نتایج باید عنوان کرد که مطابق نتایج پژوهش‌ها، کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی، همبستگی منفی بالا و معنی‌داری با مؤلفه افسردگی دارد (۴۴). در هر حال، نتیجه مطالعه حاضر، با توجه به کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی، با بخشی از یافته مطالعه فرانونش و همکاران (۲۸)، در زمینه کیفیت زندگی نمونه‌ای از کودکان دختر و پسر مبتلا به سرطان در جمعیت ایرانی، هماهنگ و با بخشی دیگر ناهماهنگ است. بر اساس نتایج این مطالعه، کیفیت کلی زندگی در دخترها و پسرچه‌های تحت شیمی درمانی، تفاوت معنی‌داری با یکدیگر نداشت. اما کیفیت

¹Jornsgarden

²Weisman

زندگی دختر بچه‌ها، بر اساس گزارش خود کودکان، در زیرمقیاس اضطراب مداخلات و بر اساس گزارش والدین، در زیرمقیاس‌های اضطراب مداخلات، درک ظاهر فیزیکی و برقراری ارتباط به طور معنی‌دار پایین‌تر از پسر بچه‌ها بود. البته در این زمینه، مطالعات خارجی هم نتایج متفاوتی را نشان می‌دهند. به طور مثال، بعضی مطالعات بیانگر آنند که دختر و پسر بچه‌های مبتلا، تفاوت معنی‌داری را در کیفیت زندگی نشان نمی‌دهند (۴۵) و برخی پژوهش‌ها هم نشان می‌دهند پسر بچه‌های مبتلا به سرطان، کیفیت زندگی بالاتری از دختر بچه‌ها داشتند (۴۶). در مجموع، تفاوت نتایج مطالعات مختلف می‌تواند به تفاوت‌های فرهنگی و ابزارهای پژوهشی مربوط باشد. و عدم تفاوت معنی‌دار در افسردگی بین کودکان و نوجوانان دختر و پسر مبتلا به سرطان هم می‌تواند به این دلیل باشد که کودکان و نوجوانان، چه دختر و چه پسر، به طور کلی با چالش‌های مشابهی در زمینه تکالیف اساسی تحول روبرو هستند که این چالش‌ها عبارتند از: خودمختاری، روابط با همسالان و جهت‌گیری آینده. بنابراین، چه دختر و چه پسر مبتلا، از لحاظ مؤلفه افسردگی، کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی و واکنش‌های مشابهی به این بیماری نشان می‌دهند.

بررسی افسردگی کودکان و نوجوان دختر مبتلا به سرطان و کودکان و نوجوان دختر سالم نیز نشان می‌دهد که میانگین افسردگی کودکان و نوجوانان دختر مبتلا به سرطان از کودکان و نوجوانان دختر سالم به طور معنی‌داری بالاتر است که این یافته با نتایج مربوط به تفاوت افسردگی کودکان و نوجوانان سالم و مبتلا به سرطان به طور کلی و تبیین‌های آن همسو می‌باشد.

(یافته چهارم): و در آخر اینکه، واریس تفاوت افسردگی کودکان و نوجوان پسر مبتلا به سرطان و کودکان و نوجوان پسر سالم، نشان می‌دهد که بین افسردگی کودکان و نوجوانان پسر مبتلا به سرطان و پسر سالم تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. در رابطه با این یافته، به نتیجه مطالعه جان بزرگی و مستخدمین می‌توان اشاره کرد که در آن، میانگین افسردگی دختران سنین نوجوانی در جمعیت عمومی، از پسران همسال خود، بالاتر است. بنابراین به همین نسبت می‌توان انتظار داشت که در جمعیت مبتلا به سرطان، افسردگی در کودکان و نوجوانان دختر مبتلا نسبت به دختران سالم بیشتر و در پسران، این تفاوت معنی‌دار نباشد. این یافته از یکسو با نتایج مطالعه آلن^۱ و همکاران هماهنگ است که هیچ تفاوتی بین نوجوانان مبتلا به سرطان و جمعیت کنترل پیدا نکردند (۴۷)، و از سوی دیگر، با یافته مطالعه جورن‌گاردن و همکاران (۳۵) که در زیر بدن پرداخته می‌شود، قابل تبیین است.

در این راستا، پژوهش طولی جورن‌گاردن و همکاران بر روی نوجوانان مبتلا به سرطان نشان داد که نوجوانان پس از تشخیص سرطان، سطوح معنی‌دار بالاتری از اضطراب و افسردگی و سطوح معنی‌دار پایین‌تری از سرزندگی و سلامت روانی را نسبت به گروه گواه تجربه می‌کنند. اما شش ماه پس از تشخیص، نتایج مشابهی برای سرزندگی و سلامت روان مشاهده شد، ولی تفاوت معنی‌داری بین نوجوانان مبتلا به سرطان و گروه گواه، از نظر اضطراب و افسردگی مشاهده نشد. ۱۲ ماه پس از تشخیص سرطان، هیچ تفاوت روان‌شناختی معنی‌داری بین نوجوانان مبتلا به سرطان با نوجوانان به تصادف انتخاب‌شده از جامعه عمومی، دیده نشد (۳۵). این امر با پدیده‌ای که در پیشینه پژوهشی بدان اشاره می‌شود، تبیین می‌گردد. به این ترتیب که تجارب ناخوشایند ممکن است منجر به پیامد مثبتی شوند (۴۸) و پتانسیل تغییر روان‌شناختی مثبت، بر مفهوم رشد تجربه آسیب‌زای گذشته متمرکز است که به عنوان تجربه تغییر مثبت چشمگیر برخاسته از مبارزه با یک بحران عمده زندگی تعریف می‌شود (۴۹). پس با توجه به اینکه در پژوهش حاضر، به خاطر محدودیت‌های اجرایی، کودکان و نوجوانان مبتلا از لحاظ مدت زمان ابتلا همسان نشده‌اند، لذا امکان اینکه این عدم تفاوت به سازگاری روان‌شناختی آن‌ها با بیماری و پیامدهای آن مرتبط باشد، وجود دارد. البته در راستای نتیجه مذکور، آلن و همکاران نیز در مطالعه‌شان، هیچ تفاوتی بین نوجوانانی مبتلا به سرطان و جمعیت کنترل پیدا نکردند (۴۷). ضمناً بریت بارت^۲ (۵۰) اظهار می‌دارد که پریشانی روان‌شناختی، با نوع سرطان و نوع درمان آن فرق می‌کند و نوردین^۳ و همکاران (۵۱) خاطر نشان می‌کنند که نتایج حاصل از مطالعه در یک گروه خاص مبتلا به سرطان، ممکن است بین تنها در همان جمعیت بیماران قابل مقایسه باشد و نباید به فراتر از آن تعمیم داده شود. بنابراین، با توجه به اینکه باز هم به خاطر محدودیت‌های اجرایی، کودکان و نوجوانان مبتلا از لحاظ نوع سرطان و نوع درمان آن هم همگن نمی‌باشند، این یافته و این عدم تفاوت می‌تواند قابل تبیین باشد. و نکته بعدی اینکه برخی عدم تفاوت‌های معنی‌دار به عدم وجود پرسشنامه‌های افسردگی بیمارستانی در گروه‌های سنی کودکی و نوجوانی در گروه ایرانی می‌تواند مربوط باشد.

در هر حال، با توجه به نتایج مطالعه حاضر، پیشینه پژوهشی نشان داده است که اختلالات روان‌شناختی، کنترل نشانه‌های جسمانی بیماری پیشرفته را در بیمارانی که در مرحله نهایی بیماری (آن‌هایی که در مرحله مرگ) هستند نیز مشکل می‌سازد (۵۲) و همچنین بر بهزیستی اجتماعی یا وجودی بیماران

^۲Braitbart^۳Nordin^۱ Allen

اجرای از لحاظ مدت زمان ابتلا به سرطان، عدم امکان همگن کردن گروه مطالعه از لحاظ سطح تحول شناختی کودکان و نوجوانان و بررسی ظرفیت شناختی آن‌ها برای پیش بینی پیامدهای بیماری، عدم همکاری بعضی از کودکان و والدین آن‌ها به خاطر سختی بیماری و دشواری در پاسخ دادن به سؤالات پرسشنامه‌ها و عدم وجود پرسشنامه‌های افسردگی بیمارستانی مربوط به گروه سنی کودکان و نوجوانان در ایران. بر این اساس پیشنهاد می‌گردد که مطالعه‌ای به منظور بررسی افسردگی در گروه سنی کودکان و نوجوانان به صورت مجزا انجام شود، مطالعه‌های مجزا به منظور بررسی افسردگی بر روی گروه همگنی از بیماران مبتلا به سرطان از لحاظ مدت زمان ابتلا انجام شود و پرسشنامه افسردگی بیمارستانی مربوط به سنین کودکی و نوجوانی در گروه ایرانی ابداع گردد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه شهید بهشتی، که بودجه پژوهش حاضر را تأمین نمودند، قدردانی می‌شود.

در این مرحله حساس از زندگی، ممکن است تأثیر بگذارد (۶). حتی نشان داده شده است که افرادی که از سرطان طی دوره نوجوانی، جان به در برده‌اند، خطر فزاینده نشان دادن نشانه‌های استرس پس از ضربه، اضطراب و/یا افسردگی را طی بزرگسالی در مقایسه با گروه کنترل نشان می‌دهند (۵۳). از آنجایی که مشکلاتی مثل خستگی، اضطراب، و افسردگی که با سرطان همراه است می‌تواند اثر منفی بر اطاعت بیمار از درمان، مراقبت و کیفیت زندگی بگذارد، پس لازم است که این مسائل طی بیماری، در یک سبک مؤثر، شناسایی و مدیریت شود (۶). بنابراین، با در نظر گرفتن این نکات، لزوم مداخلات روان‌شناختی طی فرآیند درمان پزشکی این گروه مبتلا، امری الزامی و به جا می‌نماید.

در مجموع، نتایج این مطالعه بیانگر آن است که میانگین افسردگی در کودکان و نوجوانان مبتلا به سرطان از کودکان و نوجوانان سالم و میانگین افسردگی دختران مبتلا به سرطان از دختران سالم، طور معنی‌داری بالاتر است. ضمن اینکه بین میانگین افسردگی پسران مبتلا به سرطان و پسران سالم و دختران و پسران مبتلا به سرطان، تفاوت معنی‌داری وجود ندارد.

در آخر لازم است به محدودیت‌های پژوهش حاضر اشاره کرد که عبارتند از عدم امکان همگن کردن گروه مورد مطالعه به لحاظ محدودیت‌های زمانی و اجرایی از لحاظ نوع سرطان، عدم امکان همگن کردن گروه مورد مطالعه به لحاظ محدودیت‌های زمانی و

References:

1. Sarafino EP. [Health Psychology]. Translators: Mirzaei E, et al. Tehran: Roshd Publications; 2005. (Persian)
2. Seitz DCM, Besier T, Debatin K-M, Grabow D, Dieluweit U, Hinz A, et al. Posttraumatic stress, depression and anxiety among adult long-term survivors of cancer in adolescence. Eur J Cancer 2010;46(9):1596-606.
3. Haig RA. Management of depression in patients with advanced cancer. Med J Aust 1992;156(7):499-503.
4. Mohaghaghi MA, Mosavi-Jarrahi A, Malekzadeh R, Parkin M. Cancer incidence in Tehran metropolis: the first report from the Tehran population-based cancer registry, 1998-2001. Archive Iran Med 2009; 12(1): 15-23.
5. Najarian B. The structure and validity of short form of Child Depression Scale. A by factor analysis. Psychol Res 1995; 3: 24-43. (Persian).
6. Wilson KG, Chochinov HM, de Faye BJ, Breitbart W. Diagnosis and management of depression in palliative care. In: Chochinov HM, Breitbart W, eds. Handbook of psychiatry in palliative medicine. New York, NY: Oxford University Press; 2000.
7. Spijker Avt, Trijsburg WT, Duivenvoorden HJ. Psychological sequelae of cancer diagnosis: a meta-analytical review of 58 studies after 1980. Psychosom Med 1997; 59: 280-93.
8. Newport DJ, Nemeroff CB. Assessment and treatment of depression in the cancer patient. J Psychosom Res 1998;45(3):215-37.
9. WHO. Investing in mental health. Geneva: World Health Organization; 2003.

10. Saravay SM, Lavin M. Psychiatric comorbidity and length of stay in the general hospital. A critical review of outcome studies. *Psychosomatics* 1994; 35(3): 233-53.
11. Mc Daniel J, Musselman D, Porter M, Reed D, Nemeroff C. Depression in patients with cancer: diagnosis, biology and treatment. *Arch Gen Psychiat* 1995; 52: 89-99.
12. Garssen B, Goodkin K. On the role of immunological factors as mediators between psychosocial factors and cancer progression. *Psychiatry Res* 1999;85(1):51-61.
13. Bjordal K, Kaasa S. Psychometric validation of the EORTC core Quality of Life Questionnaire, 30 item version and a diagnosis specific module for head and neck patients. *Acta Oncol* 1992; 311-21.
14. Glaus A, Muller S. Haemoglobin and fatigue in cancer patients: inseparable twins? [Original Title: Hamoglobin und Mudigkeit bei Tumorpatienten: Untrennbare 2000; 130:471-7.
15. Hotopf M, Chidgey J, Addington-Hall J, Ly KL. Depression in advanced disease: a systematic review Part 1. Prevalence and case finding. *Palliat Med* 2002; 16:81-97.
16. Kangas M, Henry JL, Bryant RA. Posttraumatic stress disorder following cancer. A conceptual and empirical review. *Clin Psychol Rev* 2002;22(4):499-524.
17. Matsuoka Y, Nakano T, Inagaki M, Sugawara Y, Akechi T, Imoto S, et al. Cancer-related intrusive thoughts as an indicator of poor psychological adjustment at 3 or more years after breast surgery: a preliminary study. *Breast Cancer Res Treat* 2002;76(2):117-24.
18. Hipkins J, Whitworth M, Tarrier N, Jayson G. Social support, anxiety and depression after chemotherapy for ovarian cancer: a prospective study. *Br J Health Psychol* 2004;9(Pt 4):569-81.
19. Bleyer WA. Cancer in older adolescents and young adults: epidemiology, diagnosis, treatment, survival, and importance of clinical trials. *Med Pediatr Oncol* 2002;38(1):1-10.
20. Havighurst R. Developmental tasks and education. New York: David McKay; 1992.
21. Lewis IJ. Cancer in adolescence. *Br Med Bull* 1996; 52(4):887-97.
22. Bryant R. Managing side effects of childhood cancer treatment. *J Pediatr Nurs* 2003; 18(2):113-25.
23. Roberts CS, Turney ME, Knowles AM. Psychosocial issues of adolescents with cancer. *Soc Work Health Care* 1998; 27(4):3-18.
24. Pendley JS, Dahlquist LM, Dreyer Z. Body image and psychosocial adjustment in adolescent cancer survivors. *J Pediatr Psychol* 1997; 22(1):29-43.
25. Friedman DL, Meadows AT. Late effects of childhood cancer therapy. *Pediatr Clin North Am* 2002; 49(5):1083-106.
26. Stuber ML, Seacord D. Psychiatric Impact of Childhood Cancer. In S. Kreitler & M. Weyl Ben Arush (Eds), *Psychosocial Aspects of Pediatric Oncology*. England: John Wiley & Sons Ltd 2004; P: 211-28.
27. Banki YMA, Abedin AR, Monirpoor N. The Role of Cognitive Variables in Depression of Adolescents with Cancer. *J Health Psychol* 2011; 1(1): 111-34. (Persian)
28. Faranoush M, Shahbabaie Ashtiani MA, Ghorbani R, Mehrvar A, Hedayati Asl AA, Tashvighi M, et al. Assessment of health related quality of life in children and adolescents suffering from cancer on chemotherapy and off treatment. *Koomesh* 2013; 14(2): 215-22. (Persian)
29. Sanjari M, Jafarpour M, Safarabadi T, Hosseini F. Coping with cancer in teenagers and their parents. *Iran J Nurs* 2005; 18 (41, 42): 111-22. (Persian)

30. Fan SH-Y, Eiser C. Body image of children and adolescents with cancer: A systematic review. *Body Image* 2009; 6 (4): 247-56.
31. Matziou V, Perdikaris P, Galanis P, Dousis E, Tzoumakas K. Evaluating depression in a sample of children and adolescents with cancer in Greece. *Int Nurs Rev* 2008; 55(3):314-9.
32. Straub RO. *Health psychology*. New York: Worth publisher; 2002.
33. Delavar A. *The theoretical and practical basis of research in humanities*. Tehran: Roshd Publications; 1995.(Persian)
34. Jan Bozorgi M, Mostakhdemin Hoseini KH. The investigations of prevalence depression in students in Tehran. *Pajoohandeh* 2006; 6: 379-83. (Persian)
35. Jorngarden A, Mattsson E, von Essen L. Health-related quality of life, anxiety and depression among adolescents and young adults with cancer: A prospective longitudinal study. *Eur J Cancer* 2007; 43:1953-8.
36. Glanz K, Lerman C. Psychosocial impact of breast cancer: a critical review. *Behav Med* 1992; 14: 204-12.
37. Nordin K, Glimelius G. Reactions to gastrointestinal cancer-variations of mental adjustments and emotional well-being with time in patients with different prognosis. *Psycho-Oncology* 1998; 7: 413-23.
38. Stuber ML, Seacord D. Psychiatric Impact of Childhood Cancer. In S. Kreitler & M. Weyl Ben Arush (Eds), *Psychosocial Aspects of Pediatric Oncology*. England: John Wiley & Sons Ltd; 2004; P: 211-28.
39. Von Essen L, Enskar K, Kreuger A, Larsson B, Sjode'n PO. Selfesteem, depression and anxiety among Swedish children and adolescents on and off cancer treatment. *Acta Paediatr, Int J Paediatr* 2000; 89(2):229-36.
40. Weisman A. Early diagnosis of vulnerability in caves patients. *Am J Med Sci* 1976; 271: 197-6.
41. Zebrack BJ, Zeltzer LK, Whitton J, Mertens AC, Odom L, Berkow R, et al. Psychological outcomes in long-term survivors of childhood leukemia, Hodgkin's disease, and non-Hodgkin's lymphoma: a report from the Childhood Cancer Survivor Study. *Pediatrics* 2002;110:42-52.
42. Massie MJ. Prevalence of depression in patients with cancer. *J Natl Cancer Inst Monogr* 2004; 32:57-71.
43. DiMatteo MR, Lepper HS, Croghan TW. Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Arch Intern Med* 2000;160(14):2101-7.
44. Nik-Azin A, Naeinian MR, Shairi MR. Validity and Reliability of Health Related Quality of Life Questionnaire "KIDSCREEN-27" in a Sample of Iranian Students. *Iran J Psychiatry Clinical Psychology* 2013; 18(4): 310-21.
45. Baggott CR, Dodd M, Kennedy C, Marina N, Matthay KK, Cooper B, et al. An evaluation of the factors that affect the health-related quality of life of children following myelosuppressive chemotherapy. *Support Care Cancer* 2011;19(3):353-61.
46. Mounir GM, Abolfotouh MA. Assessment of health related quality of life among school children with cancer in Alexandria. *J Egypt Public Health Assoc* 2007; 82: 219-38.
47. Allen R, Newman SP, Souhami RL. Anxiety and depression in adolescent cancer: findings in patients and parents at the time of diagnosis. *Eur J Cancer* 1997; 33(8):1250-5.
48. Calhoun LG, Cann A, Tedeschi RG, McMillan J. A correlational test of the relationship between posttraumatic growth, religion, and cognitive processing. *J Trauma Stress* 2000;13(3):521-7.
49. Calhoun LG, Cann A, Tedeschi RG, McMillan J. A correlational test of the relationship between

- posttraumatic growth, religion, and cognitive processing. *J Trauma Stress* 2000;13:521-7.
50. Breitbart W. Identifying patients at risk for, and treatment of major psychiatric complications of cancer. *Support Care Cancer* 1995;3(1):45-60.
51. Nordin K, Berglund G, Glimelius B, Sjöden PO. Predicting anxiety and depression among cancer patients: a clinical model. *Eur J Cancer* 2001;37(3):376-84.
52. Fainsinger RL, Nekolaichuk CL, Lawlor PG, Neumann CM, Hanson J, Vigano A. A multicenter study of the revised Edmonton Staging System for classifying cancer pain in advanced cancer patients. *J Pain Symptom Manage* 2005; 29:224-37.
53. Tel H, Tel H, Doan S. Fatigue, anxiety and depression in cancer patients. *Neurol Psychiatry Brain Res* 2011;17(2):42-5.

COMPARING DEPRESSION IN CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH CANCER WITH HEALTHY ONES

Mahdyeh Atrifard^{1*}, Alireza Zahiredin², Sheyda Dibaei³, Ghazal Zahed⁴

Received: 20 Nov, 2013; Accepted: 18 Jan, 2014

Abstract

Background & Aims: The cancer is a chronic illness and depression is one of the important psychological factors in its patients. In order to help these patients and show the necessity of needed psychological interventions, this study was aimed to compare depression rate among children and adolescents with cancer and healthy ones.

Materials & Methods: This research was the causal-comparative type research. In this study, 65 children and adolescents 8-17 years old who went to Mahak Institute and 64 healthy children and adolescents were selected by available sampling method and all completed Child and Adolescent Depression Scale.

Results: According to results, the mean of scores of depression in children and adolescents with cancer (11.42) were significantly ($P<0.05$) higher than healthy group (8.42). Also, the results indicated significant difference ($P<0.05$) in the mean of scores of depression between girls with cancer (12.08) and healthy girls (7.87) but there were no significant difference in the mean of scores of depression between boys with cancer (10.78) and healthy boys (8.99).

Conclusion: Depression in children and adolescents with cancer is higher than healthy ones and this matter can disrupt disease development and improvement. Therefore, effective psychological interventions are necessary to reduce depression rate in these patients.

Keywords: Depression, Children and adolescents with cancer, Healthy children and adolescents

Address: Behavioral Sciences Research Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Tel: +98 441 77553074

Email: atri58@yahoo.com

SOURCE: URMIA MED J 2014; 25(31): 20 ISSN: 1027-3727

¹ Ph.D in Psychology, Behavioral Sciences Research Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran (Corresponding Author)

² Psychiatrist, Associate Professor of Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Behavioral Sciences Research Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

³ Ph.D Student of Psychology, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

⁴ Psychiatrist, Associate Professor of Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Behavioral Sciences Research, Tehran