

سلامت روانی نوجوانان مبتلا به تالاسمی ماژور مراجعه کننده به مرکز بیماری‌های خاص شهر کرمان

بتول پورابولی^۱، منصوره عزیززاده فروزی^۲، منصور عرب^۳

چکیده

مقدمه: بتا تالاسمی یک بیماری ژنتیکی است که در سنتز هموگلوبین اختلال ایجاد می‌کند و در صورت عدم تزریق خون و دسفرال، به عوارض جدی و مرگ می‌انجامد. از آنجا که در مورد مسائل روانی و اجتماعی نوجوانان مبتلا به تالاسمی مطالعات محدودی انجام شده است، این مطالعه به بررسی سلامت روانی نوجوانان مبتلا به بتا تالاسمی ماژور مراجعه کننده به مرکز بیماری‌های خاص شهر کرمان در سال ۱۳۸۶-۱۳۸۵ می‌پردازد.

روش‌ها: این پژوهش از نوع مقطعی و شامل ۲۵۰ نفر بود. ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28) شامل ۲۸ سؤال با چهار حیطه نشانه‌های جسمانی، اضطراب، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی بود. داده‌ها با نرم افزار SPSS نسخه ۱۳ و آزمون کای دو تجزیه و تحلیل شدند.

نتایج: همه بیماران از نظر سلامت عمومی دچار اختلال بودند. در بین چهار حیطه مورد بررسی، بیشترین میانگین نمره مربوط به اختلال عملکرد $4/4 \pm 14/6$ و کمترین نمره مربوط به اضطراب $4/3 \pm 13/5$ بود. در هر چهار حیطه حداقل و حداکثر نمرات به ترتیب ۷ و ۲۸ بودند و در هر چهار حیطه، درصد افراد سالم به مراتب کمتر از افراد با اختلال در سلامت روان بود. بین وجود اختلال در حیطه‌های مختلف و گروه سنی در هیچ یک از موارد، رابطه معنی‌داری وجود نداشت.

بحث و نتیجه‌گیری: با توجه شیوع بالای اختلالات روانی در این بیماران، لزوم توجه بیشتر به سلامت روان آن‌ها و برنامه ریزی به منظور پیشگیری و کاهش اختلالات روانی توصیه می‌شود.

واژگان کلیدی: تالاسمی، سلامت روانی، نوجوانان

مقدمه

بتا تالاسمی شامل یک گروه متنوع از اختلالات ژنتیکی در سنتز هموگلوبین می‌باشد که ناشی از کاهش سنتز زنجیره‌های بتا گلوبین است (۱). تالاسمی ماژور شدیدترین فرم بتا تالاسمی می‌باشد که نخستین بار توسط یک متخصص کودکان اهل دترویت به نام توماس کولی توصیف شد (۲). در این بیماری فقدان کامل پروتئین بتا در هموگلوبین منجر به کم خونی

تهدید کننده‌ای می‌شود که حیات فرد لزوماً به تزریق منظم خون و مراقبت دائم پزشکی بستگی دارد (۳). هزاران کودک مبتلا هر سال به دنیا می‌آیند (۲). امروزه تالاسمی یک مشکل بهداشتی مهم در ایران محسوب گردیده و از شیوع بالایی برخوردار است (۴). بیش از ۳ میلیون نفر از مردم ایران (حدود ۴ درصد) حامل ژن بتا تالاسمی هستند (۵) و ۲۶ هزار نفر بیمار تالاسمی وابسته به تزریق خون در ایران وجود دارند. بیشترین

۱- دانشجوی دکتری، گروه پرستاری بهداشت همگانی، دانشکده پرستاری و مامایی رازی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

۲- مربی، مرکز تحقیقات علوم اعصاب و انسیتو نورو فارماکولوژی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

۳- مربی، گروه اصول و فنون و مراقبت‌های ویژه، دانشکده پرستاری و مامایی رازی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

Email: m_forouzi@kmu.ac.ir

نویسنده‌ی مسئول: منصوره عزیززاده فروزی

آدرس: کرمان، ابتدای هفت باغ علوی، پردیس دانشگاه علوم پزشکی کرمان، دانشکده پرستاری و مامایی رازی، گروه پرستاری

تلفن: ۰۳۴-۳۳۲۰۵۲۱۹ فاکس: ۰۳۴-۳۳۲۰۵۲۲۰

به تالاسمی ماژور و کودکان سالم در هندوستان انجام دادند، نشان دادند که کودکان مبتلا به تالاسمی شیوع عوارض بیشتری نسبت به گروه کنترل داشتند و لذا پیشگیری از مشکلات روانی در این گروه حائز اهمیت است (۱۰).

در بررسی غنی‌زاده و همکاران، شایع‌ترین اختلال روانی این بیماران، افسردگی و اضطراب بوده است. ۱/۸٪ کمبود توجه، ۹٪ اختلال دوقطبی، ۴۹٪ خلق افسرده، ۶۲/۷٪ تحریک‌پذیری و عصبانیت، ۴۳٪ افکار راجع به مرگ و ۲۷/۳٪ افکار خودکشی را در یک سال گذشته گزارش کرده بودند (۱۱).

در سال ۱۹۹۷ آیدین و همکاران، مطالعه‌ای به منظور بررسی جنبه‌های روانشناختی و اختلالات روانی بیماران مبتلا به تالاسمی ماژور را به انجام رساندند. نتایج این پژوهش نشان داد که بیشتر بیماران مبتلا به تالاسمی ماژور مشکلات روانی شدید داشتند (۱۲).

با توجه به مطالعات انجام شده و با توجه به این مطلب که شیوع اختلالات روانی در بیماران مبتلا به تالاسمی بالا است، به نظر می‌رسد که درمان پزشکی آتی بیماران باید با کمک‌ها و درمان‌های روانپزشکی مورد حمایت قرار گیرد.

با توجه به تجربه پژوهشگر در این بخش و این که در مورد شیوع علایم روانی بیماران تالاسمی در کرمان مطالعه‌ای انجام نشده است، این مطالعه با هدف بررسی سلامت روانی نوجوانان مبتلا به تالاسمی ماژور مراجعه کننده به مرکز بیماری‌های خاص شهر کرمان انجام شد. آنچه مسلم است با توجه به نتایج این پژوهش می‌توان در صورت لزوم دوره‌های آموزشی یا کلاس‌های مشاوره جهت پیشگیری یا بهبود این بیماران دایر نمود.

فراوانی حدود ۱۰٪ در حاشیه دریای خزر و خلیج فارس بوده و شیوع بیماری در مناطق دیگر بین ۸-۴ درصد است (۶). از سوی دیگر بسیاری از عوامل مانند: مزمن بودن بیماری، چگونگی تحمل درمان، نقص عضو و انتظار مرگ زودرس از عواملی هستند که منجر به ایجاد مشکلات روانی-اجتماعی در بیماران تالاسمی ماژور می‌گردند (۷) و تأثیر عمیقی بر عملکرد بیمار و کل خانواده گذاشته که این مسئله با توجه به ویژگی‌های دوران نوجوانی می‌تواند در این مقطع تشدید شود (۳).

Aydinok و همکاران، در تحقیقی که در ترکیه به منظور بررسی سلامت روانی بیماران تالاسمی انجام دادند، گزارش کردند که ۲۴ درصد بیماران مشکلات روانی شامل افسردگی شدید، اختلالات اضطرابی و شب ادراری داشتند (۷). پهلوانی و همکاران در تحقیقی نشان دادند که ۷۷ درصد از نوجوانان ۱۵-۱۸ ساله مورد بررسی درجاتی از افسردگی را دارا بودند (۸). در تحقیقی که خدایی و همکاران در بررسی وضعیت سلامت روانی _ اجتماعی نوجوانان تالاسمی استان تهران انجام دادند، گزارش کردند که نوجوانان تهرانی شرکت کننده در پژوهش به طور نسبتاً قابل قبولی بر استرس و شرایط بیماری خود فائق آمده بودند. البته وی معتقد است باید احتمال انکار بیماری را نیز با توجه به حساس بودن دوره سنی لحاظ کرد (۱). در مطالعه‌ای که Shaligram و همکاران در سال ۲۰۰۷ در هند به منظور بررسی مشکلات روانی و کیفیت زندگی کودکان مبتلا به تالاسمی انجام دادند، به این نتیجه دست یافتند که ۴۴ درصد از کودکان مشکل روانی داشتند (۹).

در مطالعه‌ای که Saini و همکاران در سال ۲۰۰۷ به منظور مقایسه شیوع عوارض روانی در کودکان مبتلا

مواد و روش‌ها

این پژوهش از نوع مقطعی، توصیفی - تحلیلی است که در سال ۸۶-۱۳۸۵ در استان کرمان انجام شد. در این پژوهش سلامت روانی نوجوانان مبتلا به تالاسمی ماژور مراجعه کننده به مرکز بیماری‌های خاص در یک نوبت سنجیده شد. بدین معنی که از هر واحد پژوهش یک بار اطلاعات جمع‌آوری گردید و هیچ مداخله‌ای صورت نگرفت.

جامعه پژوهش را کلیه نوجوانان ۲۰-۱۱ ساله تالاسمی ماژور مراجعه کننده به مرکز بیماری‌های خاص شهر کرمان تشکیل دادند و تعداد آنان ۲۵۰ نفر بود که به روش سرشماری وارد مطالعه شدند. زمان جمع‌آوری داده‌ها قبل از خون‌گیری بوده و پرسشنامه‌ها توسط مشارکت کنندگان تکمیل شد. در زمان پر کردن پرسشنامه‌ها، محقق در محل حضور داشت تا اگر مشارکت کنندگان اشکالی داشتند، پاسخ داده شود. ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28) بود؛ این پرسشنامه شناخته شده ترین ابزار غربالگری در روان‌پزشکی است و به صورت فرم‌های ۱۲، ۲۸، ۳۰ و ۶۰ سؤالی موجود است. فرم میزان شده ۲۸ سؤالی، چهار حیطه نشانه‌های جسمانی، اضطراب، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی را شامل می‌شود. روایی و پایایی این ابزار بیشتر در مطالعه تقوی (۱۳) سنجیده و تأیید شده بود. در مطالعه مذکور پایایی ابزار با روش آزمون - بازآزمون ۰/۷۲ و ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۹۳ گزارش شده است. همچنین روایی ابزار از طریق همبستگی خرده آزمون‌ها با نمره کل در حد رضایت بخش و بین ۰/۷۲ تا ۰/۸۷ محاسبه گردید. نمره‌گذاری این پرسشنامه به صورت مقیاس لیکرت می‌باشد و به هر پاسخ نمره صفر تا ۳

اختصاص داده شد و نقطه برش نمره کلی ۲۳ می‌باشد (۱۴). بر این اساس کلیه افرادی که نمره کمتر از ۲۳ کسب نمودند از نظر روانی سالم و کسانی که از نمره ۲۳ یا بیشتر برخوردار بودند، دارای اختلالات روانی طبقه‌بندی شدند.

کلیه ملاحظات اخلاقی از جمله محرمانه بودن اطلاعات و آزاد بودن مشارکت کنندگان به شرکت در پژوهش رعایت گردید. داده‌ها در نرم افزار SPSS نسخه ۱۳ با استفاده از آمار توصیفی، آزمون‌های تی و آنالیز واریانس یک طرفه و مجذور کای در سطح معنی داری ۰/۰۵ تجزیه و تحلیل شدند.

نتایج

از ۲۳۹ نفر که به شرکت در مطالعه رضایت دادند، بیش از نیمی از افراد مورد مطالعه مذکر و میانگین و انحراف معیار سن $2/2 \pm 14/15$ (با حداقل ۱۱ و حداکثر ۱۸ سال بود). افراد در هر یک از سه گروه سنی ۱۱-۱۳، ۱۵-۱۴ و بالای ۱۵ سال قرار داشتند. از نظر وضعیت تحصیلی، بیشتر افراد محصل و بقیه ترک تحصیل کرده بودند (جدول ۱). میانگین و انحراف معیار تعداد فرزندان خانواده $1/9 \pm 3/4$ با حداقل ۱ فرزند و حداکثر ۱۳ فرزند بود. در بین چهار حیطه مورد بررسی، بیشترین میانگین نمره مربوط به اختلال عملکرد و کمترین آن مربوط به اضطراب بود (جدول ۲). در هر چهار حیطه حداقل و حداکثر نمرات ممکن به ترتیب ۷ و ۲۸ بود. در هر یک از چهار حیطه، درصد افراد سالم به مراتب کمتر از افراد دارای اختلال در سلامت روان بود.

جدول ۱: فراوانی مطلق و نسبی برخی ویژگی‌های فردی نوجوانان تالاسمی

متغیرها	تعداد	درصد
جنس		
مرد	۱۲۶	۵۲/۷
زن	۱۱۳	۴۷/۳
سن		
۱۱-۱۳ سال	۷۴	۳۱/۰
۱۴ تا ۱۵ سال	۸۷	۳۶/۴
بالاتر از ۱۵	۷۸	۳۲/۶
وضعیت تحصیلی		
محصل	۱۴۴	۶۰/۳
ترک تحصیل	۹۵	۳۹/۷
تحصیلات مادر		
بی سواد	۱۸۴	۷۷/۳
سیکل	۳۹	۱۶/۲
دیپلم	۱۲	۵/۲
لیسانس و بالاتر	۴	۱/۳
تحصیلات پدر		
بی سواد	۱۶۰	۶۶/۷
سیکل	۳۳	۱۳/۵
دیپلم	۲۴	۱۰/۱
لیسانس و بالاتر	۲۲	۹/۶
محل سکونت		
شهر	۱۶۸	۷۰/۳
روستا	۷۱	۲۹/۷
وضعیت سکونت		
شخصی	۱۵۷	۶۵/۷
استیجاری	۸۲	۳۴/۳
وضعیت اشتغال مادر		
خانه دار	۲۰۴	۸۵/۴
شاغل	۳۵	۱۴/۶
وضعیت اشتغال پدران		
بیکار	۴۰	۱۷/۱
کارگر	۸۰	۳۳/۹
کارمند	۴۸	۲۰/۴
سایر مشاغل	۷۱	۲۱/۸
والدین رابطه خویشاوندی دارند		
دارد	۱۲۱	۵۰/۴
ندارد	۱۱۸	۴۹/۶
فرد مبتلا به تالاسمی در خانواده وجود دارد		
بله	۸۸	۳۶/۸
خیر	۱۵۱	۶۳/۲
کل	۲۳۹	۱۰۰

جدول ۲: فراوانی و میانگین و انحراف معیار نمرات حیطه‌های مختلف سلامت روانی در نوجوانان مبتلا به تالاسمی

حیطه	میانگین	انحراف معیار	افراد دارای اختلال تعداد (درصد)	نقطه برش
جسمانی	۱۳/۹	۳/۸	۱۹۸ (۸۲/۸۴)	>۶
اضطراب	۱۳/۵	۳/۴	۱۴۰ (۵۸/۵۷)	>۶
اختلال عملکرد	۱۴/۶	۴/۴	۲۰۰ (۸۳/۶۸)	>۶
افسردگی	۱۳/۷	۵/۲	۱۵۰ (۶۲/۷۶)	>۶

براساس نقطه برش ۲۳ برای نمره کل پرسشنامه، هیچ یک از افراد مورد مطالعه سالم نبودند. میانگین و انحراف معیار نمره کلی $14/9 \pm 55/7$ با حداقل ۲۸ و حداکثر ۱۱۲ بود. بیشترین میانگین نمره، مربوط به

اضطراب بود. همبستگی بین نمرات چهار حیطة با یکدیگر در همه موارد رابطه معنی‌داری داشت و همبستگی مثبت را نشان داد (جدول ۳).

جدول ۳: ضریب همبستگی بین میانگین نمرات مختلف ابعاد سلامت روان نوجوانان مبتلا به تالاسمی

حیطه	جسمانی	اضطراب	اختلال عملکرد
اضطراب	$r=0/71$ $P=0/0001$	-	-
اختلال عملکرد	$r=0/59$ $P=0/0001$	$r=0/56$ $P=0/0001$	-
افسردگی	$r=0/58$ $P=0/0001$	$r=0/65$ $P=0/0001$	$r=0/67$ $P=0/0001$

نتایج پژوهش نشان می‌دهد میانگین امتیازات بیماران در آزمون سلامت عمومی $6/12$ بود و حدوداً 78% از بیمارانی که سلامت روانی نامطلوبی داشتند، در گروه سنی اواخر نوجوانی (یعنی حدود سن ۲۰ سالگی) بودند. اما بین میانگین نمرات حیطة‌های مختلف و سن در هیچ یک از موارد، رابطه معنی‌داری وجود نداشت. مقایسه وضعیت ابعاد مختلف سلامت روان با توجه به متغیرهای جنس، گروه سنی، وضعیت تحصیل، وجود فرد دیگر مبتلا به تالاسمی در خانواده و تحصیلات، در هیچ مورد تفاوت معنی‌داری را نشان نداد.

در مورد تحصیلات پدر، به جزء حیطة اضطراب در سه حیطة دیگر تفاوت معنی‌داری وجود داشت، به طوری که اختلال شدید جسمانی و اختلال عملکرد در افرادی که پدر آنها بی‌سواد بود، بیش از افرادی بود که پدر آنها با سواد بود (به ترتیب $P=0/05$ و $P=0/0001$) و اختلال افسردگی شدید در افرادی که

پدر آنها تحصیلات دانشگاهی داشتند (60% درصد) بیش از افرادی بود که پدر آنها بی‌سواد بود یا تا سطح دیپلم تحصیل کرده بودند ($P=0/01$).

بحث

تالاسمی مانند هر بیماری مزمن و محدودکننده دیگر، تأثیر نامطلوب بر سلامت روانی بیمار و خانواده خواهد گذاشت (۱۵). براساس یافته‌های پژوهش حاضر نوجوانان مبتلا به تالاسمی در تمام ابعاد سلامت روان دچار مشکل بودند که بیشترین میانگین نمره مربوط به اختلال عملکرد و کمترین مربوط به اختلال اضطراب بوده است که این نتایج با پژوهش سایر محققین که اعلام داشته‌اند ۱۷ تا ۲۰ درصد کودکان مبتلا به بیماری‌های مزمن جسمی، دچار اختلالات روانی و عدم تطابق اجتماعی هستند (۱۷) و مشکلات روانی-اجتماعی در اطفال با تالاسمی بالا می‌باشد، هماهنگ است (۲۲).

کودکان مبتلا به تالاسمی بیان می‌کنند به دلیل تفاوت شکل ظاهری‌شان (شکل صورت، رنگ پوست و قد کوتاه) با سایر کودکان، دیگران با نگاه کنجکاوانه به آنان می‌نگرند و این باعث می‌شود که همیشه به خاطر داشته باشند که بیمار هستند و با سایرین تفاوت دارند. این برخورد عامل مهم دیگری در انزوایی و گوشه‌گیری اجتماعی آنان است. اعتماد به نفس در کودکان مبتلا به بیماری‌های مزمن نسبت به گروه کودکان سالم کمتر است و حدود ۶۰ درصد این کودکان مشکلاتی در زمینه تطابق روانی-اجتماعی دارند. در مطالعاتی گزارش شده که کودکان مبتلا به تالاسمی از میزان اعتماد به نفس و احساس شایستگی اجتماعی پایین‌تر و میزان اختلالات رفتاری بالاتری نسبت به گروه شاهد برخوردارند (۱۷). در مطالعه برادران و همکاران، اختلالات روانی از قبیل افسردگی در بیماران تالاسمی (۱۴٪) به طور معنی-داری بیشتر از گروه شاهد (۵/۵٪) بوده است، ضمن این که ناامیدی و اضطراب نیز در این گروه نسبت به گروه شاهد بالاتر بوده است (۱۶).

در مطالعه حاضر تقریباً یک سوم افراد در هر یک از سه گروه سنی ۱۳-۱۱، ۱۵-۱۴ و بالای ۱۵ سال قرار داشتند. در مطالعه حسینی و همکاران (۲۰) هم بیماران تالاسمی در محدوده سنی بین ۱۵ تا ۲۵ سال بودند.

از نظر وضعیت تحصیلی، بیشتر افراد محصل بودند و بقیه ترک تحصیل کرده بودند که از مطالعه پهلوانی و همکاران در ۱۳۸۱ که گزارش نموده‌اند نزدیک به ۱۰٪ این بیماران ترک تحصیل کرده‌اند (۸)، بیشتر می‌باشد. این موضوع قابل توجه بوده و باید در رابطه با دلایل ترک تحصیل در این بیماران که احتمالاً یکی از پیامدهای تغییر در سلامت عمومی می‌باشد، تحقیق

کرد.

در این پژوهش، درصد افراد سالم در هر کدام از حیطه‌ها به مراتب کمتر از افراد با اختلال بود و بر اساس نقطه برش اعلام شده برای نمره کل پرسشنامه، هیچ یک از افراد مورد مطالعه سالم نبودند. مقایسه وضعیت ابعاد مختلف سلامت روان با توجه به متغیرهای جنس، گروه‌بندی سنی، وضعیت تحصیل وجود فرد دیگر مبتلا به تالاسمی در خانواده و تحصیلات، در هیچ مورد تفاوت معنی‌داری را نشان نداد.

در مورد تحصیلات پدر، به جزء حیطه اضطراب در سه حیطه دیگر تفاوت معنی‌داری وجود داشت. به طوری که اختلال شدید جسمانی و اختلال عملکرد در افرادی که پدر آنها بی‌سواد بود، بیش از افرادی بود که پدر آنها با سواد بود و اختلال افسردگی شدید در افرادی که پدر آنها تحصیلات دانشگاهی داشتند، بیش از افرادی بود که پدر آنها بی‌سواد بود یا تا سطح دیپلم تحصیل کرده بود؛ اما در مرور متون مقاله مشابه‌ای مشاهده نشد و وجود این چنین نتایجی نیاز به مطالعه بیشتر دارد.

براساس نتایج پژوهش حاضر، میانگین امتیازات بیماران در آزمون سلامت عمومی ۶/۱۲ بود و حدوداً ۷۸٪ از بیمارانی که سلامت روانی نامطلوبی داشتند، در گروه سنی اواخر نوجوانی بودند که با نتایج پژوهشی دیگر که اذعان می‌دارد میزان اضطراب نوجوانان مبتلا به تالاسمی ماژور، از نوجوانان سالم بیشتر است و این بیماران از جمله افرادی از جامعه هستند که هر نوع بحران اندک می‌تواند باعث افزایش اضطراب در آنها گردد، هماهنگی دارد (۱۷). در پژوهشی دیگر بیان می‌شود که نوجوانان مورد مطالعه توانسته‌اند به طور نسبتاً قابل قبولی بر استرس و

مورد با نتایج پژوهش ملکشاهی و همکاران (۱۵) همسو می‌باشد. در مطالعه آنان نیز ۵۹ درصد، رابطه خویشاوندی را گزارش نموده بودند و ۳۶ درصد آنان وجود فرد دیگر مبتلا به تالاسمی را گزارش نمودند. تحقیقات نشان داده است که درمان‌های روانشناختی و به ویژه گروه درمانی، در بهبود و ارتقاء ابعاد مختلف سلامت روان بیماران مزمن از جمله تالاسمی مؤثر می‌باشد (۱۹). با توجه به مشکلات روانی-اجتماعی گزارش شده و کمبودهای گسترده در زمینه آموزش‌های مدون مهارت‌های زندگی و یا میزان دسترسی به مشاوره‌های مناسب روانپزشکی برای این بیماران (۲۰، ۱)، ارزیابی همزمان درمان‌های پزشکی و روانشناختی در به حداقل رساندن واکنش‌های منفی بیماران در مواجهه با مسائل روانشناختی کمک کننده می‌باشد (۲۱).

از محدودیت‌های این مطالعه این است که به بررسی نوجوانان ۱۱-۲۰ ساله پرداخته و لذا تعمیم‌پذیری این نتایج محدود است و مطالعات با حجم نمونه بالاتر و نیز مطالعات چند گروهی و مبتنی بر جمعیت با استفاده از ابزارهای استاندارد پیشنهاد می‌گردد.

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج این مطالعه، شیوع اختلالات روانی در نوجوانان مبتلا به تالاسمی بالاست و حیطه اختلال عملکرد، بیشترین میانگین نمره را به خود اختصاص می‌دهد. لذا بهتر است دوره‌های آموزشی با به کارگیری مشاوران و کارشناسان بهداشت روان، برای حمایت از بیماران و والدین آن‌ها گذاشته شود.

تشکر و قدردانی

از کلیه شرکت‌کنندگان در این پژوهش و دانشگاه علوم پزشکی کرمان که انجام این پژوهش را امکان

شرایط بیماری خود فائق آیند، البته باید احتمال انکار بیماری را نیز با توجه به حساس بودن دوره سنی لحاظ کرد (۱).

نیاز به تزریق خون، مراقبت‌های پزشکی و نگرانی از مرگ زودرس باعث احساس خشم، یأس، گوشه‌گیری و تنش فراوان می‌شود. رشد جسمی کودکان مبتلا به تالاسمی کمتر از همسالان آنان است و احساساتی از قبیل حقارت، تضاد، متفاوت بودن و یا نداشتن شایستگی انجام کارهای مربوط به آن سن را به وجود می‌آورد. نگرانی از مرگ زودرس و این اندیشه که زندگی من سیری متفاوت از دیگران دارد باعث پرخاشگری، مشکلات ارتباطی، تنهایی، گوشه‌گیری و افسردگی آن‌ها می‌شود (۱۵). انتظار مرگ زودرس ناشی از عوارض بیماری ممکن است موجب بروز مشکلات روانی-اجتماعی در بیماران با تالاسمی مازور شود، به طوری که ۲۴ درصد از بیماران دارای یک تشخیص روانی، شامل افسردگی شدید، ناهنجاری‌های اضطراب، تیک و شب ادراری می‌باشند (۲۳). این بیماران با توجه به مزمن بودن بیماری، نوع درمان‌های دریافتی، شدت و عوارض بیماری در معرض ابتلا به انواع مختلف اختلالات روانپزشکی، بالاخص شکایات جسمی هستند و این بیماری اثرات شدید و قابل توجهی بر کیفیت زندگی و سلامت روان بیماران، خانواده و به ویژه برادران و خواهران آن‌ها خواهند داشت (۲۱). آمارها نشان داده‌اند که بیماری‌های مزمن ۱۰ درصد از افراد سنین مدرسه را درگیر می‌نمایند (۷)، این در حالی است که میزان بروز اختلال‌های رفتاری در این کودکان ۱/۶ برابر کودکان سالم می‌باشد (۱۷). در مطالعه حاضر رابطه خویشاوندی بین والدین توسط ۵۹/۴ درصد افراد گزارش شد و ۳۶/۸ درصد آن‌ها وجود فرد دیگر مبتلا به تالاسمی را تأیید کردند که در هر دو

دانشگاه علوم پزشکی کرمان مورد تصویب قرار گرفته است.

پذیر نمود و مسئولین و پرسنل مرکز تخصصی پزشکی ثامن الحجج شهر کرمان قدردانی می‌شود. این طرح به شماره ۱۲۶/۸۵ در سال ۱۳۸۵ در

References

1. Khodai S, Karbakhsh M, Asasi N. Psychosocial status in Iranian adolescents with beta-thalassaemia major according to their personal and GHQ-12 test results. *Tehran Univ Med J*. 2005;63(1):18-23.
2. Canatan D, Ratip S, Kaptan S, Cosan R. Psychosocial burden of beta-thalassaemia major in Antalya, South Turkey. *Soc Sci Med*. 2003 Feb;56(4):815-9.
3. Atkin K, Ahmad WI. Living a 'normal' life: young people coping with thalassaemia major or sickle cell disorder. *Soc Sci Med*. 2001 Sep;53(5):615-26.
4. Wong LP, George E, Tan JA. Public perceptions and attitudes toward thalassaemia: influencing factors in a multi-racial population. *BMC Public Health*. 2011 Mar 30;11:193
5. Hassanpour A, Delaram M, Safdari F, Salehi Tali S, Hasheminia S, Kasiri K, et al. Comparison of the effects of lecture and booklet methods on awareness and attention of parents of children with Thalassaemia major. *J Shahrekord Univ Med Sci*. 2008;10(2):52-8.
6. Haghi M, Pouladi N, Hosseinpour Feizi MA, Hosseinpour Feizi AA. B-thalassaemia in Iran. *J Shaheed Sadoughi Univ Med Sci*. 2010;18(2):127-33.
7. Aydinok Y, Erermis S, Bukusoglu N, Yilmaz D, Solak U. Psychosocial implications of Thalassaemia Major. *Pediatr Int*. 2005 Feb;47(1):84-9.
8. Pahlavani H, Dolatshahi B, Eshghi P. Assessment of self-concept and depression among adults 18-15 years old in the city of Zahedan. Abstract of the First International Conference on complications of Thalassaemia in Adolescents; 2002 May 2-4; Tehran: Emam Khomeni Hospital; 2002.
9. Shaligram D, Girimaji SC, Chaturvedi SK. Psychological problems and quality of life in children with thalassaemia. *Indian J Pediatr*. 2007 Aug;74(8):727-30.
10. Saini A, Chandra J, Goswami U, Singh V, Dutta AK. Case control study of psychosocial morbidity in beta thalassaemia major. *J Pediatr*. 2007 May;150(5):516-20.
11. Ghanizadeh A, Khajavian S, Ashkani H. Prevalence of psychiatric disorders, depression, and suicidal behavior in child and adolescent with thalassaemia major. *J Pediatr Hematol Oncol*. 2006 Dec;28(12):781-4.
12. Aydin B, Yaprak I, Akarsu D, Okten N, Ulgen M. Psychosocial aspects and psychiatric disorders in children with thalassaemia major. *Acta Paediatr Jpn*. 1997 Jun;39(3):354-7.
13. Taghavi SM. Validity and reliability of General Health Questionnaire (GHQ). *Journal of Psychology* 2001;5(4):381-98. Persian.
14. Noorbala AA, Bagheri Yazdi SA, Yasamy MT, Mohammad K. Mental health survey of the adult population in Iran. *Br J Psychiatry*. 2004 Jan;184:70-3.
15. Malekshahi F, Toolaby T, Ravanshad F. Mental and behavioral problems in patients with thalassaemia referred to thalassaemia center of Madani hospital of Khorramabad in 2001. *Journal of Fundamentals of Mental Health*. 2001;3 (11-12):115-21. Persian.
16. Baradaran Rezaei M, Khorsand M, Emami Moghadam Z, Kooshafar H. Assessment of psychosocial development of school-age children thalassaemic children compared to healthy children in Mashhad, 2002. *Journal of Fundamentals of Mental Health*. 2003;5(17-18):26-33. Persian.
17. Ghaffari Saravi V, Zarghmi M, Ebrahimi E. Thalassaemic patients in the city of Sari. *Iran J Psychiatry Clin Psychol*. 2004;9(3):33-40.
18. Pourmovahed Z, Dehghani K, Yassini Ardakani M. Evaluation of hopelessness and anxiety in young patients with thalassaemia major. *J Med Res*. 2003;2(1):45-52.
19. Alavi A, Parvin N, Kheiri S, Hamid Zade S, Tahmasebi S. Comparison of perspective of children with major thalassaemia and their parents about their quality of life in Shahrekord. *J Shahrekord Univ Med Sci*. 2007;8(4):35-41.
20. Hosseini SH, Khani H, Khalilian AR, Vahidshahi K. Comparing the mental health of 15 to 25 year old thalassaemia major patients visiting the Sari Bouali Sina Hospital with a control group, during 2003-2005. *J Mazandaran Univ Med Sci*. 2007;17(59):51-60.
21. Khani H, Majdi MR, Montazeri A, Hosseini SH, Ghorbani A, et al. Mental health status of beta-thalassaemia major in Mazandaran Province in 2006. *J Fundam Ment Health*. 2007;9(35-36):85-96.
22. Louthrenoo O, Sittipreechacharn S, Thanarattanakorn P, Sanguanserm Sri T. Psychosocial problems in children with thalassaemia and their siblings. *J Med Assoc Thai*. 2002 Aug;85(8):881-5.
23. Patricia A. Child psychiatric nursing (psychiatric nursing series). Louis: Mosby; 1990.

Mental Health of Adolescents with Thalassemia Major Visiting Kerman Specific Diseases Center

Batool Pouraboli¹, Mansooreh Azizzadeh Forouzi², Mansoor Arab³

Abstract

Background: Beta Thalassemia is defined as a genetic disorder of globulin synthesis in which life can only be sustained by regular blood transfusion and Desferal injections. Since there are few studies concerning psychological and social adjustment of Thalassemia patients, this study aimed to assess the mental health status of adolescents with major Thalassemia visiting Kerman Specific Diseases Center during March 2006 to March 2007.

Methods: This cross-sectional study was performed on 250 thalassemic adolescents. The data collection instrument was the General Health Questionnaire (GHQ-28) including 28 questions in four aspects of physical symptoms, anxiety, social dysfunction and depression. Data were analyzed through SPSS13 and using Chi-square test.

Results: All patients had general health impairment. Among the four aspects evaluated, the maximum and minimum means were respectively functional disorder (14.6 ± 4.4) and anxiety (13.5 ± 3.4). In all four aspects, the maximum and minimum scores were respectively 7 and 28; and the percent of healthy subjects was much lower than the percent of those with mental disorders. Age group showed no significant relationship with disorder in any of the four evaluated aspects.

Conclusion: Duo to the high prevalence of mental disorders in thalassemic patients' more attention to the mental health of these patients and implementing measures for prevention of mental health disorders is recommended.

Keywords: Thalassemia, Mental health, Adolescent

1- PhD student, Department of Nursing of General Health, Razi School of Nursing and Midwifery, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

2- Lecturer, Neuroscience Research Center and Institute of Neuropharmacology, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

3- Lecturer, Department of Principles and Techniques and Intensive Care, Razi School of Nursing and Midwifery, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

Corresponding Author: Mansooreh Azizzadeh Forouzi **Email:** m_forouzi@kmu.ac.ir

Address: Razi School of Nursing and Midwifery, Kerman University of Medical Sciences, Haft Bagh Alavi Highway, Kerman, Iran **Tel:** 034-33205219 **Fax:** 034-33205220