

تأثیر آموزش مراقبت از خود در بکارگیری روشهای مقابله نوجوانان مبتلا به تالاسمی ماژور مراجعه کننده به مرکز تالاسمی بیمارستان کودکان امیرکلا

پروین عزیزنژاد^۱ زهرا کاشانی نیا^۲

^۱ مربی گروه پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بابل^۲ مربی گروه پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران

مجله پزشکی هرمزگان سال دهم شماره سوم پاییز ۸۵ صفحات ۲۷۲ - ۲۶۵

چکیده

مقدمه: تالاسمی همانند بسیاری از بیماریهای مزمن، نوجوانان را بطرف مشکلات روانی اجتماعی سوق می دهد. جهت مقابله با بیماریها شرکت بیمار در امر مراقبت از خود و آموزش مهارتهای مقابله ای بسیار مفید می باشد. هدف از این مطالعه تأثیر آموزش در بکارگیری روشهای مقابله در نوجوانان مبتلا به تالاسمی است.

روش کار: این مطالعه یک پژوهش نیمه تجربی با استفاده از پرسشنامه مشخصات فردی و فرم استاندارد سنجش روشهای مقابله ای جالویس با نمونه گیری تصادفی ۸۰ نفر از نوجوانان مبتلا به تالاسمی بر اساس معیارهای پژوهش از مرکز تالاسمی بیمارستان امیرکلا انتخاب گردیده و به دو گروه شاهد و آزمون (هر گروه ۴۰ نفر) تقسیم شدند. مداخله در این پژوهش آموزش مراقبت از خود بوده که جلساتی از آموزش عملی و نظری به مدت ۴۵ دقیقه در ۵ جلسه در طی سه هفته که قسمتی از محتوای آموزشی بصورت تک نفره (تزریق دسفرال) و بقیه محتوای آموزشی بصورت گروههای ۵ نفره برای گروه آزمون برگزار گردید و اطلاعات در مورد بکارگیری روشهای مقابله ای مشکل مدار و هیجان مدار از هر دو گروه شاهد و آزمون قبل و بعد از مداخله جمع آوری گردید.

نتایج: بین میانگین های نمرات روشهای مقابله ای مشکل مدار و هیجان مدار دو گروه قبل و بعد از آموزش اختلاف معنی دار وجود نداشت ولی در گروه آزمون از روشهای مقابله مشکل مدار به میزان بیشتر استفاده شد. همچنین روشهای مقابله مشکل مدار با تزریق منظم دسفرال ارتباط معنی دار داشت ($P < 0.001$).

نتیجه گیری: این بررسی نشان می دهد که تغییر روشهای مقابله ای بعد از آموزش نیاز به زمان دارد تا رفتار خاص در فرد بصورت عادت در آید. لذا توصیه می شود جهت ارزیابی اثر آموزش بر روشهای مقابله ای بیش از سه ماه فاصله زمانی داشته باشد.

کلیدواژه ها: آموزش - برنامه های آموزشی - تالاسمی - نوجوانان

نویسنده مسئول:

پروین عزیزنژاد

گروه پرستاری دانشکده

پزشکی - دانشگاه علوم

پزشکی بابل

بابل - ایران

تلفن: ۰۹۸ ۱۱۱ ۲۲۴۶۹۵

پست الکترونیکی:

Azizneshad.roshan@yahoo.com

دریافت مقاله: ۸۴/۲/۱۳ اصلاح نهایی: ۸۴/۱۱/۲۳ پذیرش مقاله: ۸۵/۵/۱۱

مقدمه:

هزینه درمانی، حالات بیماری انتظار مرگ زودرس باعث مشکلات روانی و اجتماعی در بیماران تالاسمی می گردد (۴). این بیماران تحت فشارهای متعددی شامل احساس حقارت، ناامیدی، اضطراب، افسردگی، نگرانی در خصوص مدرسه، اشتغال، مشکلات درمان، مسایل رفاهی، فرهنگی و خانوادگی می باشند (۵). مطالعات نشان داده است نوجوانان مبتلا به تالاسمی در مقایسه با

تالاسمی ماژور از شایع ترین بیماریهای مزمن و ارثی در کشورهای حوزه مدیترانه محسوب می شود (۱). در ایران بالغ بر ۲۰ هزار نفر مبتلا به تالاسمی ماژور در سنین مختلف وجود دارد (۲). حدود ۱۰٪ افراد مبتلا به بیماری مزمن از جمله تالاسمی در سنین نوجوانی قرار دارند (۳). بسیاری از دلایل منجمله مزمن بودن بیماری،

تکمیل نمودند که در پایان مشخص گردید که استفاده از یک برنامه آموزشی باعث استفاده از شیوه‌های مقابله‌ای مشکل مدار و کاهش شیوه‌های مقابله‌ای هیجان مدار گردید (۱۴).

در حالی که Janelli و همکاران پژوهشی درباره برنامه آموزش مراقبت‌های بهداشتی ریه به بیماران انسداد مزمن ریوی و توانایی مقابله آنان با این بیماری انجام دادند. ابزار پژوهش فرم سنجش روشهای مقابله‌ای جالویس بوده است که یکبار قبل از شروع کلاسهای آموزشی و بار دیگر بعد از اتمام کلاسها توسط بیماران پاسخ داده شد. بین میانگین نمره کل بدست آمده از جدول جالویس قبل و بعد از آموزش اختلاف معنی‌دار آماری وجود ندارد فقط بعضی از روشهای مشکل مدار بعد از جلسات آموزشی نمرات بیشتری را به خود اختصاص داده‌اند (۱۵).

Yang به بررسی دانش، حمایت اجتماعی و رفتار مراقبت از خود در نوجوانان مبتلا به تالاسمی ماژور مراجعه‌کننده به درمانگاه هماتولوژی در شمال تایوان انجام داد. نتایج نشان می‌دهد که بالاترین نمره دانش در مورد درمان بیماری و پایین‌ترین آن عدم آگاهی در مورد عوارض و علائم بیماری بوده است. خانواده مهم‌ترین و دوستان کمترین منبع حمایت اجتماعی در نوجوانان تالاسمی هستند. بیشترین نمره رفتار مراقبت از خود مربوط به آهن‌زدایی و کمترین آن مقابله با مشکلات می‌باشد. آگاهی در مورد بیماری، حمایت اجتماع رابطه مستقیم با رفتار مراقبت از خود دارد (۱۶).

Yesim پژوهشی در خصوص مشکلات روانی و اجتماعی بیماران تالاسمی ماژور انجام داد. چک لیست مشکلات رفتاری کودک توسط مادران آنها تکمیل گردید. نتایج نشان می‌دهد که ۲۴٪ بیماران مشکلات روانی مثل افسردگی شدید، اختلال اضطراب، اختلال حمله‌ای و بی‌اختیاری ادرار شبانه دارند و مشکلات روانی در بیمارانی که تزریق دسفروکسامین بطور منظم انجام نمی‌دهند، بیشتر است (۴).

همسالان سالم خود در معرض خطر بیشتری از نظر مشکلات روانی اجتماعی قرار دارند (۶). ترکیبی از مراقبت پزشکی و حمایت روانی و اجتماعی از بیمار نه تنها باعث افزایش طول عمر بیماران می‌گردد بلکه باعث پذیرش بیماری و اعتماد به نفس مطلوب در بیمار می‌گردد (۷). در بیماریهای مزمن، آموزش قسمت ویژه‌ای از برنامه مراقبتی می‌باشد که بیمار را بطور فعال در امر مراقبت خویش شرکت داده و باعث مقابله بهتر با وضعیت موجود می‌گردد (۸). جویای اطلاعات بودن بعنوان یکی از روشهای مقابله مطرح می‌گردد (۹). مقابله اغلب به تلاش و کوشش‌هایی گفته می‌شود که در جهت حل کردن مشکلات در بعضی موقعیت‌های بسیار وابسته به فرد و همچنین برای سازش دادن فرد با گرفتاریها و فشارهای وارده صورت می‌گیرد (۱۰) و روشهای مقابله به تلاش‌های رفتاری در جهت اصلاح (به حداقل رساندن، کاهش دادن، تحمل کردن، تسلط یافتن) صدمات داخلی و خارجی گفته می‌شود (۱۱).

روشهای مقابله بطور کلی به دو دسته تقسیم شده اند. روشهای مشکل مدار مانند سعی در برقراری کنترل بر روی موقعیت، کسب اطلاعات درباره مشکل، تجزیه کردن مشکل به اجزاء کوچکتر، تعیین اهداف اختصاصی جهت کمک به حل مشکل، استفاده از تجارب قبلی در حل مشکل، صحبت با افرادی که خود این مشکل را تجربه نموده اند و روشهای هیجان مدار مانند امیدواری به بهتر شدن اوضاع، عبادت و نیایش، جستجوی کمک از طریق خانواده و دوستان، خیالبافی، تسلیم شدن در برابر سرنوشت، پرخاشگری، گریه کردن، مصرف دارو و غیره می‌باشند (۱۲).

آموزش باعث تشویق فعال بیماران در درمان و مقابله بهتر با مشکلات موجود می‌گردد (۱۳).

Karen و همکاران مطالعه‌ای در مورد اثر برنامه آموزشی مراقبت از خود و تأثیر آن بر روی شیوه‌های مقابله‌ای در نوجوانان باردار انجام داده‌اند. در این مطالعه ابزار پژوهش جدول مقابله‌ای جالویس بوده است که قبل و بعد از پایان کلاسهای آموزشی فرم مربوطه را

تزریق خون پرسشنامه مشخصات فردی و فرم استاندارد سنجش روشهای مقابله‌ای جالویس (Jalowice-coping scale) را تکمیل نمایند. بعد از جمع‌آوری اطلاعات برای گروه آزمون ترکیبی از آموزش عملی (تزریق دسفرال از طریق پمپ مخصوص) و جلسات آموزش نظری (در خصوص انواع بیماری تالاسمی، طریقه انتقال، علایم، تشخیص، پیشگیری، روشهای درمانی شامل تزریق خون، تزریق دسفرال، برداشتن طحال، پیوند مغز و استخوان و مراقبتهای مربوطه، تغذیه، ورزش، عوارض بیماری تالاسمی بر سیستم های مختلف بدن و مراقبتهای مربوطه) به مدت ۴۵ دقیقه در ۵ جلسه در طی سه هفته که قسمتی از محتوای آموزشی بصورت تک نفره (تزریق دسفرال) و بقیه محتوای آموزش بصورت گروههای ۵ نفره صورت گرفت. سپس در جلسه آخر آموزش، پمفلت آموزشی به گروه آزمون داده شد تا در اوقات فراغت در منزل مجدداً مرور نمایند در حالی که گروه شاهد هیچگونه مداخله آموزشی دریافت نکردند. سه ماه بعد از اتمام کلاس آموزشی، پرسشنامه روشهای مقابله‌ای جالویس به دو گروه آزمون و شاهد داده شد و اطلاعات جمع‌آوری گردید. ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش، پرسشنامه بود که شامل دو قسمت بود. قسمت اول مشخصات فردی (۱۵ سوال) و قسمت دوم فرم استاندارد سنجش روشهای مقابله‌ای جالویس که شامل روشهای مقابله مشکل مدار (۱۵ مورد) و روشهای مقابله هیجان مدار (۲۵ مورد) می‌باشد، سوالات این پرسشنامه به طریقه بسته طراحی گردید و مقیاس سنجش گزینه‌های هر عبارت در پنج قسمت از همیشه تا هرگز و بین ۱ تا ۵ نمره‌گذاری شده‌اند.

طبق فرم سنجش روشهای مقابله‌ای جالویس تغییر نمرات مشکل مدار از کمتر به بیشتر در قبال آموزش مراقبت از خود مطلوب است. همچنین تغییر نمرات هیجان مدار از بیشتر به کمتر و یا یکسان ماندن آن در قبال آموزش مطلوب است (۱۸).

از آنجایی که آموزش مداخلات پرستاری باعث ارتقاء مهارتهای مقابله‌ای بیماران می‌گردد و آموزش مراقبت از خود انسانها را به سوی حفظ، نگهداری و ارتقاء سلامت سوق داده، می‌تواند باعث مقابله بهتر افراد با اثرات بیماری گردد (۱۷). حال با توجه به مطالب عنوان شده ذکر این امر که در هر صورت نوجوان در مواجهه با مشکل به مقابله می‌پردازد تا قادر گردد به نحوی خود را با وضعیت موجود سازگار کند و اگر در جهت انتخاب روشهای مقابله به وی کمک شود، در سازگاری موفق‌تر می‌گردد لذا با توجه به آمار پیش‌رونده بیماران مبتلا به تالاسمی در ایران، مطالعه اثر آموزش مراقبت از خود در چگونگی انتخاب روشهای مقابله توسط آنها ضروری به نظر می‌رسد.

روش کار:

این پژوهش یک مطالعه نیمه تجربی که دارای دو گروه شاهد و آزمون است. روش نمونه‌گیری غیر تصادفی است مبتلایان به مرکز تالاسمی امیرکلا واقع در شهرستان بابل که جهت تزریق خون یا دسفرال مراجعه می‌کردند، مورد بررسی قرار گرفته و با توجه به مشخصات نمونه حدود ۸۰ نفر انتخاب شدند ولی بطور تصادفی ۴۰ نفر در گروه آزمون و ۴۰ نفر در گروه شاهد قرار داده شدند.

معیارهای انتخاب واحدهای مورد پژوهش سن بین ۱۳ تا ۲۰ سال، سواد خواندن و نوشتن، ابتلا به تالاسمی ماژور و اینکه اطلاعات برنامه‌ریزی شده در مورد مراقبت از خود دریافت نکرده باشند، در نظر گرفته شد.

جهت جلوگیری از تبادل اطلاعات بین اعضای هر گروه با توجه به وقت داده شده به هر کدام از بیماران مبتلا به تالاسمی برنامه‌ریزی شده است در صورتی که دو یا بیشتر اعضاء یک خانواده مبتلا به تالاسمی ماژور بودند همه آنها یا در گروه شاهد یا در گروه آزمون قرار داده می‌شد. سپس از هر دو گروه آزمون و شاهد درخواست گردید که قبل از آموزش مراقبت از خود در زمانی که نمونه‌ها جهت تزریق خون یا دسفرال به مرکز تالاسمی مراجعه می‌کنند بعد از استراحت کوتاهی بدنبا

جهت تعیین اختلاف بین میانگینهای نمرات مشکل مدار و هیجان مدار در دو گروه شاهد و آزمون قبل از آموزش از آزمون آماری آنالیز واریانس استفاده شده که میانگین نمرات روشهای مقابله ای مشکل مدار در مورد میانگین نمرات روشهای مقابله‌ای هیجان مدار اختلاف معنی‌داری را نشان نمی‌دهد و دو گروه شاهد و آزمون قبل از آموزش از روشهای مقابله‌ای یکسان استفاده می‌کردند (جدول شماره ۱). همچنین جهت تعیین اختلاف بین میانگین های نمرات مشکل مدار و هیجان مدار بعد از آموزش از آزمون آماری آنالیز واریانس استفاده شده که در مورد میانگین نمرات روشهای مقابله‌ای مشکل مدار در مورد میانگین نمرات روشهای مقابله‌ای هیجان مدار اختلاف معنی‌داری را نشان نمی‌دهد و دو گروه آزمون و شاهد بعد از آموزش از روشهای مقابله‌ای یکسان استفاده کردند (جدول شماره ۲).

جدول شماره ۲- میانگین نمرات روشهای مقابله‌ای مشکل مدار و هیجان مدار در دو گروه شاهد و آزمون بعد از آموزش مراقبت از خود

نمرات هیجان مدار بعد از آموزش		نمرات مشکل مدار بعد از آموزش		نمرات گروه
شاهد	آزمون	شاهد	آزمون	
۷۴/۵۲	۷۱/۰۷	۵۲/۹۲	۵۶/۴۲	مقایسه میانگین
۱۱/۱۳	۱۱/۰۲	۷/۴۴	۹/۶۲	انحراف معیار

از نظر میانگین نمرات روشهای مقابله‌ای مشکل مدار قبل از آموزش در گروه آزمون از ۵۴/۲۷ به ۵۶/۴۲ بعد از آموزش افزایش یافته در حالی که در گروه شاهد در پس آزمون از ۵۵/۳۵ به ۵۲/۹۲ کاهش یافته است. همچنین میانگین نمرات روشهای مقابله‌ای هیجان مدار در گروه آزمون قبل از آموزش از ۷۴/۵۵ به ۷۱/۰۷ بعد از آموزش کاهش یافته در حالی که در گروه شاهد از ۷۵/۳۷ به ۷۴/۵۲ رسیده است (جدول شماره ۳).

جهت تعیین اختلاف بین میانگین‌های نمرات مشکل مدار و هیجان مدار دو گروه آزمون و شاهد قبل و بعد از آموزش از آزمون آنالیز واریانس غیر پارامتریک با $P=0/237$ در مورد مشکل مدار و $P=0/211$ در مورد

پس از گردآوری اطلاعات جهت بررسی مقایسه میانگین نمرات مشکل مدار و هیجان مدار در دو گروه شاهد و آزمون قبل و بعد از آموزش از آنالیز واریانس غیر پارامتریک و جهت تعیین ارتباط بین متغیرها با روشهای مقابله‌ای مشکل مدار و هیجان مدار از آزمون کای اسکور و t استفاده گردید.

نتایج:

سن اکثریت واحدهای مورد پژوهش در گروه آزمون ۴۷/۵٪ و در گروه شاهد ۵۰٪ در محدوده سنی ۱۵-۱۳ سال می‌باشند. ۵۲/۵٪ در گروه آزمون و ۵۷/۵٪ در گروه شاهد مونث می‌باشند. در گروه آزمون ۴۵٪ و در گروه شاهد ۵۲/۵٪ در مقطع تحصیلی راهنمایی می‌باشند. جهت همگن کردن سن نمونه های پژوهشی آزمون و شاهد از تست t استفاده گردید که اختلاف معنی‌داری بین دو گروه وجود ندارد. همچنین دو گروه از نظر جنس و مقطع تحصیلی یکسان می‌باشند و اختلاف معنی‌داری بین دو گروه وجود ندارد. طول مدت تزریق خون اکثر نمونه‌ها در گروه آزمون و شاهد ۱۹-۱۵ سال می‌باشد. ۲۷/۵٪ در گروه آزمون و ۳۵٪ در گروه شاهد از نظر رتبه تولد فرزند اول خانواده می‌باشند. ۸۷/۵٪ در گروه آزمون و ۶۰٪ در گروه شاهد بطور منظم داروی دسفرال را تزریق می‌نمایند. همچنین ۵۰٪ در گروه آزمون و ۵۵٪ در گروه شاهد طحال آنها برداشته شده است.

میانگین نمرات روشهای مقابله‌ای مشکل مدار و هیجان مدار قبل و بعد از آموزش در دو گروه شاهد و آزمون در جداول ۱ و ۲ نشان داده شده است.

جدول شماره ۱- میانگین نمرات روشهای مقابله‌ای مشکل مدار و هیجان مدار در دو گروه شاهد و آزمون قبل از آموزش مراقبت از خود

نمرات هیجان مدار قبل از آموزش		نمرات مشکل مدار قبل از آموزش		نمرات گروه
شاهد	آزمون	شاهد	آزمون	
۷۵/۳۷	۷۴/۵۵	۵۵/۳۵	۵۴/۲۷	مقایسه میانگین
۱۰/۲۶	۹/۸۹	۸/۵۵	۱۱/۴۶	انحراف معیار

طحال ارتباط معنی‌دار وجود دارد ($P < 0/05$) ولی با مقطع تحصیلی ارتباط معنی‌داری را نشان نمی‌دهد ($P > 0/05$).
روشهای مقابله‌ای هیجان مدار با سن، رتبه تولد اول، بعد خانوار و دفعات بستری شدن در بیمارستان ارتباط معنی‌دار وجود دارد ($P < 0/05$) ولی با جنس (مونث)، مقطع تحصیلی، تزریق مرتب داروی دسفرال ارتباط معنی‌داری را نشان نمی‌دهد ($P > 0/05$).

هیجان مدار اختلاف معنی‌دار را نشان نمی‌دهد. به عبارتی آموزش مراقبت از خود در بکارگیری روشهای مقابله‌ای در گروه شاهد و آزمون تأثیر نداشته و اختلاف از نظر آماری معنی‌دار نبود.
روشهای مقابله مشکل مدار با سن، جنس (مونث)، رتبه تولد اول، بعد خانوار، تزریق منظم داروی دسفرال و برداشتن

جدول شماره ۳- میانگین نمرات روشهای مقابله‌ای قبل و بعد از آموزش در دو گروه شاهد و آزمون

میانگین نمرات هیجان مدار		نمرات مشکل مدار				نمرات گروه
شاهد		آزمون		شاهد		
قبل	بعد	قبل	بعد	قبل	بعد	قبل
۵۵/۳۷	۷۴/۵۲	۷۴/۵۵	۷۱/۰۷	۵۶/۹۲	۵۵/۳۵	۵۶/۴۲
۱۰/۳۶	۱۱/۱۲	۹/۸۹	۱۱/۰۲	۷/۴۴	۸/۵۵	۹/۶۳
						۱۱/۴۶

خاصی برای رفع مسایل و مشکلات خود انتخاب کرده و در نتیجه این افراد بیشتر در مقابل آموزش مقاوم هستند. علاوه بر آن تغییر روشهای مقابله‌ای بعد از آموزش نیاز به زمان دارد تا رفتار خاص در فرد بصورت عادت درآید بعد از آن روشهای مقابله‌ای سنجیده شود.
ولی طبق پرسشنامه روشهای مقابله‌ای جالویس در مورد روشهای مقابله‌ای مشکل مدار تغییر نمره از کمتر به بیشتر در قبال آموزش مراقبت از خود مطلوب بوده است و همچنین در مورد روشهای مقابله‌ای هیجان مدار تغییر نمره از بالاتر به پایین تر و یا یکسان ماندن آن در قبال آموزش مطلوب بوده است (۱۸). با توجه به این موضوع میانگین نمرات مشکل مدار در گروه آزمون قبل از آموزش از ۵۴/۲۷ به ۵۶/۴۲ بعد از آموزش افزایش یافته در حالی که در گروه شاهد پس آزمون میانگین نمرات مشکل مدار ۵۵/۳۵ به ۵۲/۹۲ کاهش یافته است. به عبارت دیگر اگرچه آزمون آماری تفاوت معنی‌داری را بین دو گروه از نظر روشهای مقابله نشان نداد اما بطور کمی تغییرات در نمرات گروه آزمون از نظر روشهای مقابله‌ای مشکل مدار بیشتر بوده است که این نشان می‌دهد که یکی از معیارهایی که می‌تواند در بکارگیری

بحث و نتیجه‌گیری:

سن گروههای مورد پژوهش در گروه آزمون ۵/۴۷٪ و در گروه شاهد ۵۰٪ در محدوده سنی ۱۵-۱۳ سال می‌باشند. ۸۵٪ از کل مبتلایان کشور، در گروه سنی زیر ۱۸ سال قرار دارند. جمعیت مبتلایان تالاسمی ماژور جمعیتی جوان است و در واقع اکثریت این مبتلایان، در گروه سنی کودک و نوجوان بسر می‌برند (۲).
میانگین نمرات روشهای مقابله‌ای مشکل مدار قبل از آموزش در گروه آزمون و در گروه شاهد رفتارهای مقابله‌ای هیجان مدار نیز قبل از آموزش در گروه آزمون و در گروه شاهد تفاوت معنی‌داری را نشان نداد. لذا رفتارهای اتخاذ شده مقابله‌ای در دو گروه قبل از آموزش از نظر نوع و میزان بکارگیری روشها نیز یکسان بودند، که این موضوع احتمالاً به دلیل یکسان بودن دو گروه از نظر سابقه ابتلا به بیماری تالاسمی، نداشتن آموزش مراقبت از خود و یکسان بودن طول مدت زمان تزریق خون (۱۹-۱۵ سال) می‌باشد.
رفتارهای اتخاذ شده مقابله‌ای در دو گروه بعد از آموزش از نظر نوع و میزان بکارگیری روشها نیز یکسان بودند که این موضوع احتمالاً به دلیل طولانی بودن مدت زمان تزریق خون هر فرد روش مقابله‌ای

به دلیل لیز بیش از حد گلبولهای قرمز در طحال را کاهش می‌دهد و منجر به کاهش مشکلات آنها می‌گردد (۷).

استفاده از روشهای مقابله‌ای با سن (در محدوده سنی ۱۵-۱۳ سال) ارتباط دارد چون اکثریت نمونه‌ها در این گروه سنی می‌باشند که علاوه بر مشکلات حاصله از بیماری مزمن، به دلیل شروع بلوغ جنسی بیشتر است لذا از روشهای مقابله‌ای مشکل مدار یا هیجان مدار بیشتر استفاده می‌شود.

روشهای مقابله‌ای مشکل مدار با جنس نیز ($P < 0/02$) ارتباط دارد. بنظر می‌رسد که جنس مونث در برخورد با مشکلات برخورد منطقی‌تری نسبت به جنس مذکر دارند.

روشهای مقابله‌ای مشکل مدار و هیجان مدار با رتبه تولد اول ارتباط دارد چون بنظر می‌رسد در صورت ابتلاء فرزند اول خانواده به بیماری تالاسمی به دلیل عدم آگاهی والدین از این بیماری اقدامات درمانی دیرتر شروع می‌شود و بیماری تالاسمی عوارض خود را به جای می‌گذارد لذا مشکلات آنها بیشتر می‌باشد. از سوی دیگر روشهای مقابله‌ای (مشکل مدار و هیجان مدار) با بعد خانوار نیز ارتباط دارد. وقتی که تعداد اعضای خانواده محدودتر باشد مشکلات اقتصادی جهت درمان بیماری تالاسمی کمتر است بنابراین استفاده از روشهای مقابله‌ای کمتر است. در تأیید این مطلب جویا در مطالعه خود بیان می‌کند که هر بیمار تالاسمی ماژور سالیانه حدود ۱۰۰ هزار دلار هزینه دارد (۲۲).

Canatan در مطالعه‌اش نشان داد که سطح بالای اضطراب والدین کودکان مبتلا به تالاسمی، به دلیل مشکلات مالی ناشی از این بیماری می‌باشد (۲۳).

روشهای مقابله‌ای هیجان مدار با دفعات بستری شدن در بیمارستان ارتباط دارد. بستری شدنهای مکرر باعث می‌شود که نوجوان از طرف خانواده بیش از حد مورد حمایت قرار گیرد و مانع از این شود که نوجوان جهت حل مشکلات خود از روشهای حل مشکل استفاده کند. بطور کلی در این مطالعه اختلاف معنی‌دار آماری بین دو گروه بعد از آموزش نشان نداد ولی در گروه

روشهای مقابله‌ای مشکل مدار تأثیر داشته باشد، آموزش خود مراقبتی است.

Janelli و همکارانش هم متعاقب انجام پژوهشی بر روی دو گروه بیمار مبتلا به بیماری مزمن انسداد ریوی، همانند پژوهش فوق گزارش نمودند که بعد از پایان برنامه آموزشی، در میانگین نمره کل بدست آمده از جدول جالویس قبل و بعد از آموزش اختلاف معنی دار آماری وجود نداشته است (۱۵).

سیما زهری‌انبوهی در مطالعه‌ای بر روی دو گروه بیماران تحت درمان با همودیالیز گزارش کرده است که بعد از پایان برنامه آموزشی، در گروه مورد بعضی از روشهای مشکل مدار نمرات بالاتر را به خود اختصاص داده اند (۱۹). ولی مطالعه Karen نشان داد استفاده از یک برنامه آموزشی در نوجوانان باردار باعث افزایش استفاده از روشهای مقابله‌ای مشکل مدار و کاهش روشهای مقابله‌ای هیجان مدار می‌گردد (۱۴).

Gifte & Austin در مطالعه‌ای بر روی دو گروه بیمار مبتلا به بیماری مزمن انسداد ریوی نیز گزارش نمودند که بعد از پایان برنامه آموزشی گروه آزمون به میزان کمتری از روشهای هیجان مدار استفاده کرده است (۲۰).

Inoye و همکارانش در تأیید مطالب فوق نشان می‌دهد که استفاده از یک برنامه آموزشی مراقبت از خود در افراد مبتلا به ایدز باعث کاهش بعضی از روشهای مقابله‌ای هیجان مدار می‌گردد (۲۱).

روشهای مقابله‌ای مشکل مدار با تزریق منظم داروی دسفرال ارتباط شدیدی ($P < 0/001$) وجود داشته است زیرا تزریق منظم داروی دسفرال باعث کاهش مشکلات حاصله از رسوب آهن در بافتهای مختلف بدن نظیر قلب و کبد می‌گردد. همچنین تزریق منظم داروی دسفرال که قسمتی از برنامه خود مراقبتی است باعث افزایش استفاده از روشهای مقابله‌ای مشکل مدار می‌شود. علاوه بر آن برداشتن طحال که جزء درمانهای بیماران تالاسمی ماژور است مشکلاتی مثل تنگی نفس به دنبال بزرگ شدن طحال و فشار بر روی قفسه سینه، تزریق مکرر خون

اثر آموزش بر روشهای مقابله‌ای بیش از سه ماه فاصله زمانی داشته باشد.

سپاسگزاری:

از مدیریت و پرسنل محترم مرکز تالاسمی بیمارستان کودکان امیرکلا که در اجرای این مطالعه ما را یاری نموده‌اند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌گردد.

آزمون بعد از آموزش از روشهای مقابله مشکل مدار به میزان بیشتر و از روشهای هیجان مدار به میزان کمتر استفاده کردند که طبق فرم سنجش روشهای مقابله‌ای جالویس تغییر نمرات مشکل مدار از کمتر به بیشتر و هیجان مدار از بیشتر به کمتر یا یکسان ماندن آن در قبال آموزش مراقبت از خود مطلوب می‌باشد (۱۸). این بررسی همچنین نشان داد که تغییر روشهای مقابله‌ای بعد از آموزش نیاز به زمان دارد تا رفتار خاص در فرد بصورت عادت درآید، لذا توصیه می‌شود جهت ارزیابی

References

منابع

1. Angastiniotis M. The adolescent thalassemic. The complicant rebel. *Minerava Pediatr.* 2002;54(6):511-515.
 فرج خدا، تهمینه، فروتن، فریبا، بکائی، مهشید، فرنیاء، فرحناز. نقش شیوه‌های آموزشی در پیشگیری از بیماری تالاسمی. خلاصه مقالات چهارمین همایش هماتولوژی، انکولوژی ایران، دانشگاه علوم پزشکی مشهد. ۱۳۸۱. ص ۱۷۳.
3. Zani B. Psychosocial aspects of chronic illness in adolescents with thalassemia major. *J Adolesc.* 1995;18(4):387-402.
4. Aydinok Y, Eremis S, Bukusoglu N, Yilmaz D, Solak U. Psychosocial implications of thalassemia major. *Pediatrics International.* 2005;47(1):84-89.
5. Guasco G, La Mantia A, Cuniolo A. [Psychological problems of thalassemic subjects]. *Pediatr Med Chir.* 1987;9(3):269-279.
6. Louthrenoo O, Sittipreechacharn S, Thanarattanakorn P, Sanguasermisri T. Psychosocial problems in children with thalassemia and their siblings. *J Med Assoc Thai.* 2002;85(8):881-885.
7. Politis C. The psychosocial impact of chronic illness. *Ann N Y Acad Sci.* 2005;850:349-354.
8. Adams M. Information and education across the phases of cancer care. *Semin Oncol Nurs.* 1991;7(2):105-111.
9. van der Molen B. Relating information needs to the cancer experience: 1. Information as a key coping strategy. *Eur J Cancer Care.* 1999;8(4):238-244.
10. Spirito A, Stark LJ, Gil KM, Tyc VL. Coping with everyday and disease-related stressors by chronically ill children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1995;34(3):283-290.
11. Rao P, Pradhan PV, Shah H. Psychopathology and coping in parents of chronically ill children. *Indian J Pediatr.* 2004;71(8):695-699.
12. Dunkel-Schetter C, Feinstein LG, Taylor SE, Falke RL. Patterns of coping with cancer. *Health Psychol.* 1992;11(2):79-87.
13. Lopez MA, Toprac MG, Crismon ML, Boemer C, Baumgartner J. A psychoeducational program for children with ADHD or depression and their families. *Community Ment Health J.* 2005;41(1):51-66.
14. Myors K, Johnson M, Langdon R. Coping styles of pregnant Adolescents. *Public Health Nurs.* 2001;18(1):24-32.
15. Janelli LM, Scherer YK, Schimeder LE. Can a pulmonary health teaching program alter patient's ability to cope with COPD? *Rehabil Nurs.* 1991;199-202.

16. Yang HC, Chen YC, Mao HC, Lin KH. [Illness knowledge, social support and self care behavior in adolescents with beta-thalassemia major]. *Hu Li Yan Jiu*. 2001;9(2):114-124.
17. Watts S, Edgar L. Nuicare, a coping skills training intervention for oncology patients and families. *Can Oncol Nurs J*. 2004;14(2):84-95.
18. Jalowiec A, Murphy SP, Powers MJ. Psychometric assessment of the Jalowiec Coping Scale. *Nurs Res*. 1984;33(3):157-161.
19. زهری انبوهی، سیما. بررسی تأثیر آموزش اصول مراقبت از خود بر روشهای مقابله‌ای بکار گرفته شده توسط بیماران تحت درمان با همودیالیز در بیمارستانهای آموزشی وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی شهر تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی ایران، ۱۳۷۳. ص ۱۲۴.
20. Gift AG, Austin DJ. The effects of a program of systematic movement on COPD patients. *Rehabil Nurs*. 1992;17(1):6-10.
21. Inouye J, Flannelly L, Flannelly KJ. The effectiveness of self-management training for individuals with HIV/AIDS. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2001;12(2):73-84.
22. جويا، محمدرضا. زمانی، مینا. بررسی وضعیت عوارض در بیماران مبتلا به تالاسمی ماژور در استان خراسان. خلاصه مقالات چهارمین همایش هماتولوژی، انکولوژی ایران، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ۱۳۸۳. ص ۶۱.
23. Canatan D, Ratip S, Kaptan S, Cosan R. Psychosocial burden of beta-thalassemia major in Antalya, south Turkey. *Soc Sci Med*. 2003;56(4):815-819.