

بررسی تأثیر مدل مراقبت مشارکتی بر افسردگی نوجوانان مبتلا به بتا تالاسمی ماژور

علی محمد پروینیان نسب^۱، سارا روستا^۲، محمد علی وجدانی^۳، علی دهقانی^۴، زهرا کشتکاران^۵، مرتضی شمسی زاده^۶، نرجس آبششری^۷،
حنان کشفی^۸

چکیده

مقدمه: تالاسمی ماژور بیماری ژنتیکی مزمنی است که مانند هر بیماری مزمن دیگری بر وضعیت روان شناختی افراد اثر داشته و این بیماران را در معرض خطر افسردگی قرار داده است. این مطالعه با هدف تعیین تأثیر مدل مراقبت مشارکتی بر افسردگی نوجوانان مبتلا به بتا تالاسمی ماژور انجام شد.

روش: در این پژوهش نیمه تجربی ۶۰ نفر نوجوان مبتلا به تالاسمی ماژور مراجعه کننده به مرکز کولیز بیمارستان شهید دستغیب شیراز به صورت در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه مداخله و شاهد قرار گرفتند. مدل مراقبت مشارکتی براساس مراحل آشناسازی، حساس سازی، کنترل و ارزشیابی در گروه مداخله به مدت ۳ ماه اجرا شد. ابزار جمع آوری داده ها پرسشنامه Depression Anxiety Stress Scale-21 بود که جهت سنجش افسردگی نوجوانان قبل و بعد از ۳ ماه در هر دو گروه تکمیل گردید. داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS v.16 و آزمون های آماری کای دو، تی زوجی و تی مستقل آنالیز گردیدند.

یافته ها: میانگین نمره افسردگی بین دو گروه قبل از مداخله با آزمون آماری تی مستقل اختلاف معناداری نشان نداد ($p=0/532$). لیکن بعد از اجرای مداخله این تفاوت بین دو گروه در میانگین نمره افسردگی معنادار شد ($p=0/001$). آزمون تی زوجی اختلاف معنا داری در میانگین نمره افسردگی گروه مداخله بعد از مداخله نشان داد ($p=0/001$). در حالی که میانگین نمره افسردگی گروه شاهد بعد از مداخله نسبت به قبل از مداخله کاهش پیدا کرد، اما این اختلاف معنادار نبود ($p=0/621$).
نتیجه گیری: مدل مراقبت مشارکتی باعث کاهش سطح افسردگی نوجوانان مبتلا به بتا تالاسمی ماژور گردید. لذا استفاده از این مدل در نوجوانان مبتلا به تالاسمی ماژور توصیه می شود.

کلید واژه ها: افسردگی، تالاسمی ماژور، مدل مراقبت مشارکتی، نوجوانان.

تاریخ پذیرش: ۹۲/۱۲/۱۵

تاریخ دریافت: ۹۲/۰۶/۱۱

۱- کارشناسی ارشد پرستاری، عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری حضرت زینب (س) لارستان، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران. (نویسنده مسؤول)

پست الکترونیکی: ali_parviniyan@yahoo.com

۲- دانشجوی کارشناس ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران.

۳- کارشناس ارشد پرستاری، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی بجنورد، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران.

۴- کارشناس ارشد پرستاری، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی جهرم، جهرم، ایران.

۵- دانشجوی دکتری پرستاری، دانشکده پرستاری حضرت زینب (س) لارستان، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران.

۶- کارشناس ارشد پرستاری داخلی جراحی، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود. شاهرود، ایران.

۷- کارشناس ارشد پرستاری، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری حضرت زینب (س) لارستان، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران.

۸- کارشناس ارشد آموزش زبان انگلیسی، دانشکده پرستاری حضرت زینب (س) لارستان، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران.

مقدمه

تالاسمی یک اختلال شایع ژنتیکی خونی و مزمن است که با طیفی وسیعی از چالش‌های روانی و بالینی جدی همراه بوده و مانند هر بیماری مزمن دیگر وضعیت روان شناختی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱). هم‌اکنون در ایران حدود ۳ میلیون نفر ناقل ژن معیوب و نیز، در حدود ۲۵ هزار نفر بیمار مبتلا به تالاسمی ماژور شناسایی شده‌اند که بالاترین شیوع آن در کرانه‌های دریای خزر و خلیج فارس است (۲). تالاسمی در سراسر کشور از وفور بالایی برخوردار است، به نحوی که در کناره‌های دریای خزر و جنوب کشور ۱۰ درصد و سایر نواحی ۴ تا ۸ درصد مردم ناقل ژن تالاسمی هستند (۳). بیماری تالاسمی مانند هر بیماری مزمن و محدود کننده دیگر تأثیر نامطلوب بر سلامت روانی بیمار و خانواده او خواهد داشت و مشکلاتی را در طول عمر گریبان‌گیر بیمار، خانواده و نظام درمانی کشور می‌کند (۴). نتایج مطالعه Aydin و همکاران (۲۰۰۰) نشان داد که ۸۰ مبتلایان به تالاسمی ماژور دست‌کم یک اختلال روان پزشکی دارند (۵). یافته‌های پژوهش پورموحد و همکاران (۲۰۰۳) نیز نشان داد که بیشترین اختلالات روان پزشکی گزارش شده در این بیماران و یا اعضای خانواده‌های آن‌ها شامل داشتن تصاویر ذهنی بد شکلی از بدن، اضطراب، افسردگی، اختلالات جسمانی کردن و عدم کنترل مناسب خشم است و همچنین این بیماران مشکلات متعددی در فعالیت‌های اجتماعی و وضعیت تحصیلی خود دارند (۶).

Aydinok و همکاران (۲۰۰۵) در تحقیقی که به منظور بررسی وضعیت روانی بیماران تالاسمی انجام دادند گزارش کردند، که ۲۴ درصد بیماران تالاسمی مشکلات روانی از جمله افسردگی شدید، اختلالات اضطرابی و شب‌ادرازی را تجربه می‌کنند (۷). در تحقیق که پهلوانی و همکاران (۱۳۸۱) با هدف بررسی خود پنداره و افسردگی در افراد تالاسمیک ۱۵-۱۸ ساله شهر زاهدان انجام دادند، یافته‌ها نشان داد که در ۷۷ درصد نوجوانان درجاتی از افسردگی دیده شد (۸).

یافته‌های پژوهش قلی‌زاده (۲۰۰۳) نشان داد که مراجعه در دفعات مکرر به منظور دریافت خون و انجام آزمایش‌های لازم،

و هم‌چنین تزیق زیرپوستی مکرر داروهای دفع‌کننده آهن، این بیماران را در معرض خطر اختلال‌های خلقی از جمله افسردگی قرار می‌دهد (۹).

پژوهشی که Goldbeck و همکارانش (۲۰۰۰) بر روی بیماران تالاسمی انجام دادند، نشان داد که اکثر این بیماران به علت درمان‌های مکرر به اختلالات روحی دچار می‌شوند و این به علت سازگاری ضعیف با بیماری و درمان‌های آن می‌باشد که نیاز به حمایت بیشتر و مستمر را در این بیماران نشان می‌دهد (۱۰). نوجوانان تالاسمیک نشانه‌های افسردگی بیشتر و کیفیت زندگی پایین‌تری از بیماران دچار صدمات کوتاه مدت دارند و این یافته‌ها از نیاز به حمایت روانی و برنامه‌های بازتوانی با اهداف افزایش انگیزه و پیگیری مستمر برای بهبود وضعیت روحی و روانی در نوجوانان تالاسمیک حمایت می‌کند (۱۱).

محدودیت در فعالیت‌های اجتماعی، ترس، درد و نگرانی در رابطه با پروسیجرهای تشخیصی که در واقع همیشه برای بیماران تالاسمی استرس‌آور هستند و منبع افسردگی محسوب می‌شوند (۱۰).

بیماران تالاسمی هم‌چون سایر بیماری‌های مزمن و ناتوان‌کننده که به درمان همیشگی و مادام‌العمر احتیاج دارد، با مشکلات روانی، اجتماعی و اقتصادی متعددی همراه می‌باشد، که هر یک از آن‌ها به نحوی در رعایت اصول درمانی و پیگیری مرتب درمان ایجاد اختلال می‌نمایند. در رابطه با مشکلات روحی روانی، تحقیقات نشان داده است که نگرانی و افسردگی در ۴۷٪ از بیماران وجود دارد و این امر موجب اشکال در امر خود مراقبتی و وضعیت روحی-روانی ایشان شده است (۱۱).

بنابراین هر گونه تلاش برای بهبود وضعیت روان شناختی نوجوانان می‌تواند به کاهش افسردگی و بهبود پیش‌آگهی این بیماران کمک کند. با توجه به این که مدل‌های پرستاری می‌تواند راهنمای مناسبی برای ارتقاء کیفیت مراقبت باشد، لذا در این مطالعه سعی گردید از یک مدل بومی به نام مدل مراقبت مشارکتی برای نوجوانان مبتلا به تالاسمی ماژور استفاده شود و کارآمدی آن در کاهش افسردگی این بیماران ارزیابی شود. مدل

مراقبتی مشارکتی اولین بار توسط محمدی و همکاران (۲۰۰۲) طراحی و برای کنترل فشارخون بالا در شهرستان بابل اجرا و ارزشیابی گردید (۱۲).

مراقبت مشارکتی فرآیندی منظم جهت برقراری ارتباط موثر، تعامل و پی‌گیری بین مددجو و پرستار، به عنوان ارائه دهنده خدمات بهداشتی مراقبتی، به منظور شناخت نیازها و مشکلات و حساس‌سازی مددجویان برای قبول رفتارهای مداوم بهداشتی و کمک به حفظ بهبودی و ارتقاء سلامتی آن‌ها می‌باشد. برای دستیابی به اهداف مدل، گام‌های طراحی شده در قالب یک ساختار منظم تبیین گردیده که با رعایت ارتباط و توالی منطقی و تکاملی بصورت مجموعه‌ای به هم پیوسته و پویا عمل می‌نماید. این گام‌ها عبارتند از: ۱- آشناسازی ۲- حساس‌سازی ۳- کنترل ۴- ارزشیابی که برای هر مرحله برنامه‌های عملی مشخص پیش‌بینی شده است (۱۳). بررسی الگوهای مراقبتی می‌تواند در معرفی روش‌های ارتقاء سلامت این گروه از بیماران و در بهبود کیفیت زندگی، کاهش مشکلات آنان اثرگذار باشد و به استناد مطالعات صورت گرفته در خصوص تأثیر مراقبت مشارکتی در سایر بیماران ولزوم کاهش افسردگی بیماران تالاسمیک باروش‌های اثربخش، این مطالعه با هدف تعیین تأثیر به کارگیری مدل مراقبت مشارکتی بر میزان افسردگی نوجوانان مبتلا به تالاسمی ماژور طراحی شد.

روش مطالعه

این مطالعه به روش نیمه تجربی انجام شد. تعداد نمونه لازم آن با استفاده از اطلاعات آماری حاصل از تفاضل میانگین افسردگی در مطالعه مشابه (۱۴) با درجه اطمینان ۹۵٪ و توان ۸۰٪ (۶۰ نفر (۳۰ نفر برای گروه مداخله و ۳۰ نفر برای گروه شاهد) تعیین گردید. نمونه‌ها به صورت غیر تصادفی در دسترس انتخاب شدند، و سپس به صورت تصادفی در دو گروه مداخله و شاهد قرار گرفتند. آزمون کولموگروف اسمیرنوف نرمال بودن نمونه‌ها را قبل از مداخله نشان داد.

معیارهای ورود شامل نوجوانان ۱۱ تا ۱۸ ساله مبتلا به بتا تالاسمی ماژور، عضویت در مرکز کولیز بیمارستان شهید دستغیب و مراجعه مکرر به منظور دریافت خون و دسفرال و معیارهای خروج از مطالعه شامل عدم تمایل بیمار یا خانواده به ادامه کار، وجود بیماری‌های مزمن و یا عوارض شدید جسمی در اثر بیماری بود. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی از قبیل سن، جنس، وضعیت تاهل، شغل، درآمد، سطح تحصیلات، سابقه بیماری، کاندید شدن برای پیوند مغز استخوان و فواصل مراجعه و پرسش‌نامه (DASS21) جهت سنجش افسردگی نوجوانان مبتلا به تالاسمی ماژور بود که در این پژوهش ابعاد افسردگی (۷ سوال) آن مورد استفاده قرار گرفت. این پرسشنامه به صورت لیکرت طراحی شده است و دارای گزینه‌های اصلاً، کم، متوسط و زیاد می‌باشد. کمترین نمره مربوط به هر سوال صفر و بیشترین نمره ۳ است. بدین صورت است که سطح افسردگی بین اعداد ۰ تا ۴ نرمال، ۵ تا ۱۱ متوسط و ۱۲ تا ۲۱ شدید می‌باشد. روایی این پرسش‌نامه در مطالعات مختلف داخل و خارج کشور مورد تأیید قرار گرفته است (۱۴، ۱۵). جهت سنجش پایایی ابزار از همگنی درونی و ضریب آلفای کرونباخ استفاده گردید، بدین ترتیب که پرسشنامه توسط ۲۰ نفر از نوجوانان مبتلا به تالاسمی ماژور واجد شرایط تکمیل و پایایی ابزار با آلفای معادل ۷۶ مورد تأیید قرار گرفت. در مطالعه دیگری نیز پایایی این ابزار از طریق آزمون مجدد مورد تأیید قرار گرفت (۱۶).

روش کار این گونه بود که ابتدا برای سهولت در یادگیری و اثربخشی برنامه، گروه مداخله در دو گروه (هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند. سپس مداخله به روش مدل مراقبت مشارکتی روی این دو گروه انجام شد.

مرحله اول آشناسازی در طی دو جلسه که هر جلسه ۹۰ دقیقه به طول انجامید شامل بررسی و شناخت مشکلات بالقوه و بالفعل نوجوانان مبتلا به تالاسمی ماژور بود که نیازسنجی منجر به لیست مشکلات در محور اول: کمبود آگاهی از رژیم غذایی و آزمایشات محور دوم: بی‌توجهی نسبت به رفتارهای سلامت محور شامل مدیریت استرس، فعالیت جسمی، روابط بین فردی

آن به اجرا در آمد. در این پژوهش روند پی گیری مسائل به طور هفتگی و گاهی طی هر مراجعه بیمار به مرکز و جلسات گروهی صورت می گرفت. در پایان به منظور اثر بخشی مداخله، CD محتوای چگونگی به کارگیری تکنیک آرامسازی پیشرونده عضلانی در اختیار نوجوانان قرار گرفت.

ارزشیابی به صورت مرحله ای در ابتدا و انتهای هر جلسه صورت می گرفت. پرسشنامه ها توسط پژوهشگر و با مراجعه حضوری در دفعات مکرر به بخش کولیز و در زمان مناسب توزیع شد. نمونه ها آزادانه و بدون نظارت مستقیم پژوهشگر پرسشنامه ها را تکمیل می کردند و سپس پرسشنامه ها هم زمان توسط پژوهشگر جمع آوری می شدند. به طور کلی پرسشنامه DASS21 دو مرتبه (قبل از شروع مداخله و ۳ ماه بعد) توسط نمونه ها در دو گروه شاهد و مداخله تکمیل گردید.

در ضمن جهت رعایت اصول اخلاقی پمفلت آموزشی مربوط به همه جلسات بعد از تکمیل پرسشنامه برای بار دوم در اختیار گروه شاهد قرار گرفت. پژوهش گر به منظور رعایت اصول اخلاق پژوهش قبل از اجرای مطالعه مجوز لازم از معاونت پژوهشی دانشکده پرستاری لارستان و موافقت مسئولین تالاسمی را اخذ نمود. سپس با تکمیل رضایت نامه کتبی و آگاهانه توسط بیماران به آن ها اطمینان داده شد که اطلاعات مربوط به آن ها به صورت کاملاً محرمانه و بدون نام مورد بررسی قرار خواهد گرفت و به مسئولین انجمن نیز در مورد آگاه شدن آن ها از نتایج پژوهش اطمینان داده شد.

در نهایت اطلاعات بدست آمده با استفاده از نرم افزار SPSS v.16 و آمارهای توصیفی و تحلیلی (t مستقل، زوجی و کای دو) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها

در این پژوهش تعداد نمونه ها برای هر یک از گروه های شاهد و مداخله ۳۰ نفر در نظر گرفته شد که تا آخر مطالعه بیماران ریزشی نداشتند و در نهایت مطالعه بر روی ۶۰ بیمار انجام گرفت. میانگین و انحراف معیار سنی نوجوانان در گروه مداخله $15/23 \pm 2/44$ سال و در گروه شاهد $15/70 \pm 2/26$ سال

در محور سوم: ناتوانی در کنترل مشکلات روحی- روانی، عزت نفس، خودکارآمدی و تصویر ذهنی از بدن ناشی از بیماری تعیین گردید. مراحل بعدی شامل حساس سازی و آگاهی افراد جهت ایفای درست وظایف و تنظیم جلسات به صورت ویزیت های مشارکتی آموزشی و پیگیری با حضور بیمار و خانواده و پرستار اجرا شد. بدین صورت که در بعد مشارکت آموزشی طی ۲ جلسه که هر جلسه ۲ ساعت به طول انجامید با محوریت رژیم غذایی، ماهیت بیماری و درمان، بررسی بکارگیری تکنیک آرامسازی بنسون که به صورت عملی اجرا شد، و مسائل روحی و روانی و تأثیر آن بر رفتارهای سلامت محور از قبیل مدیریت استرس، فعالیت جسمی، مسئولیت پذیری، سلامت روان، روابط بین فردی و درک تجربیات همدیگر و به اشتراک گذاشتن نگرانی ها به صورت بحث گروهی برای هر گروه برگزار شد.

در مرحله کنترل با تأکید بر بررسی و بازبینی و دریافت بازخورد از نتایج جلسات و محتوی آموزشی ارائه شده در بعد مشارکت آموزشی در قالب جلسات مشاوره ای به صورت مشاوره، بحث گروهی، سخنرانی و پرسش و پاسخ در هر گروه طی یک جلسه اجرا شد. در دو مورد مشکل مورد نظر خارج از تخصص و حیطه دانش پژوهشگر بود، که نوجوان و خانواده اش به روانشناس ارجاع داده شدند. با توجه به این که مدل مورد استفاده مراقبت مستمر و پی گیر می باشد، مرحله اول و دوم یک ماه به طول انجامید. البته لازم به ذکر است که اکثر نمونه های پژوهش هر ۳ هفته یک بار مراجعه می کردند که به منظور اجرای مدل مراقبت مشارکتی رضایت آن ها برای مراجعه به صورت هفتگی جلب و مداخله برای هر گروه اجرا شد.

با حضور فیزیکی منظم و موثر پژوهشگر در حین اجرای برنامه (ادامه مشاوره های مراقبت پی گیر به طور هفتگی با تماس های حضوری و تلفنی متناسب با نیازهای مراقبتی و کنترل برنامه از طریق مشاهده چک لیست بکارگیری تکنیک آرامسازی پیشرونده عضلانی و بررسی نتایج آزمایشات) با هدف یافتن مسائل و مشکلات جدید مراقبتی (به دلیل پویا بودن مفهوم سلامت و بیماری) و شروع مرحله حساس سازی برای مشکل جدید ادامه روند پی گیری و مراقبت ها و بررسی کیفیت

میانگین $8/43 \pm 3/54$ و مداخله با میانگین $8/93 \pm 2/54$ قبل از شروع مطالعه وجود نداشت ($P=0/532$). در حالی که ۳ ماه بعد در نمره افسردگی در گروه شاهد با میانگین $7/13 \pm 1/47$ در مقایسه با گروه مداخله با میانگین $20/4 \pm 62/1$ بعد از مداخله اختلاف آماری معناداری مشاهده شد ($P=0/001$). همچنین آزمون آماری تی زوجی بین میانگین نمره افسردگی گروه مداخله قبل و بعد از مداخله تفاوت معناداری نشان داد ($P=0/001$). این در حالی است که همین آزمون بین میانگین نمره افسردگی گروه شاهد قبل و بعد از مداخله تفاوت معناداری نشان نداد ($P=0/62$). (جدول ۱).

بود. پسران (۵۰٪) نمونه ها در گروه شاهد و (۶۰٪) نمونه ها در گروه مداخله را تشکیل می دادند. در گروه شاهد (۷/۴۶٪) و در گروه مداخله (۶۰٪) نمونه ها هر دو هفته یک بار به مرکز تالاسمی مراجعه می کردند.

از آنجا که ممکن بود متغیرهای مورد بررسی در میزان افسردگی نوجوانان تأثیر گذار باشد، بعد از تبدیل متغیرهای کمی به کیفی توزیع آن ها در دو گروه مورد بررسی قرار گرفت. که نتایج حاکی از آن بود که دو گروه از نظر متغیرهای ذکر شده مثل سن، جنس، دفعات مراجعه و سایر متغیرها از قبیل میزان تحصیلات، کاندید شدن برای پیوند مغز استخوان و اسپلنکتومی تفاوت معناداری نداشتند.

با استفاده از آزمون آماری تی مستقل مشخص شد که تفاوت معناداری در نمره افسردگی بین دو گروه شاهد با

جدول ۱: مقایسه میانگین و انحراف معیار نمره افسردگی در دو گروه شاهد و مداخله قبل و بعد از مداخله

زمان مداخله گروه	پیش آزمون	پس آزمون	آزمون زوجی
	انحراف معیار \pm میانگین	انحراف معیار \pm میانگین	
شاهد	$8/43 \pm 3/54$	$7/13 \pm 1/47$	$P = 621/0$
مداخله	$8/93 \pm 2/54$	$20/4 \pm 62/1$	$P = 0/001$
آزمون مستقل	$P = 0/532$	$P = 0/001$	

هم چنین یافته های این پژوهش نشان داد (۹۶/۷٪) نوجوانان گروه مداخله قبل از مداخله افسردگی متوسط داشته اند که این میزان بعد از مداخله به ۷/۴۶٪ کاهش پیدا کرده است (جدول ۲).

جدول ۲: فراوانی مطلق و نسبی نوجوانان مبتلا به تالاسمی ماژور بر حسب سطح افسردگی در دو گروه مداخله و شاهد قبل و بعد از مداخله

نمره افسردگی	شاهد		مداخله	
	قبل	بعد	قبل	بعد
نرمال (۰-۴)	۳ (۱۰)	۱ (۳/۳)	۱ (۳/۳)	۱۶ (۵۳/۳)
متوسط (۵-۱۱)	۲۱ (۷۰)	۲۹ (۹۶/۷)	۲۶ (۸۶/۷)	۱۴ (۴۶/۷)
شدید (۱۲-۲۱)	۶ (۲۰)	۰	۳ (۱۰)	۰
جمع	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰

بین میزان افسردگی و سطح تحصیلات ارتباط معنی داری وجود دارد ($P=0/025$) در سایر متغیرهای جمعیت شناختی ارتباطی با میزان افسردگی مشاهده نشد. (جدول شماره ۳).

جدول شماره ۳: رابطه شدت افسردگی با متغیرهای جمعیت شناختی در نوجوانان مبتلا به بتا تالاسمی در گروه مداخله

شدت افسردگی								متغیرهای جمعیت شناختی	
آنالیز واریانس یکطرفه	تی مستقل	شدید		متوسط		نرمال			
		درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد		
	P=/.۸۶ T=۰.۸/۲	۱۶	۱۰	۱۳	۸	۱۷	۱۰	زن	جنسیت
		۱۳	۸	۲۱	۱۳	۲۰	۱۲	مرد	
	P=/.۲۵ T=۲/۱	۱۰	۶	۱۳	۸	۱۲	۷	۱۴-۱۱سال	سن
		۱۵	۹	۳۴	۲۰	۱۶	۱۰	۱۵-۱۸سال	
	P=/.۷۳ T=/.۰۲۰	۱۶	۱۰	۱۶	۱۰	۵۰	۳۰	زیر دیپلم	تحصیلات
		۹	۵	۴	۲	۵	۳	دیپلم	
P=/.۱۰۱ F=۳۸/۲		۱۸	۱۱	۱۶	۱۰	۱۸	۱۱	دو هفته ای یکبار	دفعات مراجعه
		۱۵	۹	۹	۵	۱۳	۸	سه هفته ای یکبار	
		۴	۲	۶	۳	۱	۱	چهار هفته ای یکبار	
	P=/.۱۲۸ T=/.۸۷	۴	۲	۴	۲	۵	۳	بلی	کандید شدن برای پیوند مغز استخوان
		۳۱	۱۹	۲۱	۱۳	۳۵	۲۱	خیر	

نتایج حاکی از کاهش میزان افسردگی در نوجوانان مبتلا به بتالاسمی ماژور بود. Konstam و همکاران (۲۰۰۵) در مطالعه خود مداخلات شناختی از قبیل مدیریت استرس و تکنیک آرامسازی را در کنترل علائم اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی مورد بررسی قرار دادند که نتایج نشان از پاسخ بیماران بصورت کاهش اضطراب و افسردگی بود (۱۸). در مطالعه حاضر راه های کنترل مدیریت استرس و چگونگی به کار گیری تکنیک آرامسازی مورد استفاده قرار گرفت که پاسخ نوجوانان بصورت کاهش افسردگی می تواند متأثر از چنین مداخلاتی باشد. نتایج مطالعه حاضر با مطالعات Sullivan و همکاران (۲۰۰۷)، محمدی و همکاران (۲۰۰۶) که به منظور تأثیر مدل مراقبتی مشارکتی بر میزان اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی و اختلالات اضطرابی صورت گرفت، هم خوانی دارد (۲۰، ۱۹) همین طور یافته های پژوهش حاضر مانند سایر پژوهش هایی است که اثر مدل مراقبت مشارکتی را در کنترل افسردگی سالمندان تأیید کرده اند (۲۱، ۲۲).

باید توجه داشت که تصویر بدنی خوشایند با رشد بلوغ جنسی بی موقع و دیرموقع ارتباط دارد و توجه نوجوانان به ظاهرشان، عزت نفس و سلامت روانی آن ها را شدیداً تحت تأثیر خود قرار می دهد (۲۳). در این راستا، مطالعات مختلفی روش مشارکتی و

بحث

در این مطالعه تأثیر مدل مراقبت مشارکتی بر میزان افسردگی نوجوانان مبتلا به بتا تالاسمی ماژور مورد بررسی قرار گرفت که نشان داد مدل مراقبت مشارکتی باعث ایجاد اختلاف معنی داری در نمره افسردگی نوجوانان بعد از مداخله بین دو گروه شاهد و مداخله گردیده است. این در حالی است که میانگین نمره افسردگی قبل از مداخله بین دو گروه اختلاف معنی داری را نشان نداد که بیانگر آن است که نمره افسردگی در گروه آزمون به دلیل شرکت در جلسات مراقبت مشارکتی و استفاده از تجربیات هم دیگر کاهش یافته است. با توجه به این که میانگین نمره افسردگی در دو گروه قبل از مداخله یکسان بود. بنابراین تفاوت حاصله بعد از مداخله ناشی از تأثیر برنامه مراقبتی مشارکتی می باشد. نتایج مطالعه علیجانی و همکاران که به منظور تأثیر مدل مراقبت مشارکتی بر کیفیت زندگی کودکان مبتلا به بتالاسمی ماژور صورت گرفت، ارتقاء معناداری در بعد روانشناختی آنان بعد از ۳ ماه مداخله را نشان داد (۱۷).

در مدل مراقبت مشارکتی از آموزش های حضوری و کتبی برای افزایش آگاهی از رژیم غذایی، چگونگی ارتقاء رفتار های سلامت محور در ابعاد جسمی، روحی و روانی و همین طور راه های مقابله با اثرات بیماری مثل علائم افسردگی استفاده شد که

معنادار بود که نشان دهنده کمبود توانایی های شخصیتی و مهارتی لازم جهت تطبیق خود با شرایط پیش آمده برای این بیماران است (۲۹).

یافته های پژوهش حاضر نشان داد ۹۶/۷٪ نوجوانان گروه مداخله قبل از مداخله افسردگی متوسط و شدیدی داشته اند که این میزان بعد از مداخله به ۷/۴۶٪ کاهش پیدا کرده است. به نظر می رسد اجرای مدل مراقبت مشارکتی با رویکردی گروهی و به اشتراک گذاشتن تجربیات همتایان و همین طور پیگیری های مستمر تأثیر بسزایی در کاهش افسردگی نوجوانان مبتلا به تالاسمی داشته است.

Yang و همکارانش (۲۰۰۱) در مطالعه ای در تایوان نتیجه گرفتند که آگاهی در مورد تالاسمی و عوارض آن و داشتن حمایت های اجتماعی به نحو مثبتی با خود مراقبتی در مورد تالاسمی ارتباط دارد و خانواده مهمترین و دوستان کمترین منبع اجتماعی در نوجوانان تالاسمیک محسوب می شود (۳۰). علی رغم این مهم، بیماری تالاسمی همچنان که باید و شاید مورد توجه متخصصین بهداشتی قرار نگرفته و به نقش آموزشی جامعه و خانواده توجه کافی نشده است. با توجه به خلا حاصله و اهمیت بنیان خانواده در حمایت از نوجوان اجرای چنین برنامه های مشارکتی منجر به پدید دارشدن نتایج مطلوبی می گردد که امید است این گونه نتایج مسئولین بهداشتی کشور ما را در تدوین برنامه ها یاری دهد و از این رویکردهای اثربخش استفاده بهینه به عمل آید. محدودیت های این پژوهش شامل خصوصیات شخصیتی بیماران در پذیرش موارد آموزشی و مسئولیت پذیری افراد در قبال سلامتی خود، روش نمونه گیری بیماران و حجم کم نمونه ها بود که موارد فوق از کنترل محقق خارج و در تعمیم نتایج به جوامع دیگر باید احتیاط نمود.

نتیجه گیری نهایی

یافته های این مطالعه در مجموع نشان دهنده مفید و موثر بودن مدل مراقبت مشارکتی در کاهش سطح افسردگی نوجوانان مبتلا به بتا تالاسمی ماژور است. با توجه به این که شیوع افسردگی در مبتلایان به بیماری های مزمن خیلی بیشتر از افراد

بحث گروهی را در کاهش علائم افسردگی و افزایش عزت نفس، موثر دانسته و آن را به عنوان یک شیوه کارآمد غیردارویی افزایش عزت نفس و بهبود تصویر مثبت از خود در افراد مختلف معرفی نموده است (۲۴-۲۶). یافته های مطالعه غلامی و همکاران که به منظور اثر بخشی آموزش گروهی بر امید به زندگی و صلاحیت عمومی دختران ۱۵ تا ۱۸ سال مبتلا به بتا تالاسمی ماژور صورت گرفت، نتایج حاکی از افزایش امید به زندگی و سلامت عمومی در دختران مبتلا به تالاسمی بود (۲۷). همین طور در مطالعه ای که توسط مقدسی و همکاران به منظور بررسی اثر بخشی بحث گروهی بر تصویر ذهنی نوجوانان تالاسمیک صورت گرفت، نتایج نشان داد که در حیطه خود روان شناختی و خود سازگاری بهبودی قابل ملاحظه ای داشتند و به کار گیری روش مشارکتی موجب بهبود تصویر ذهنی و کاهش افسردگی در نوجوانان تالاسمیک می شود (۲۸).

شکل گیری تصویر ذهنی، عزت نفس و افزایش خودکارآمدی در سنین نوجوانی می باشد، بنابراین آموزش گروهی و شرکت دادن اعضاء در بحث های گروهی و به اشتراک گذاشتن تجربیات هم دیگر می تواند به بهبود عزت نفس و به طبع آن کاهش میزان افسردگی کمک نماید. لذا در مطالعه حاضر با تمرکز بر بحث گروهی به عنوان محور و رکن اصلی تمامی جلسات در مدل مراقبت مشارکتی توانستیم به این مهم دست پیدا کنیم. یافته های مطالعات فوق با تأثیری که بر افزایش عزت نفس، بهبود سلامت روانی و کاهش میزان افسردگی داشته، نتایج یافته های مطالعه حاضر را تأیید می کند. در این پژوهش بین سطح تحصیلات و میزان افسردگی رابطه معنی داری مشاهده شد. در حالی که بین سایر متغیرهای جمعیت شناختی با گروه مداخله ارتباط معناداری مشاهده نشد. در مطالعه حسینی و همکاران (۲۰۰۸) که به منظور بررسی مقایسه ای سلامت روانی مبتلایان بتا تالاسمی ماژور ۱۵ تا ۲۵ ساله مراجعه کننده به بیمارستان بوعلی سینا ساری در بین سال ۱۳۸۲-۱۳۸۴ با گروه شاهد انجام شده، نتایج نشان داد که بین جنس و سن با میزان افسردگی ارتباط معناداری مشاهده نشد در حالی که بین سطح تحصیلات و میزان افسردگی این ارتباط

بهداشتی و مشاورین آموزش بهداشت به منظور ارتقا سلامت و کنترل عوارض در نوجوانان تالاسمی بکار گرفته شود.

تشکر و قدردانی

از کلیه بیمارانی که با وجود مشکلات فراوان ناشی از بیماری در این پژوهش شرکت داشتند و همچنین از مسئولین بخش تالاسمی بیمارستان شهید دستغیب و معاونت پژوهشی دانشکده پرستاری حضرت زینب(س) لارستان صمیمانه تشکر به عمل می آید.

عادی است، توصیه می شود تأثیر این مدل در کاهش افسردگی نوجوانان مبتلا به سرطان، تحت همودیالیز، هموفیلی و سایر بیماری های مزمن بررسی شود. از طرفی دیگر با توجه به اثربخشی مدل در عین ارزانی و سادگی آن برای خانواده ها و نوجوانان، اجرای چنین برنامه ای را برای کاهش میزان افسردگی نوجوانان مبتلا به تالاسمی پیشنهاد می کنیم. در پایان به مراکز درمانی و ارایه دهندگان خدمات به این بیماران توصیه می شود رویکردی مشارکتی با سایر اعضای تیم

منابع

- 1- Thavorncharoensap M TK, Nuchprayoon I, Riewpaiboon A, Indaratna K, Ubol B. Factors affecting health-related quality of life in Thai children with thalassemia. *biomedcentral Blood Disord.* . 2010;10:1-10.
- 2- Abdolsamadi H, Torkzaban P, Hosseini M. Sialochemistry of Parotid, and Assessment of Dental Caries Rate and Gingivitis in Patients with Major Thalassemia. *Journal of Dentistry, Shiraz University of Medical Sciences.* 2008;8(4):76-81.
- 3- Naderi M, Shamshiri H, Alizadeh S, Dorgalaleh A, Manafi R, Tabibian S. Cutaneous and mucosal manifestations in patients with beta major thalassemia. *Dermatology & Cosmetic.* 2013;4(1).
- 4- Tali S. Comparison of the effects of lecture and booklet methods on awareness and attention of parents of children with Thalassemia major. *Journal of Shahrekord University of Medical Sciences.* 2008;10(2):52-8.
- 5- AYDIN B, YAPRAK I, AKARSU D, ÖKTEN N, üLGEN M. Psychosocial aspects and psychiatric disorders in children with thalassemia major. *Pediatrics International.* 1997;39(3):354-7.
- 6- Pourmovahed Z, Dehghani K, YASSINI ARDAKANI M. Evaluation of hopelessness and anxiety in young patients with thalassemia major. *JOURNAL OF MEDICAL RESEARCH (JMR).* 2003.
- 7- Aydinok Y, Erermis S, Bukusoglu N, Yilmaz D, Solak U. Psychosocial implications of thalassemia major. *pediatrics International.* 2005;47(1):84-9.
- 8- Pahlavani H DB, eshghi p. Assessment "of self-concept and depression among adults 18-15 years old in the city of Zahedan. the First International Conference on complications of Thalassemia in Adolescents 2003:24.
- 9- L G. Determine and compare the psychosocial problems of patients with thalassemia major adolescents referred to medical centers with selected healthy adolescents and secondary schools Kohgiluyeh and Boyerahmad. *Nursing school. Shahid Beheshti University of medical sciences.* 2001.

- 10- Goldbeck L BA, Kohne E. Psychosocial aspects of beta-thalassemia: Distress, coping and adherence. . *Klin Pediatric*. 2000;212(5):254-59.
- 11- Pakbaz Z, Treadwell M, Yamashita R, Quirolo K, Foote D, Quill L, et al. Quality of life in patients with thalassemia intermedia compared to thalassemia major. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2005;1054(1):457-61.
- 12- E M. Design and Evaluation of Partnership Care Model for High Blood Pressure. Thesis PHD, Nursing) Tehran Tarbeiat Modares University. 2002.
- 13-Khoshab H, Bagheryan B, Abbaszadeh A, Mohammadie, Kohan Simin S R H. The effect of partnership care model on depression and anxiety in the patients with heart failure. *Evidence Based Care*. 2012.
- 14- Crawford JR, Henry JD. The Depression Anxiety Stress Scales (DASS): Normative data and latent structure in a large non-clinical sample. *British Journal of Clinical Psychology*. 2003;42(2):111-31.
- 15- Chinchai P, Marquis R, Passmore A. Functional performance, depression, anxiety and stress in people with spinal cord injuries in Thailand: A transition from hospital to home. *Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal*. 2003;14(1):30-40.
- 16- Ghafari S, Ahmadi F, Nabavi M, Memarian R. Effects of applying progressive muscle relaxation technique on depression, anxiety and stress of multiple sclerosis patients in Iran National MS Society. *Pejouhesh*. 2008;32(1):45-53.
- 17- Alijany-Renany H, Tamaddoni A, Haghighy-zadeh M, Pourhosein S. The effect of using partnership care model on the quality of life in the school-age children with -thalassemia. *Journal of Shahrekord University of Medical Sciences*. 2012;14(1):41-9.
- 18- Konstam V, Moser DK, De Jong MJ. Depression and anxiety in heart failure. *Journal of cardiac failure*. 2005;11(6):455-63.
- 19-Sullivan G, Craske MG, Sherbourne C, Edlund MJ, Rose RD, Golinelli D, et al. Design of the Coordinated Anxiety Learning and Management (CALM) study: innovations in collaborative care for anxiety disorders. *General hospital psychiatry*. 2007;29(5):379-87.
- 20- Mohammadi E, Abedi HA, Jalali F, Gofranipour F, Kazemnejad A. Evaluation of 'partnership care model' in the control of hypertension. *International journal of nursing practice*. 2006;12(3):153-9.
- 21- Hegel MT, Unützer J, Tang L, Areán PA, Katon W, Noël PH, et al. Impact of comorbid panic and posttraumatic stress disorder on outcomes of collaborative care for late-life depression in primary care. *The American journal of geriatric psychiatry*. 2005;13(1):48-58.
- 22- Chew-Graham CA, Lovell K, Roberts C, Baldwin R, Morley M, Burns A, et al. A randomised controlled trial to test the feasibility of a collaborative care model for the management of depression in older people. *British Journal of General Practice*. 2007;57(538):364-70.
- 23- Kiani J, Pakizeh A, Ostovar A, Namazi S. Effectiveness of cognitive behavioral group therapy (CBGT) in increasing the self esteem & decreasing the hopelessness of -Thalassemic adolescents. *ISMJ*. 2010;13(4):241-52.

- 24- Ermes H MS, Hermesh H. Effectiveness of cognitive behaviour group therapy in stutterers with generalized social phobia. *Journal of Affective Disorders*. 2008;107::53-122.
- 25- Marom S, Gilboa-Schechtman E, Aderka IM, Weizman A, Hermesh H. Impact of depression on treatment effectiveness and gains maintenance in social phobia: a naturalistic study of cognitive behavior group therapy. *Depression and Anxiety*. 2009;26(3):289-300.
- 26- Chen T-H, Lu R-B, Chang A-J, Chu D-M, Chou K-R. The evaluation of cognitive-behavioral group therapy on patient depression and self-esteem. *Archives of psychiatric nursing*. 2006;20(1):3-11.
- 27- Gholami M PG, Sodani M. Effectiveness of Therapeutic Training Groups on life expectancy and General health of girls with thalassemia. *Knowledge & Research in Applied Psychology*. 2009;42:25-45
- 28- Moghadasi J TS, Ghofrani poor F, Ranaghi K, Sadegh moghadam L, Kazem nejad A. the investigation of effectiveness of peer groups on body image of adolescent with Beta-thalassemia. *Journal of Shahrekord University of Medical Sciences* 2005;7(4):50-8.
- 29- Hosseyni H KH, Khalilian A, Vahid shahi K. The comparative study of mental health affected with major thalassemia control group refeeing sari avesina hospital between 2001-2004. *Journal of mazandran university of medical science*. 2008;17(59):51-60.(persian).
- 30- Yang H, Chen Y, Mao H, Lin K. [Illness knowledge, social support and self care behavior in adolescents with beta-thalassemia major]. *Hu li yan jiu= Nursing research*. 2001;9(2):114-24.

The effect of partnership care Model on depression of adolescents with - thalassemia

Parviniannasab¹ AM (MSc.) - Rosta² S (MSc.) - Vojdani³ MA (MSc.) - Dehghani⁴ A (MSc.) - Keshtkaran⁵ Z (Msc.) - Shamsizade⁶ M - Abshorshori⁷ N (MSc.) - Hannan⁸ K (Msc.)

Abstract

Introduction: Thalassemia is a chronic genetic disease which similar to any other chronic illnesses it influences people's psychological state. And they can be at the risk of getting depression. This study was designed to examine the impact of Partnership Care Model on Depression of Adolescent with -thalassemia.

Methods: This quasi-experimental study was performed by selecting 60 Adolescents with -thalassemia whom were randomly selected and classified into two groups of intervention (n=30) and control (n=30) groups in Shaheed Dastgheyb Hospital in Shiraz. The partnership care model of 4 main steps of orientation, sensitization, control and evaluation in the experimental group was administered for 3 months. Data collection tool was Depression Anxiety Stress Scale-21 questionnaire that assessed adolescents' depression before and after 3 months which was completed by both groups. The data were analyzed using SPSS v.16 and chi-square, t-tests and paired t-test.

Results: There was no significant difference in depression score between two groups before intervention $p = (0/532)$. But the difference was shown significant between two groups after intervention using independent t test $P = (0/0001)$. Pair t test showed a significant difference in the depression reduction in the test group after the intervention $P = (0.001)$, whereas the mean depression score of the control group showed more reduction after the intervention than before the intervention, however the difference wasn't significant $p = (0/621)$.

Conclusion: Applying partnership care model can reduce level of depression in adolescents with -thalassemia. Therefore, it is recommended to use this model to reduce depression in adolescent with -thalassemia.

Keywords: Depression, -thalassemia, Partnership care model, Adolescent.

Received: 2 September 2013

Accepted: 6 March 2014

1- Department of Nursing, School of Nursing Hazrat Zeinab (P.B.U.H) Larestan, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran (**Corresponding author**).

e-mail: ali_parviniyan@yahoo.com

2- MSc. in Nursing, School of Nursing and midwifery, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran.

3- MSc. in Nursing, Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery Bojnord, Northern Khorasan University of Medical Sciences, Bojnord, Iran.

4- MSc. in Nursing, Department of Nursing, School of Nursing and Paramedics, Jahrom University of Medical Sciences, Jahrom, Iran.

5- Ph.D. Student in nursing, Larestan School of Nursing, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

6- MSc. in Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Shahroud University of Medical Sciences, Shahroud, Iran.

7- MSc. in Nursing, Larestan School of Nursing, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran.

8- Msc. in Teaching English Language, Larestan School of Nursing, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran.