پژوهشی

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره هفدهم شماره ۵۹ مرداد و شهریور سال ۱۳۸۶ (۶۰-۵۱)

بررسی مقایسه ای سلامت روانی مبتلایان بتا تالاسمی ماژور ۱۵ تا ۲۵ ساله مراجعه کننده به بیمارستان بوعلی سینا ساری در بین سال های ۸۴-۱۳۸۲ با گروه شاهد

سید حمزه حسینی (M.D.) *+ **حسن خانی**(M.D.) ** **علیرضا خلیلیان**(Ph.D.)*** **کوروش وحیدشاهی**(M.D.) ****

چکیده

سابقه و هدف: تالاسمی ماژور بیماری ژنتیکی مزمنی است که با علایم و نشانه‌های یک آنمی مزمن و شدید مشخص می‌گردد. مطالعات اندکی در رابطه با جنبه‌های مختلف روانپزشکی این بیماری و نیازهای مشاوره‌ای روانپزشکی و اجتماعی بیماران مذکور در دسترس می‌باشد. هدف مطالعه حاضر، تعیین وضعیت سلامت روانی و جنبه‌های مختلف روانپزشکی بیماری تالاسمی ماژور بر اساس سن، جنس، وضعیت تحصیلی و شدت علایم بالینی بیماران در مقایسه با گروه شاهد کنترل شده، است.

مواد و روش‌ها: این پژوهش، یک مطالعه به روش تحلیلی- مقطعی از نوع کنترل و شاهد، بر روی مبتلایان به تالاسمی ماژور۱۵ تا ۲۵ ساله مراجعه‌کننده به درمانگاه تالاسمی بیمارستان آموزشی و درمانی بوعلی سینا ساری در بین خرداد ۱۳۸۲ تا اردیبهشت ۱۳۸۴ با گروه شاهد است. میزان شدت نشانه‌ها، شکایت‌های معمول روانی و وضعیت سلامت روانی با استفاده از پرسشنامه تجدید نظر شده فهرست علایم ۹۰ سوالی (SCL-90-R) ارزیابی گردید. اطلاعات مربوط به مشخصات دموگرافیک، وضعیت تحصیلی، علایم بالینی و شدت عوارض بیماری براساس پرسشنامه خود ساخته استاندارد شده جمع‌آوری گردید.

یافته‌ها: ۱۲۵ نمونه، از هر یک از گروه‌های آزمایشی و شاهد و در مجموع ۲۵۰ نمونه با میانگین سنی ۲/۰۱ ± ۱۸/۵۱ سال و محدوده سنی ۱۵ تا ۲۵ سال در این پژوهش شرکت نمودند. از میان ۲۵۰ فرد شرکت کننده در این مطالعه، ۱۳۲ (۵۲/۸٪) زن و (۴۷/۲ درصد) ۱۱۸ مرد با وضعیت خانوادگی، اجتماعی و اقتصادی تقریبا برابر بودند. وضعیت تاهل با P<۰/۰۱، سطح تحصیلاتی با P<۰/۰۰۰۱ و وضعیت تحصیلی مناسب با P<۰/۰۰۰۱ در گروه بیماران مبتلا به تالاسمی به طور معنی‌داری پایین‌تر بوده است. بر اساس یافته‌های مطالعه تفاوت معنی‌داری در میانگین و انحراف معیار شاخص‌های ۳ گانه آزمون SCL-90-R شامل GSI با P<۰/۰۳ ، PSD با P<۰/۰۰۰۱ و PSDI با P<۰/۰۵ در گروه آزمایشی در مقایسه با گروه شاهد ثبت گردید. شکایت‌های جسمانی با P<۰/۰۰۰۱، حساسیت در رابطه‌های متقابل با P<۰/۰۰۰۱، افسردگی با P<۰/۰۰۳، اضطراب با P<۰/۰۵ و روان پریشی با P<۰/۰۳ از میان مقیاس‌های ۹ گانه، در گروه آزمایشی به طور معنی‌داری بیش‌تر از گروه شاهد بوده است.

استنتاج: بیماران مبتلا به تالاسمی در معرض ابتلا به انواع مختلف اختلالات روانپزشکی بوده‌اند و در نتیجه نیازمند مشاوران روانپزشکی مجرب هستند.

واژه‌های کلیدی : جنبه‌های روانپزشکی، بتاتالاسمی ماژور، SCL-90-R ، مطالعه کنترل و شاهد، ایران

* متخصص روانپزشکی، عضو هیأت علمی (دانشیار) مرکز تحقیقات روانپزشکی و علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی مازندران

+ ✉ **مولف مسئول** : ساری- کیلومتر ۵ جاده نکا، مرکز آموزشی درمانی زارع

** پزشک عمومی

*** دکترای آمار حیاتی، عضو هیأت علمی (دانشیار) دانشگاه علوم پزشکی مازندران

**** متخصص اطفال، دانشگاه علوم پزشکی مازندران

تاریخ دریافت : ۸۵/۶/۶ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات : ۸۵/۷/۱۸ تاریخ تصویب: ۸۶/۱/۲۹

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-12-30]

www.SID.ir

مقدمه

تالاسمی ماژور یک بیماری خونی ژنتیکی مزمن ناشی از کمبود سنتز یک یا چند زنجیره پلی‌پپتیدگلوبین می‌باشد که بر اساس قوانین ژنتیک مندلی از نسلی به نسل دیگر منتقل می‌گردد. این بیماران با علایم و نشانه‌های یک آنمی مزمن و شدید، عدم رشد مناسب، بزرگی طحال و کبد، اختلالات استخوانی به ویژه تغییرات قابل مشاهده در استخوان‌های سر و صورت همراه با تغییر قیافه مشخص می‌گردند(۱). از سوی دیگر، خوشایند نبودن، طولانی و مکرر بودن رژیم‌های درمانی مورد استفاده برای درمان این بیماری می‌تواند سایر جنبه‌های زندگی را در بسیاری از بیماران مبتلا به تالاسمی تحت تاثیر قرار دهد. به طوری که اثرات شدید و قابل مشاهده‌ای را بر کیفیت زندگی و سلامت روان بیماران و خانواده‌های آنها به ویژه برادران و خواهران داشته باشد(۶تا۲). برخی از پژوهش‌ها نشان می‌دهند که ۸۰ درصد مبتلایان به تالاسمی ماژور دست کم یک اختلال روانپزشکی دارند(۲). بیش‌ترین اختلالات روانپزشکی گزارش شده در این بیماران و یا اعضای خانواده‌های آنها شامل داشتن تصاویر ذهنی بد شکلی از بدن(۳)، اضطراب(۴)، افسردگی(۵)، اختلالات جسمانی کردن و عدم کنترل مناسب خشم(۶) است. همچنین این بیماران مشکلات متعددی در فعالیت‌های اجتماعی و وضعیت تحصیلی خود دارند(۱۰تا۷). با این حال برخی از پژوهش‌ها نیز نشان داده‌اند که مبتلایان به تالاسمی، در برابر مشکلات زندگی توان کنار آمدن بهتری دارند(۱۱). به هرحال بررسی‌های انجام شده نشان‌دهنده تفاوت‌هایی درکشورهای مختلف و حتی درنقاط مختلف یک‌کشور است و از آنجا که بیش‌تر پژوهش‌های انجام شده در این زمینه از نوع مقطعی بوده‌اند، امکان نتیجه‌گیری سبب شناختی و شناسایی ارتباط میان تالاسمی و پیامدهای روانی محدود است. بیماری تالاسمی به‌ویژه بتا تالاسمی ماژور با شیوع ۰/۶۲ در هزار در استان مازندران و با شیوع ۱/۲ در هزار در شهرستان ساری به عنوان یکی از مشکلات بهداشتی و درمانی محسوب می‌شود(۱۲). اگر چه در چندین سال اخیر روش‌های پیشرفته مختلفی در پیشگیری از این بیماری ایجاد شده است اما هنوز کودکان و بالغین جوان فراوانی از این بیماری خونی مزمن رنج می‌برند و اعضای خانواده‌های آنها نیز به طور دراز مدت از این بیماری مزمن متاثر می‌شوند. در این راستا با توجه به توسعه‌های اخیر و با لحاظ کردن این‌که اگر یک نوجوان تالاسمی به خوبی درمان شود تبدیل به فرد بالغی می‌شود که پتانسیل خوبی برای مشارکت اجتماعی دارد، ضروری است که پس از شناخت وضع موجود، در صورت لزوم مداخلات جاری برای این بیماران دقت و تجدید نظر کنیم. از این رو با توجه به تجربیات بالینی در مورد اختلالات روانپزشکی در مبتلایان به تالاسمی ماژور و عدم وجود پژوهش‌های مستمر و قابل استناد در این زمینه، این بررسی با هدف تعیین ارتباط بیماری تالاسمی ماژور با میزان سلامت روانی بیماران بالای ۱۵ تا ۲۵ سال مراجعه‌کننده به درمانگاه تالاسمی مرکز آموزشی و درمانی بو علی سینا شهرستان ساری در بین سال‌های ۸۴-۱۳۸۲ در مقایسه با گروه شاهد کنترل شده انجام گردید. فرضیه پژوهش آن بود که اختلالات روانپزشکی در مبتلایان به تالاسمی ماژور شایع‌تر از گروه شاهد است.

مواد و روش ها

این پژوهش، یک مطالعه به روش تحلیلی- مقطعی ازنوع کنترل و شاهد است. در این مطالعه همراهی علایم بالینی مبتلایان به تالاسمی ماژور ۱۵ تا ۲۵ ساله مراجعه کننده به درمانگاه تالاسمی بیمارستان آموزشی و درمانی

Archive of SID

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-12-30]

www.SID.ir

بوعلی سینا ساری در مقطع زمانی خرداد ۱۳۸۲ تا اردیبهشت ۱۳۸۴ با سلامت روانی ارزیابی می‌شود. بر اساس اهداف تعیین شده در این مطالعه، جامعه مورد بررسی به ۲ گروه تقسیم می‌شوند: ۱) گروه آزمایشی: کلیه بیماران ۱۵ تا ۲۵ ساله مبتلا به تالاسمی ماژور وابسته به تزریق خون که می‌بایست جهت تزریق ماهانه خون و معاینات بالینی به طور منظم به تنها درمانگاه تالاسمی شهرستان ساری مراجعه نمایند و نیز تمایل به شرکت در مطالعه را نیز داشته باشند که به صورت سرشماری انجام گرفت. تعداد بیماران ۱۷۵ بیمار که شامل ۸۹ (۵۰/۹ درصد) زن و ۸۶ (۴۹/۱ درصد) مرد بود. تمام آنها بر اساس الکتروفورز هموگلوبین خون دارای تشخیص قطعی بوده و پرونده فعال در درمانگاه تالاسمی داشتند. ازمیان ۱۷۵بیمار تالاسمی شرکت‌کننده در این مطالعه ۱۲۵ (۷۱/۴ درصد) بیمار مذکور با نسبت حدودی مرد و زن برابر پرسشنامه‌های تحقیقاتی مربوطه را به طور کامل تکمیل نمودند. ۲) گروه شاهد: ۱۲۵ نفر با ترکیب ۷۱ (۵۶/۸ درصد) زن و ۵۴ (۴۳/۲ درصد) مرد از میان دانش‌آموزان شش دبیرستان پسرانه و دخترانه و نیز داوطلبان جمعیت هلال احمر شهرستان ساری بودند. انتخاب مدارس و داوطلبان به صورت تصادفی بود و افراد گروه شاهد از نظر سن، جنس، وضعیت خانوادگی و سطح اجتماعی و اقتصادی با گروه مورد همتا بودند. گروه شاهد بر پایه مصاحبه بالینی می‌بایست دارای معیارهای انسان سالم سازمان بهداشت جهانی و نیز عدم ابتلا به بیماری‌های مزمن به خصوص تالاسمی و بیماری‌های روانپزشکی در خود و افراد درجه یک خانواده را داشته باشند.

در این پژوهش دو ابزار سنجش جهت جمع‌آوری اطلاعات به کار گرفته شد. ۱) پرسشنامه خود ساخته جمعیت شناختی که مشخصات دموگرافیک و بالینی شرکت کنندگان از قبیل سن، جنس، وضعیت تاهل، سطح تحصیلات، وضعیت تحصیلی، وضعیت خانواده، وضعیت اجتماعی و اقتصادی (براساس میانگین نمرات به دست آمده به وضعیت‌های واحد مسکونی، شغل پدر، درآمد مادر، بیمه، درآمد خود بیمار و تعداد افراد خانواده)، شدت، عوارض و نوع درمان بیماری تالاسمی ماژور، تغییرات ظاهری سر و صورت و سابقه فامیلی درجه ۱و۲ فوت بعلت تالاسمی ماژور بوسیله آن ارزیابی گردید. ۲) پرسشنامه تجدید نظر شده فهرست علایم ۹۰ سوالی (SCL-90-R) که میزان شدت نشانه‌ها و شکایت‌های معمول روانی را می‌سنجد. برای هر ماده پرسشنامه پنج گزینه هیچ (نمره صفر) تا به شدت (نمره چهار) وجود دارد که پاسخگو با در نظر گرفتن این که چه میزان این مشکل را در طول هفته گذشته تا به امروز تجربه‌کرده است مشخص می‌کند. این پرسش‌نامه دارای ۹ بعد و ۳ شاخص است. بعدهای ۹ گانه این آزمون عبارتند از: ۱- شکایت‌های جسمانی،۲- وسواس-اجبار، ۳- حساسیت در رابطه‌های متقابل، ۴- افسردگی، ۵- اضطراب، ۶- پرخاشگری، ۷- ترس مرضی، ۸- افکار پارانوییدی، ۹- روان پریشی. سه شاخص کلی ناراحتی، عمق شدت مشکلات روانی را در فرد نشان می‌دهند. این شاخص‌ها عبارتند از: ۱- شاخص کلی بیماری: نمره این شاخص میانگین نمره‌های تمام پرسش‌های آزمون است (این نمره در دامنه‌ای بین صفر تا چهار می‌تواند در نوسان باشد). ۲- علایم مثبت: تعداد علایمی (پرسش‌هایی) که آزمودنی به صورت مثبت گزارش می‌کند (این نمره در دامنه‌ای بین صفر تا نود می‌تواند در نوسان باشد). ۳- شدت علایم مثبت: میانگین تعداد علایمی (پرسش‌هایی) که آزمودنی به صورت مثبت گزارش می‌کند (این نمره در دامنه‌ای بین صفر تا چهار می تواند در نوسان باشد). پایایی این ضریب آزمون به کمک آزمون- باز آزمون بین ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ گزارش شده است. روایی آزمون با انجام بررسی‌هایی که بر

Archive of SID

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-12-30]

www.SID.ir

روی گروه‌های بیماران روانی، بیماران جسمی و افرادی که در شرایط پر فشار روانی بوده‌اند انجام شده، رضایت بخش گزارش شده است(۱۳). پایایی و روایی این آزمون در ایران در حد قابل قبول بوده است به طوری که به کمک ضریب آلفای کرونباخ، ثبات درونی آن از ۰/۷۷ برای بعد روان‌پریشی تا ۰/۹۰ برای بعد افسردگی گزارش شده است. پایایی این مقیاس هم به روش آزمون- باز آزمون از ۰/۸۰ برای بعد شکایت‌های جسمانی تا ۰/۹۰ برای بعد افکار پارانوییدی گزارش شده است(۱۴). در این مطالعه افراد شرکت‌کننده دارای شاخص کلی بیماری بیش‌تر از ۰/۷ فاقد سلامت روانی و بیمار روانی، افراد دارای شاخص کلی بیماری بین ۰/۴ تا ۰/۷ مشکوک به بیماری روانی و افراد دارای شاخص کلی بیماری کم‌تر از ۰/۴ سالم در نظر گرفته شدند(۱۴،۱۳). پس از انجام آزمون به شیوه یاد شده برای محاسبه فراوانی مطلق و نسبی متغیرها و همچنین شاخص‌های مرکزی، پراکندگی و انحراف معیار از روش‌های آمار توصیفی، آزمون‌های مجموع مربعات و t کمک گرفته شد که P value کمتر از ۰/۰۵ در این مطالعه معنی‌دار تلقی گردید.

یافته ها

۱۲۵ نمونه از هریک از گروه‌های آزمایشی و شاهد و در مجموع ۲۵۰ نمونه با میانگین سنی ۲/۰۱ ± ۱۸/۵۱ سال و محدوده سنی ۱۵ تا ۲۵ سال در این پژوهش شرکت نمودند. از میان ۲۵۰ فرد شرکت کننده در این مطالعه، ۱۳۲ (۵۲/۸ درصد) زن، ۱۱۸ (۴۷/۲ درصد) مرد با وضعیت خانوادگی، اجتماعی و اقتصادی تقریبا برابر بودند. جدول شماره ۱ مشخصات دموگرافیک شرکت کنندگان در این مطالعه را نشان می‌دهد. هیچ رابطه معنی‌داری در مشخصات دموگرافیک سن، جنس، وضعیت خانوادگی و وضعیت اجتماعی و اقتصادی هر دو گروه به عنوان متغیرهای همانند سازی شده مشاهده نگردید.

جدول شماره ۱ : مشخصات دموگرافیک شرکت کنندگان در گروه بیماران تالاسمی و شاهد.

مشخصات	گروه بیماران ۱۲۵ : تعداد تعداد(درصد)	گروه شاهد ۱۲۵ : تعداد تعداد(درصد)	P Value
گروه سنی (سال)			
۱۵ تا ۲۰ سال	(۷۸/۴) ۹۸	(۸۶/۴) ۱۰۸	ns
۲۱ تا ۲۵ سال	(۲۱/۶) ۲۷	(۱۳/۶) ۱۷	ns
Mean±SD	۱۸/۷۰ ± ۲/۱۵	۱۸/۳۲ ± ۱/۸۵	ns
Range	۱۵-۲۵	۱۵-۲۵	
وضعیت جنسیت			
مرد	(۵۱/۲) ۶۴	(۴۳/۲) ۵۴	ns
زن	(۴۸/۸) ۶۱	(۵۶/۸) ۷۱	ns
وضعیت تاهل			
مجرد	(۹۸/۴) ۱۲۳	(۹۰/۴) ۱۱۳	P<۰/۰۱
متاهل	(۱/۶) ۲	(۹/۶) ۱۲	P<۰/۰۱
سطح تحصیلات			
بیسواد و ابتدایی	(۹/۶) ۱۲	(۰) ۰	P<۰/۰۰۰۱
راهنمایی	(۳۴/۴) ۴۳	(۲۰/۸) ۲۶	P<۰/۰۰۰۱
دبیرستان و دیپلم	(۴۳/۲) ۵۴	(۵۷/۶) ۷۲	P<۰/۰۰۰۱
بالاتر از دیپلم	(۱۲/۸) ۱۶	(۲۱/۶) ۲۷	P<۰/۰۰۰۱
وضعیت خانوادگی			
والدین قید حیات	(۸۹/۶) ۱۱۲	(۹۶) ۱۲۰	ns
والدین فوت شده	(۶/۴) ۸	(۲/۴) ۳	ns
والدین متارکه	(۴) ۵	(۱/۶) ۲	ns
وضعیت اجتماعی و اقتصادی			
Mean±SD	۸/۹۵ ± ۲/۰۲	۹/۲۸ ± ۱/۹۸	ns
Range	۳-۱۵	۳-۱۵	ns

در گروه آزمایشی از ۱۷۵ بیمار شرکت کننده، ۱۲۵ (۷۱/۴ درصد) بیمار با میانگین سنی ۲/۱۵ ± ۱۸/۷۰ سال و محدوده سنی ۱۵ تا ۲۵ سال پرسشنامه‌های این پژوهش به طور کامل پر نمودند و مابقی از مطالعه خارج شدند. از میان ۱۲۵ بیمار تالاسمی شرکت‌کننده در این مطالعه، ۶۱ (۴۸/۸ درصد) زن، ۶۴ (۵۱/۲ درصد) مرد،

Archive of SID

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-12-30]

www.SID.ir

۱۲۳ (۹۸/۴ درصد) مجرد، ۷۰ (۵۶ درصد) دارای سطح تحصیلاتی متوسط تا عالی و ۹۳ (۷۴/۴ درصد) دارای وضعیت تحصیلی مناسب بوده‌اند. وضعیت تاهل با P<۰/۰۱، سطح تحصیلاتی با P<۰/۰۰۰۱ و وضعیت تحصیلی مناسب با P<۰/۰۰۰۱ در گروه بیماران مبتلا به تالاسمی به طور معنی‌داری پایین‌تر از گروه شاهد بوده است. میانگین سن تشخیص بیماری تالاسمی در گروه مورد ۳۲/۹۵ ± ۴۰/۴۸ ماه با محدوده ۲ تا ۱۴۴ ماه و میانگین شروع تزریق منظم خون در این بیماران ۲۹/۲۵ ± ۳۵/۸۹ ماه با محدوده ۲ تا ۱۴۴ ماه بود. بیش‌تر بیماران ۱۱۲ (۸۹/۶ درصد) بیماربه‌طور منظم جهت تزریق‌خون، خود به‌درمانگاه تالاسمی مراجعه‌می‌نمودند. ۴۳ (۳۴/۴ درصد) بیمار در طول دوره درمانی خود از داروی هیدروکسی اوره استفاده کرده بودند که این در حالی است که در مجموع فقط ۲۷ (۲۱/۶ درصد) بیمار دارای باور مثبت از داروی هیدروکسی اوره بوده و تمایل به دریافت آن بوده‌اند. از میان ۱۲۵ بیمار تالاسمی ماژور ۷۹ (۶۳/۲ درصد) بیمار دارای تغییرات قابل مشاهده خفیف تا شدید در استخوان‌های سر و صورت همراه با تغییر قیافه و ۸۷ (۶۹/۶ درصد) بیمار نیز دارای تغییرات رنگی در پوست به صورت قابل مشاهده خفیف تا شدید به رنگ برنزی بوده‌اند. در مجموع بیماران مبتلا به تالاسمی‌ماژور ۱۸ (۱۴/۴ درصد) بیمار دارای عوارض قلبی، ۱۹ (۱۵/۲ درصد) بیمار مبتلا به دیابت، ۳۷ (۲۹/۶ درصد) بیمار دارای اختلالات رشد قدی و وزنی، ۲۹ (۲۳/۲ درصد) بیمار دارای اختلالات رشد بلوغی، ۱۳ (۱۰/۴ درصد) بیمار دارای عوارض موقع خونگیری، ۱۰ (۸ درصد) بیمار دارای عوارض تزریق دسفرال و ۶۷ (۵۳/۶ درصد) بیمار دارای سابقه عمل جراحی اسپلنکتومی بودند. ۱۷ (۱۳/۶ درصد) مورد مرگ بعلت بیماری تالاسمی ماژور در میان برادران و یا خواهران بیماران شرکت کننده گزارش گردید.

در گروه شاهد ۱۲۵ فرد شرکت کننده، دارای میانگین سنی ۱/۸۵ ± ۱۸/۳۲ سال و محدوده سنی ۱۵ تا ۲۵ سال بودند. از این میان ۷۱ (۵۶/۸ درصد) زن، ۵۴ (۴۳/۲ درصد) مرد، ۱۱۳ (۹۰/۴ درصد) مجرد، ۹۹ (۷۹/۲ درصد) دارای سطح تحصیلاتی متوسط تا عالی و ۱۲۱ (۹۶/۸ درصد) دارای وضعیت تحصیلی مناسب بوده اند.

مقایسه میانگین و انحراف معیار نمره مقیاس‌های ۹ گانه آزمون SCL-90-R افراد شرکت‌کننده در گروه‌های آزمایشی و شاهد در جدول شماره ۲ آورده شده است. همان‌گونه که جدول نشان می‌دهد شکایت‌های جسمانی با P<۰/۰۰۰۱، حساسیت در رابطه‌های متقابل با P<۰/۰۰۰۱، افسردگی با P<۰/۰۰۳، اضطراب با P<۰/۰۵ و روان پریشی با P<۰/۰۳ از میان مقیاس‌های ۹ گانه، در گروه آزمایشی به طور معنی‌داری بیش‌تر از گروه شاهد بوده است. جدول شماره ۳ میانگین و انحراف معیار شاخص‌های GSI، PSD و PSDI آزمون SCL-90-R را در گروه‌های آزمایشی و شاهد و هم‌چنین در زیر گروه‌های سنی (۱۵ تا ۲۰ سال و ۲۱ تا ۲۵ سال) و جنسی (مرد و زن) نشان می‌دهد. بر اساس یافته‌های مطالعه تفاوت معنی‌داری در میانگین و انحراف معیار شاخص‌های ۳ گانه آزمون SCL-90-R شامل GSI با P<۰/۰۳، PSD با P<۰/۰۰۰۱ و PSDI با P<۰/۰۵ درگروه آزمایشی در مقایسه با گروه شاهد ثبت گردید. میانگین وانحراف‌معیار نمره شاخص کلی بیماری در زنان گروه بیماران مبتلا به تالاسمی شرکت‌کننده در مطالعه برابر با ۰/۵۳ ± ۱/۲۸ بوده که از میانگین نمره مردان مبتلا به تالاسمی ۰/۳۶ ± ۱/۰۴ به طور معنی‌داری با P< ۰/۰۰۳ بیش‌تر بوده است. در دیگر شاخص‌ها و گروه‌های سنی مورد نظر تفاوت معنی‌داری دیده نشد.

در مجموع میزان فراوانی افراد مبتلا به عدم سلامت روانی یا بیمار مبتلا به جنبه‌های روانپزشکی با دارا بودن

Archive of SID

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-12-30]

www.SID.ir

شاخص کلی بیماری بیش‌تر از ۰/۷در بیماران تالاسمی ۱۰۹ (۸۷/۲ درصد) و در گروه شاهد ۸۱ (۶۴/۸ درصد)، میزان فراوانی افراد مشکوک به بیماری با دارا بودن شاخص کلی بیماری بین ۰/۴ تا ۰/۷ در بیماران تالاسمی ۱۵ (۱۲ درصد) و در گروه شاهد ۲۴ (۱۹/۲ درصد) و در نهایت میزان فراوانی افراد سالم با دارا بودن شاخص کلی بیماری کم‌تر از ۰/۴ در بیماران تالاسمی ۱ (۰/۸ درصد) و در گروه شاهد۲۰ (۱۶ درصد) بوده که تفاوت معنی‌داری با P<۰/۰۰۰۱ در میان افراد سالم، مشکوک به بیماری و بیمار در میان گروه‌های آزمایشی و شاهد وجود داشته است.

همچنین درگروه بیماران تالاسمی شرکت کننده در این مطالعه، آنانی‌که دارای شاخص‌کلی بیماری بین ۰/۴ تا ۰/۷ و یا شاخص کلی بیماری بیش‌تر از ۰/۷ داشته‌اند نسبت به بیماران دارای شاخص‌کلی بیماری کم‌تر از ۰/۴ بوده‌اند به‌طور معنی‌دارتری تزریقات خون نا منظم با P< ۰/۰۵ ، اختلالات رشدی و قدی بیش‌تر با P< ۰/۰۵ و دارای عوارض تزریق دسفرال بیش‌تر با P< ۰/۰۰۰۱ بوده‌اند.

جدول شماره ۲ : مقایسه میانگین و انحراف معیار نمره مقیاس های ۹ گانه آزمون SCL-90-R در گروه بیماران تالاسمی و شاهد

مقیاس های ۹ گانه	گروه بیماران ۱۲۵ : تعداد	گروه شاهد ۱۲۵ : تعداد	t	P Value
شکایت های جسمانی	۱/۱۷ ± ۰/۵۱	۰/۹۰ ± ۰/۶۵	۳/۶	P<۰/۰۰۰۱
وسواس-اجبار	۱/۰۸ ± ۰/۶۲	۱/۱۳ ± ۰/۷۲	- ۰/۵	P= ۰/۶۱۱
حساسیت در رابطه های متقابل	۱/۴۰ ± ۰/۶۶	۱/۰۷ ± ۰/۷۲	۳/۷	P<۰/۰۰۰۱
افسردگی	۱/۳۲ ± ۰/۷۱	۱/۰۴ ± ۰/۷۴	۲/۹	P<۰/۰۰۳
اضطراب	۱/۱۰ ± ۰/۶۱	۰/۹۴ ± ۰/۷۳	۱/۹	P<۰/۰۵
پرخاشگری	۱/۱۶ ± ۰/۷۳	۱/۲۰ ± ۰/۸۶	- ۰/۳	P= ۰/۷۶۳
ترس مرضی	۰/۷۰ ± ۰/۵۱	۰/۶۴ ± ۰/۵۶	۰/۹	P= ۰/۳۲۳
افکار پارانوییدی	۱/۴۳ ± ۰/۶۶	۱/۵۱ ± ۰/۷۹	- ۰/۹	P= ۰/۳۶۷
روان پریشی	۰/۹۷ ± ۰/۵۷	۰/۸۰ ± ۰/۶۸	۲/۱	P<۰/۰۳

جدول شماره ۳ : مقایسه میانگین و انحراف معیار نمره شاخص های ۳ گانه آزمون SCL-90-R در گروه بیماران تالاسمی و شاهد

گروه های مقایسه ای	گروه بیماران	گروه شاهد	t	P Value
افراد گروه های آزمایشی در برابر گروه شاهد	۱۲۵ : تعداد	۱۲۵ : تعداد		
GSI	۱/۱۶±۰/۴۷	۱/۰۱±۰/۶۱	۲/۱	P<۰/۰۳
PSD	۵۴/۹۹± ۱۲/۵۹	۴۶/۴۲±۱۸/۷۶	۴/۲	P<۰./۰۰۰۱
PSDI	۲/۰۲±۱/۰۲	۲/۴۵±۲/۲۲	- ۱/۹	P<۰/۰۵
افراد جنس مرد گروه های آزمایشی و شاهد	۶۴ : تعداد	۵۴ : تعداد		
GSI	۱/۰۴±۰/۳۶	۰/۹۱±۰/۵۱	۱/۷	P= ۰/۰۸۳
PSD	۵۳/۶۴±۱۲/۹۶	۴۵/۸۳±۲۰/۱۹	۲/۵	P= ۰/۰۱
PSDI	۱/۸۵±۰/۷۹	۲/۲۷±۲/۰۱	- ۱/۵	P= ۰/۱۲۷
افراد جنس زن گروه های آزمایشی و شاهد	۶۱ : تعداد	۷۱ : تعداد		
GSI	۱/۲۸±۰/۵۳	۱/۱۰±۰/۶۵	۱/۷	P= ۰/۰۷۸
PSD	۵۶/۴۰±۱۲/۱۳	۴۶/۸۷±۱۷/۷۴	۳/۵	P<۰/۰۰۱
PSDI	۲/۱۹±۱/۲۰	۲/۵۸±۲/۳۸	- ۱/۱	P= ۰/۲۴۵

Archive of SID

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-12-30]

www.SID.ir

بحث

امروزه پس از گذشت ۸۲ سال از توصیف آغازین و جالب توجهء علایم و نشانه‌های بیماری تالاسمی بلاخص تغییرات ویژه استخوانی، بتا تالاسمی همچنان به عنوان یک مشکل عظیم بهداشت عمومی در تمام جهان به‌ویژه کشورهای در حال توسعه و فقیر مطرح است(۱۵). بتا تالاسمی ماژور اغلب در سنین کودکی تشخیص داده و از همان زمان درمان آن نیز شروع می‌شود. اما به هر حال خوشایند نبودن و طولانی و مکرر بودن رژیم‌های درمانی مورد استفاده از یک سو و افزایش امید به زندگی و پیش‌آگهی این بیماران تا سنین میان‌سالی از سوی دیگر پزشکان را به طور روزافزون با امور روانی و اجتماعی گسترده‌تری روبرو می‌نماید و بیماران و خانواده‌های آنها نیز در معرض انواع مشکلات اجتماعی، هیجانی و رفتاری قرار می‌گیرند (۴ تا ۶). به طوری که احتمال بروز اختلال‌های رفتاری در این کودکان ۱/۶ برابر کودکان سالم است(۶). در مطالعه حاضر نیز مانند غالب مطالعات انجام شده بر روی بیماران تالاسمی (۲تا۱۱) نتایجی که نشان دهنده کاهش معنی داری در سلامت روانی و یا افزایش معنی‌داری در بروز اختلالات روانپزشکی مانند شکایت‌های جسمانی، حساسیت در رابطه‌های متقابل، افسردگی، اضطراب و روان پریشی در این بیماران در برابر افراد سالم جامعه حاصل گردید. اما بهر حال تفاوت‌هایی در شدت و یا بروز انواع مختلف اختلالات روانپزشکی در بیماری‌ها و یا در پژوهش های گزارش شده مختلف وجود دارد که می‌تواند ناشی از تفاوت درابزار سنجش، نوع بیماری، عینی بودن اختلال، شدت اختلال، محیط اجتماعی، نژاد، میزان حمایت های محیطی از بیماران، چگونگی درمان‌های انجام شده و نمای فرهنگی سازگاری با بیماری باشد(۳ تا ۵). با توجه به عوامل تاثیرگذار ارائه شده بر روی بیماران تالاسمی و نیز خصوصیات سنی جامعه انتخاب شده جهت اجرای این مطالعه به نظر می‌رسد، نتایج به دست آمده نشان دهنده کمبودهای گسترده‌ای در زمینه آموزش‌های مدون مهارت‌های زندگی و یا میزان دسترسی به مشاوره‌های مناسب روانپزشکی برای این بیماران در مراکز تالاسمی استان مازندران باشد. در این مطالعه بر خلاف مطالعه گولدبک (Goldbeck) و همکاران،که بر این باورند که بیش‌تر کودکانی که بیماری مزمن بلاخص تالاسمی دارند سازگاری خوبی با آن پیدا می‌کنند و زندگی طبیعی را از سر می‌گیرند، متاسفانه میزان وضعیت تاهل، سطح تحصیلاتی و وضعیت تحصیلی در بیماران مبتلا به تالاسمی به طور معنی‌داری پایین‌تر از گروه شاهد بوده است که نشان دهنده کمبود توانایی‌های شخصیتی و مهارتی لازم جهت تطبیق خود با شرایط پیش آمده برای این بیماران است. گروهی بر این باورند که اختلالات خلقی و اضطرابی، در دهه‌های قبلی بیش‌تر پیامد شرایطی بوده است که مبتلایان به تالاسمی زندگی خود را در سازش با مرگ می‌گذراندند به طوری که در این سازش و کنار آمدن با مرگ، پیوسته یک زمینه گذرا از افسردگی وجود دارد. ولی امروزه با پیشرفت‌های درمانی، این بیماران با شرایط‌های متفاوت زندگی و بلاتکلیفی‌های آن روبرو شده‌اند(۱۱). در حال حاضر، شرایط به وجود آمده، بیماران را به صورت گسترده‌تری در برابر مسائل عاطفی دوران جوانی، موقعیت‌های ازدواجی و شغلی نا برابر با افراد سالم قرار می‌دهد که خود می‌تواند باعث افزایش اختلالات روانپزشکی مختلف شود. غالب اختلالات روانپزشکی بالاخص اختلالات خلقی و اضطرابی در دو جنس تا سن بلوغ برابر است وپس از آن در دخترها بیش‌ترمی‌شود(۱۷). در کودکان مبتلا به بیماری‌های مزمن، برخی از بررسی‌ها

Archive of SID

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-12-30]

www.SID.ir

تفاوتی در دو جنس از نظر شیوع اختلالات خلقی پیدا نکرده‌اند و در برخی بیماری‌های مزمن مانند آسم و صرع، افسردگی در دخترها شایع‌تر است و در برخی دیگر مانند سرطان، پسرها بیش‌تر افسرده می‌شوند(۹،۱۰). در همین راستا غفاری و همکاران نیز با انجام مطالعه‌ای با هدف بررسی همراهی تالاسمی با افسردگی در شهرستان ساری در مبتلایان به تالاسمی ۹ تا ۱۶ ساله دریافتند که میزان افسردگی دربیماران مبتلا به تالاسمی (۱۴ درصد) به طور معنی‌دارتری بیش‌تر از گروه شاهد (۵/۵ درصد) بوده است با این وجود میانگین نمره‌های افسردگی در دخترهای‌گروه شاهدنسبت به دخترهای مبتلا به تالاسمی بیش‌تر بود(۵). اما درمطالعه پورموحدی و همکاران که در سال ۱۳۸۲ برای تعیین میزان ناامیدی و اضطراب در نوجوانان مبتلا به بتا تالاسمی ماژور انجام گردید، گزارش شده است که موارد نامبرده شده به طور معنی‌داری در بیماران مبتلا به تالاسمی در هر دو جنس بیش‌تر از گروه شاهد است(۳) و یا در مطالعه خدایی و همکاران نیز در سال ۱۳۸۴ با هدف تعیین میزان سلامت روانی- اجتماعی نوجوانان مبتلا به تالاسمی ماژور انجام شده است مشاهده گردید که میزان سلامت روانی بیماران مبتلات به تالاسمی ماژور با جنسیت این بیماران رابطه معنی‌داری نداشته و فقط در گروه‌های سنی مورد مطالعه تفاوت معنی‌داری وجود داشته است(۴). در بررسی حاضر نیز به‌طور کلی میزان فراوانی عدم سلامت روانی که با شاخص کلی بیماری بیش‌تر از ۰/۷ سنجیده می‌شود در بیماران جنس زن بیش‌تر است شاید تاخیر بلوغ جنسی در مبتلایان به تالاسمی(۱۸) تفاوت عامل‌های استرس‌زای روانی و اجتماعی در پسران و دختران و همچنین محدودیت‌های بیش‌تر دختران در جامعه ما این پدیده را تبیین کند که می‌تواند نشان‌دهنده نیاز بیش‌تر این جنس برای دسترسی به مشاوران روانپزشکی باشد. اما چنین تفاوتی در گروه‌های سنی دیده نشد که با توجه به خصوصیات سنی شرکت کنندگان می‌توان گفت که این گروه سنی بیماران تالاسمی دارای نیازهای تقریباً مشترک اجتماعی و عاطفی می‌باشند. در پایان یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که بیماران مبتلا به تالاسمی با توجه به مزمن بودن بیماری، نوع درمان‌های دریافتی، شدت و عوارض بیماری در معرض ابتلا به انواع مختلف اختلالات روانپزشکی بلاخص شکایت‌های جسمانی، حساسیت در رابطه‌های متقابل، افسردگی، اضطراب، و روان پریشی نسبت به افراد سالم جامعه بوده‌اند و در نتیجه نیازمند مشاوران روانپزشکی مجرب جهت آموزش‌های مهارت‌های زندگی و نحوه‌پیشگیری برخورد بامشکلات عاطفی و اجتماعی پیش‌آمده هستند.

سپاسگزاری

نویسندگان این مقاله از معاونت‌ها و شوراهای محترم پژوهشی دانشکده‌پزشکی و دانشگاه‌علوم پزشکی مازندران در تصویب این طرح تحقیقاتی و از کلیه همکاران بلاخص استاد ارجمند جناب آقای دکتر مهران ضرغامی و بیماران محترم تالاسمی که در اجرای هر چه بهتر این پروژه صمیمانه همکاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌کنند. هم‌چنین از کمک‌های بهیاران دلسوز درمانگاه تالاسمی مرکز آموزشی درمانی بوعلی سینای ساری و اعضای محترم موسسه جوانان تالاسمی بالاخص آقای میثم رمضانی و دکتر سید مهدی صادقی و سرکار خانم آمنه قربانی قدردانی می‌شود.

Archive of SID

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-12-30]

www.SID.ir

فهرست منابع

1- L.Kasper D, S.Fauci A, L.Longo D, Braunwald E, L.Hauser S, Jameson J.L. ***Harrison's principles of internal medicine,*** 16th ed. USA; McGraw-Hill; 2005.

2- Aydin B, Yapavk I, Akarsu D, Okten N, Ulgen M. Psychosocial aspects and psychiatric disorders in children with thalassemia major. ***Acta Pediatrics Japan.*** 1997; 39: 354-357.

۳-زهرا پورموحد، خدیجه دهقانی، سید مجتبی یاسینی اردکانی، بررسی میزان ناامیدی و اضطراب در نوجوانان مبتلا به بتا تالاسمی ماژور، **مجله تحقیقات پیراپزشکی**، دوره ۲، شماره ۱، پاییز ۱۳۸۲ : صفحه ۵۲-۴۵.

۴-شهناز خدایی،مژگان کاربخش، نازیلا اساسی، بررسی وضعیت روانی- اجتماعی نوجوانان مبتلا به تالاسمی ماژور براساس گزارش شخصی آنها و نتایج تست GHQ-۱۲، **مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران**، سال۶۳، شماره ۱، ۱۳۸۴: صفحه ۱۸-۲۳.

۵-غفاری ساروی وجیهه، ضرغامی مهران، ابراهیمی ابراهیم. بررسی همراهی تالاسمی با افسردگی در شهرستان ساری. ***اندیشه و رفتار***. سال نهم. شماره ۳، *زمستان ۱۳۸۲*: صفحه ۴۰-۳۳.

6- Monastero R, Monastero G, Ciaccio C, Padovani A, Camarda R. Cognitive deficits in beta thalassemia major. ***Acta Neurol Scand.*** 2000; 102(3): 162-8.

7- Hoch C,Gobel U,Janssen G.Psychosocial support of patients with homozygous beta thalassemia. ***Klin Pediatrics.*** 2000; 212(4): 216-9.

8- Di Palma A, Vullo C, Zani B, Fscchini A.Psychosocial integration of adolescents and young adults with thalassemia major. ***Ann NY Acad Sci.*** 1998; 850: 355-60.

9- Bush S, Mandel FS, Giardina PJ. Future orientation and life expectations of adolescents and young adults with thalassemia major. ***Ann NY Acad Sci.*** 1998; 850: 361-9.

10- Tsiantis J, Dragonas T, Richardson C, Anastasopoulos D,Masera G.Psychosocial problems and adjustment of children with beta thalassemia and their families. ***Eur Child Adolesc Psychiatry.*** 1996; 5(4): 193-203.

11- Goldbeck L, Baving A, Kohne E. Psychosocial aspects of beta thalassemia: distress, coping, and adherence. ***Klin Padiatr.*** 2000; 212(5): 254-9.

12- Gharakhail A, Abedian M. Prevalence of beta thalassemia major in Mazandaran Province,Iran.***Thesis of Medical Practice, School of Medicine, Mazandaran University of Medical Sciences.*** 1997.

13- Derogatis LR. SCL-90-R; ***Symptom checklist -90-R. National Computer System.*** United States of America. 1994: 27.

14- Mrzai R. ***Standardizing and Validating of SCL-90-R in Iran [MSc Thesis].*** Tehran University of Medical Sciences. 1979.

15- Olivieri NF. Medical progress: The beta thalassemias. ***New Engl J Med.*** 1999; 8: 99-109.

Archive of SID
[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-12-30]
www.SID.ir

16- Kaplan H, Sadock B: ***Synopsis of psychiatry,*** 9th, Baltimore, Williams & Wilkins, 2003.

17- Ratip S, Modell B. Psychological and sociological aspects of thalassemias. ***Semin Hematol.*** 1996; 33(1): 53-65.

18- Vicki P, Christine R, Elizabeth R, Malcolm C, and Donald B. Reproductive health in individuals with homozygous beta thalassemia: knowledge, attitudes, and behavior. ***Fertil. Steril.*** 2002; 77(1): 119-127.

Archive of SID

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-12-30]

www.SID.ir