

Research Paper

The Effect of Orem Self-Care on Mental Health of Patients With Thalassemia Major

Yaghoob Madmoli¹, Seyed Mehrsahad Akhlaghi Dezfuli¹, *Ahmad Adavi², Elham Maraaghi³, Reza Heidari Soureshjani⁴, Mostafa Madmoli⁵

1. BSc. Student, Students Research Committee, Dezful University of Medical Sciences, Dezful, Iran.
2. MSc., Counseling Office, Dezful University of Medical Sciences, Dezful, Iran.
3. PhD, Department of Biostatistics and Epidemiology, School of Public Health, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.
4. BSc., Students, Research Committee, Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran.
5. Technician, Department of Medical Emergencies, School of Nursing, Dezful University of Medical Sciences, Dezful, Iran.



Citation: Madmoli Y, Akhlaghi Dezfuli SM, Adavi A, Maraaghi E, Heidari Soureshjani R, Madmoli M. [The Effect of Orem Self-Care on Mental Health of Patients With Thalassemia Major (Persian)]. Journal of Clinical Nursing and Midwifery. 2018; 7(2):108-115.

Funding: See Page 114

Copyright: The Author(s)

Received: 28 Jun 2017

Accepted: 07 May 2018

Key words:

Self-care; Mental health; Beta-thalassemia major

ABSTRACT

Background and Aims Mental health and quality of life of the patients with thalassemia due to multiple physical, psychological, economic and social problems of this chronic disease is low. This study aimed to investigate the effect of Orem self-care on the mental health of patients with thalassemia major.

Methods This study was quasi-experimental with pretest posttest design. The study population included all patients with beta thalassemia living in Dezful City, Iran in 2015. Of them, 80 people after obtaining informed consent, were selected by convenience sampling method and randomly divided into two groups of 40 people in the intervention and control group. The relevant data were collected through the SF-36 questionnaire and the training package based on Orem self-care framework. The obtained data were analyzed using SPSS-22 and GEE (Generalized Estimating Equation) models.

Results The results showed a significant difference in the level of mental health in the pretest and post-test among patients with thalassemia ($P < 0.005$). The mean (SD) mental health score in the intervention group before the start of the self-care model was 74.32(3.23) and three months after the intervention was 79.08(2.34). This proves the positive effect of education on self-care pattern of Oram on the mental health of patients with thalassemia.

Conclusion With the proper training of Orem self-care to patients with beta-thalassemia major, their mental health can be elevated and reduce the psychological burden of the disease. Therefore, this method can be more effective if it is used as a simple and low-cost supplemental non-pharmacologic supplement for patients with thalassemia.

Ethical Considerations**Compliance with ethical guidelines**

IRCT code of the present paper is 2014121219733N2. At the beginning of the study, all subjects completed the informed consent form and all were assured that their information would be confidential. Moreover, the subjects could exit the research at any time.

Funding

This paper was extracted from the research project with the code of 121-DURS.

Conflict of interest

The authors declared no conflict of interest.

Acknowledgments

We hereby appreciate all people with β -thalassemia, officials and nurses of Thalassemia Center of Dezful Hospital and deputy director of research at Dezful University of Medical Sciences.

*** Corresponding Author:**

Ahmad Adavi, MSc.

Address: Counseling Office, Dezful University of Medical Sciences, Dezful, Iran.

Tel: +98 (916) 9438670

E-mail: ahmad_adavi@yahoo.co.uk

بررسی تأثیر الگوی خودمراقبتی اورم بر ابعاد سلامت روانی افراد مبتلا به بتاتالاسمی ماژور

یعقوب مدملی^۱، سید مهرشاد اخلاقی دزفولی^۱، *احمد اداوی^۲، الهام مراغی^۳، رضا حیدری سورشجانی^۴، مصطفی مدملی^۵

- ۱- دانشجوی کارشناسی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی دزفول، دزفول، ایران.
- ۲- کارشناس ارشد، اداره مشاوره، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی دزفول، دزفول، ایران.
- ۳- دکتر، گروه آمار و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران.
- ۴- دانشجوی کارشناسی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران.
- ۵- کاردان، گروه فوریت‌های پزشکی، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی دزفول، دزفول، ایران.

چکیده

تاریخ دریافت: ۰۷ تیر ۱۳۹۶
تاریخ پذیرش: ۱۷ اردیبهشت ۱۳۹۷

زمینه و هدف سلامت روانی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بتاتالاسمی به دلایل متعدد جسمی، روانی، اقتصادی و اجتماعی از جمله وجود بیماری مزمن، پایین است. این پژوهش با هدف تعیین تأثیر الگوی خودمراقبتی اورم بر ابعاد سلامت روانی بیماران مبتلا به بتاتالاسمی ماژور انجام شد.

روش بررسی این پژوهش از نوع نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری شامل تمام بیماران مبتلا به بیماری بتاتالاسمی شهرستان دزفول در سال ۱۳۹۴ بود که پس از کسب رضایت آگاهانه، از بین آن‌ها ۸۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به دو گروه ۴۰ نفری کنترل و مداخله تقسیم شدند. ابزار جمع‌آوری اطلاعات، پرسش‌نامه کیفیت زندگی ۳۶ سؤالی و پکیج آموزشی بر اساس الگوی خودمراقبتی اورم بود. داده‌ها با استفاده از نسخه ۲۲ نرم‌افزار SPSS و مدل‌های GEE تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها نتایج آماری تفاوت معنی‌داری را از لحاظ سطح سلامت روان در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون در بین بیماران تالاسمی نشان داد ($P < 0/005$). به طوری که سطح سلامت روان بیماران گروه مداخله در مرحله پیش‌آزمون (۳/۲۳) و در مرحله پس‌آزمون (۲/۳۴) بود که این امر حاکی از اثربخشی مثبت آموزش الگوی خودمراقبتی اورم بر ابعاد سلامت روان بیماران تالاسمی بود.

نتیجه‌گیری با آموزش صحیح الگوی خودمراقبتی اورم به بیماران مبتلا به بتاتالاسمی ماژور، می‌توان سطوح ابعاد سلامت روان آن‌ها را بالا برد و از بار روانی بیماری کم کرد. این روش اگر به عنوان درمان غیردارویی مکمل ساده و کم‌هزینه، برای بیماران تالاسمی به صورت مدون و مداوم استفاده شود، می‌تواند اثربخشی بیشتر و بهتری داشته باشد.

کلیدواژه‌ها:

خودمراقبتی؛ سلامت روان؛ بتاتالاسمی ماژور

مقدمه

بیماران تالاسمی به دلیل طولانی بودن روند درمان و کنترل بیماری‌شان، و همچنین به خاطر رفتار و آمدهای بسیار زیاد به مراکز درمانی و دریافت مقادیر زیادی دارو معمولاً از نظر روحی و روانی سالم نیستند و نمی‌توانند ارتباط اجتماعی خوبی داشته باشند. بیماران مبتلا به تالاسمی معمولاً دچار استرس، اضطراب و نگرانی خاصی هستند. اضطراب می‌تواند در بسیاری از امور زندگی تأثیرات منفی و جبران‌ناپذیری داشته باشد^(۵).

کیفیت زندگی این بیماران به دلایل متعدد جسمی، روانی، اقتصادی و اجتماعی از جمله وجود بیماری مزمن، مراجعه مکرر به بیمارستان برای انتقال خون، تزریق دردناک داروها، ظاهر نامناسب، نرسیدن به بلوغ جنسی، ناباروری، ناتوانی به منظور کاستن از عوارض مربوط به بیماری خود، اطمینان نداشتن به

تالاسمی نوعی ناهنجاری ژنتیکی است که کم‌خونی شدیدی را به دنبال دارد و شایع‌ترین اختلال هموگلوبینی در جهان محسوب می‌شود. این بیماری در مناطقی مانند مدیترانه، شرق میانه، شرق دور، قفقاز، آسیای مرکزی و شبه قاره هند بسیار شایع است. البته به دلیل مهاجرت‌های بسیار زیاد در سطح کره زمین این بیماری در مناطقی همچون شمال اروپا، شمال و جنوب آمریکا و استرالیا نیز شایع شده است^(۱، ۲). به طور کلی میزان بروز سالانه این بیماری در دنیا، یک در صد هزار نفر تخمین زده می‌شود. در ایران نیز این اختلال وجود دارد و آمارها نشان می‌دهد بیش از ۳۰ هزار نفر به این بیماری مبتلا هستند^(۳، ۴).

* نویسنده مسئول:

احمد اداوی

نشانی: دزفول، دانشگاه علوم پزشکی دزفول، اداره مشاوره.

تلفن: ۹۴۳۸۶۷۰ (۹۱۶) ۹۸+

پست الکترونیکی: ahmad_adavi@yahoo.co.uk

(۴۰ نفره) مداخله و کنترل تقسیم شدند. معیارهای ورود بیماران به پژوهش عبارت بودند از: ابتلای فرد به بیماری تالاسمی ماژور؛ داشتن پرونده پزشکی در مراکز دریافت خون؛ مراجعه بیمار به صورت منظم به مراکز تخصصی برای دریافت خون؛ دریافت نکردن اطلاعات برنامه‌ریزی شده در زمینه مراقبت از خود؛ داشتن سن بین ۱۵ تا ۲۵ سال؛ و نداشتن بیماری‌های حاد یا مزمن مانند هیپاتیت، نارسایی قلبی و کلیوی، سرطان، آسم و بیماری تنفسی مزمن انسدادی. معیارهای خروج از مطالعه نیز عبارت بودند از: شرکت همزمان در یک برنامه آموزشی، و ابتلا به یک بیماری روانی حاد علاوه بر تالاسمی.

ابزار مطالعه پرسش‌نامه کیفیت زندگی - فرم کوتاه ۳۶ سؤالی بود. سؤالات این پرسش‌نامه دربرگیرنده ۸ مفهوم حیطه‌های عملکرد جسمی، اجتماعی، محدودیت در ایفای نقش‌ها و وظایف، درد، سلامت روانی عمومی، محدودیت ایفای نقش مرتبط با وضعیت روحی، انرژی حیاتی و درک از سلامتی عمومی است. نمره هر سؤال حداکثر ۱۰۰ و حداقل صفر است. حداقل امتیازات کسب‌شده صفر به معنای کمترین کیفیت زندگی و حداکثر ۱۰۰ به معنای بیشترین کیفیت زندگی است. سؤالات دوگزینه‌ای با نمره‌های ۵۰ و ۱۰۰، سؤالات سه‌گزینه‌ای با نمره‌های ۰، ۲۵، ۵۰، ۷۵ و ۱۰۰، سؤالات پنج‌گزینه‌ای با نمرات ۰، ۲۰، ۴۰، ۶۰، ۸۰ و ۱۰۰ در نظر گرفته شدند.

میانگین استاندارد ابعاد کیفیت زندگی ۵۰ بود که کمتر و بیشتر از نمره ۵۰ به ترتیب نشان‌دهنده میانگین عملکرد بالا و پایین است. بریزر^۲ و همکاران در سال ۱۹۹۲ در بریتانیا این پرسش‌نامه را طراحی کردند. پایایی پرسش‌نامه بر اساس آزمون آلفای کرونباخ بالای ۸۵ درصد تعیین شد^(۱۳). در ایران منتظری و همکاران در مطالعه‌ای با هدف ترجمه، تعیین پایایی و روایی گونه فارسی پرسش‌نامه کیفیت زندگی - فرم کوتاه ۳۶ سؤالی نشان دادند که به جز مقیاس نشاط ($\alpha=0/65$) دیگر مقیاس‌های گونه فارسی پرسش‌نامه کیفیت زندگی حداقل ضرایب استاندارد پایایی را در محدوده ۰/۷۷ تا ۰/۹ دارند^(۱۴). در این مطالعه از ابعاد سلامت روانی این پرسش‌نامه شامل اختلال نقش به دلیل سلامت هیجانی، خستگی، بهزیستی هیجانی و کارکرد اجتماعی بهره گرفته شده است.

روش انجام مطالعه به این صورت بود که پس از انتخاب اولیه نمونه‌ها (با توجه به شرایط پذیرش) به صورت نمونه‌گیری آسان (در دسترس) و توضیح در خصوص چگونگی روند اجرای طرح، پرسش‌نامه‌های اطلاعات جمعیت‌شناختی و کیفیت زندگی - فرم کوتاه ۳۶ سؤالی در اختیار شرکت‌کنندگان قرار داده شد. پس از تکمیل و جمع‌آوری پرسش‌نامه‌ها (مرحله پیش‌آزمون)، ۸۰ بیمار

آینده، اختلالات روانی و مشکلات اشتغال و ایفای نقش در جامعه پایین است^(۶). کیفیت زندگی دامنه‌ای از نیازهای عینی انسان است که در ارتباط با درک شخصی و گروهی افراد از احساس خوب بودن به دست می‌آید^(۷).

هادی و همکاران^(۷) در مطالعه خود در حوزه کیفیت زندگی به این نتیجه رسیدند که ابعاد مختلف کیفیت زندگی بیماران تالاسمی پایین است؛ چرا که این بیماران درمان طولانی و طاقت‌فرسایی دارند و بیماری‌های مزمن مثل تالاسمی، کاملاً در حالت روحی فرد تأثیر منفی می‌گذارد. در این پژوهش بیماران اظهار کرده بودند که بیش از دیگران به بیماری مبتلا می‌شوند و منتظر بدتر شدن وضعیت سلامتی‌شان هستند. نداشتن آگاهی در زمینه چگونگی خودمراقبتی، یکی از اصلی‌ترین دلایل بستری شدن مجدد افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن است. آموزش و توانمندسازی بیمار در حوزه مراقبت و سلامتی می‌تواند به مقدار زیادی در جلوگیری از این امر مفید باشد^(۸،۹).

الگوی خودمراقبتی اورم زیربنای کار بالینی در مراقبت پرستاری است که الیزابت اورم آن را پایه‌گذاری کرده است. اورم عقیده دارد که بیمار یک موجود غیرفعال و صرفاً دریافت‌کننده کمک‌های دیگران نیست، بلکه موجودی قوی، بالقوه، قابل اعتماد و مسئولیت‌پذیر است که می‌تواند مراقبت و تأمین سلامتی خود را به عهده گیرد و آن را به‌خوبی انجام دهد. او معتقد است که مراقبت از خود یعنی فعالیت‌هایی که به منظور حفظ حیات، سلامتی و رفاه خود انجام می‌دهید^(۱۰). پژوهشگرانی مثل آل‌تی^۱ و همکاران^(۱۱) و تیمینز^۲ و همکاران^(۱۲) در فعالیت‌های خود، تأثیر مثبت این الگو را اثبات کرده و به‌کارگیری آن را پیشنهاد داده‌اند. لذا این مطالعه با هدف تعیین تأثیر الگوی خودمراقبتی اورم بر ابعاد سلامت روانی افراد مبتلا به بتاتالاسمی ماژور صورت گرفت.

روش بررسی

این پژوهش مطالعه‌ای نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. مجوزهای لازم (طرح پژوهشی مصوب دانشگاه علوم پزشکی دزفول با کد DURS-۱۲۱ و کد کارآزمایی بالینی به شماره IRCT2014121219733N2) و رضایت کتبی آگاهانه از افراد گرفته شد.

جامعه پژوهش شامل تمام بیماران تالاسمی ماژور شهرستان دزفول بود که به مراکز خاص درمان تالاسمی در شهرستان مراجعه کرده بودند و پرونده‌های پزشکی داشتند. بر همین اساس، از بین کل بیماران تالاسمی شهرستان و با استفاده از نمونه‌گیری در دسترس، ۸۰ نفر انتخاب شدند که معیارهای ورود به مطالعه را داشتند و به صورت تصادفی ساده به دو گروه مساوی

1. Altey

2. Timmimns

3. Brazier

گروه آزمون، به گروه شاهد نیز آموزش داده شد و جزوه آموزشی نیز در اختیار آنها قرار گرفت. پژوهشگران جزوه آموزشی این بیماران را بر اساس منابع معتبر طراحی کردند و ۱۰ نفر از اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی دزفول از نظر علمی و روایی آن را تأیید کردند.

در این پژوهش داده‌ها با استفاده از نسخه ۲۲ نرم‌افزار SPSS^۴ تجزیه و تحلیل شد. از مدل‌های GEE^۵ برای تعیین ارتباط بین نوع مداخله و تغییرات نمره ابعاد سلامت روان (اختلال نقش به دلیل سلامت هیجانی، خستگی، بهزیستی هیجانی و کارکرد اجتماعی) و کیفیت زندگی در طول مطالعه استفاده شد. سطح معنی‌داری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

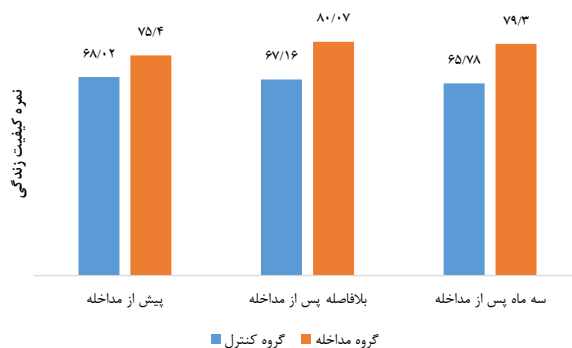
میانگین سن گروه کنترل $24/12 \pm 4/96$ و گروه مداخله $24/35 \pm 5/50$ سال بود ($P=0/06$). در گروه کنترل ۲۳ نفر (۵۹ درصد) مذکر و بقیه مؤنث بودند. در گروه مداخله ۲۵ نفر (۳۷/۵ درصد) مذکر و بقیه مؤنث بودند. دو گروه از نظر متغیرهای جمعیت‌شناختی تفاوت آماری معنی‌داری نداشتند ($P>0/05$) (جدول شماره ۱).

میانگین (انحراف معیار) نمره سلامت روان بیماران گروه مداخله پیش از شروع آموزش الگوی خودمراقبتی (۳/۲۲/۳۲) و سه ماه پس از مداخله (۲/۳۴/۲۸) بود. نمره سلامت روان بیماران که تحت آموزش الگوی خودمراقبتی اورم بودند، در مقایسه با قبل از مداخله به طور معنی‌داری افزایش یافت ($P<0/0001$) (تصویر شماره ۱).

میانگین نمره اختلال نقش به دلیل سلامت هیجانی، خستگی، بهزیستی هیجانی و کارکرد اجتماعی بیماران گروه مداخله پیش از شروع آموزش الگوی خودمراقبتی اورم و سه ماه پس از مداخله

4. SPSS Inc. Chicago, IL, USA

5. Generalized Estimating Equations



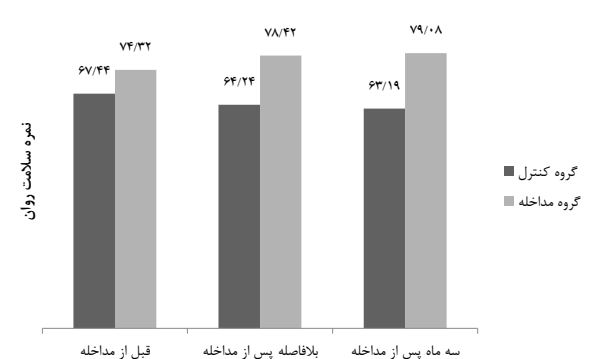
تصویر ۲. مقایسه نمرات کیفیت زندگی قبل، بلافاصله و سه ماه بعد از مداخله در دو گروه

مبتلا به تالاسمی انتخاب شدند که معیارهای لازم برای شرکت در مطالعه را داشتند. شرکت‌کنندگان به صورت تصادفی ساده و یکی در میان (زوج و فرد) به دو گروه (۴۰ نفر) کنترل و مداخله تقسیم شدند. بعد از مشخص شدن گروه‌های مداخله و کنترل، به منظور اجرای طرح و آموزش الگوی خودمراقبتی، گروه مداخله به صورت تصادفی ساده به گروه‌های جداگانه پنج نفره تقسیم شدند.

بعد از اجرای پیش‌آزمون، بر اساس الگوی اورم نیازسنجی بیماران تحت مطالعه با چک‌لیست انجام گرفت. این چک‌لیست محقق‌ساخته از نظر روایی محتوایی بررسی شد و اعضای هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی دزفول آن را تأیید کردند. سپس برنامه آموزشی خودمراقبتی مبتنی بر الگوی اورم و نیازسنجی ارائه شد. این برنامه در قالب یک جلسه آموزشی به صورت سخنرانی، پرسش و پاسخ، ارائه پاورپوینت، نمایش عکس و دادن جزوه آموزشی توسط پژوهشگر در سالن آموزشی بیمارستان دکتر گنجویان برای هر کدام از گروه‌های آزمون برگزار شد. جلسه ۶۰ دقیقه طول کشید که برای جلوگیری از خستگی بیماران، این ۶۰ دقیقه به سه قسمت ۲۰ دقیقه‌ای تقسیم شد. در جلسه مطالب به صورت ساده، قابل فهم و بدون استفاده از اصطلاحات فنی و پزشکی ارائه شد.

در ۲۰ دقیقه سوم درباره مطالب گفته‌شده، پرسش و پاسخ صورت گرفت و اگر مطالب برای بیمار تفهیم نشده بود، به صورت جداگانه مسائل بازگو و تفهیم می‌شد. زمان‌بندی جلسه با نظر بیماران و مشغله کاری آنها تعیین شد. در پایان جلسه جزوه آموزشی در اختیار بیماران قرار داده و همچنین امکان مشاوره خصوصی نیز به بیماران داده شد. بعد از اتمام دوره آموزشی، مرحله پس‌آزمون اجرا شد. پژوهشگر هر هفته یک‌بار به صورت تلفنی با بیماران گروه آزمون تماس گرفت و به سؤالات و اشکالات آنان در طول اجرای برنامه پاسخ داد و مددجویان را در اجرای بهتر برنامه حمایت کرد. همچنین بعد از ۳ ماه نیز مرحله پیگیری اجرا شد.

در پایان، برای رعایت مسائل اخلاقی موارد آموزش داده‌شده به



تصویر ۱. مقایسه نمرات سلامت روان قبل، بلافاصله و سه ماه بعد از مداخله در دو گروه

جدول ۱. مشخصات فردی بیماران مطالعه شده به تفکیک گروه‌های تحت بررسی

P	(تعداد=۴۰ نفر)		مشخصات فردی	
	گروه مداخله	گروه کنترل		
۰/۰۶	۲۴/۳۵±۵/۵۰ (۱۴-۳۹)	۲۴/۱۲±۴/۹۶ (۱۴-۳۲)	دامنه) انحراف معیار ± میانگین	سن
۰/۸۲	۱۵ (۶۲/۵٪)	۱۶ (۴۱٪)	مؤنث	جنسیت
	۲۵ (۳۷/۵٪)	۲۳ (۵۹٪)	مذکر	
۰/۱۰	۱۸ (۴۵٪)	۱۰ (۲۵٪)	فارس	قومیت
	۲۲ (۵۵٪)	۳۰ (۷۵٪)	غیر فارس	
۰/۷۵	۳۵ (۸۷/۵٪)	۳۳ (۸۲/۵٪)	مجرد	وضعیت تأهل
	۵ (۱۲/۵٪)	۷ (۱۷/۵٪)	متاهل	
۰/۲۶	۱۵ (۶۲/۵٪)	۲۱ (۵۲/۵٪)	دیپلم و پایین‌تر	تحصیلات
	۲۵ (۳۷/۵٪)	۱۹ (۴۷/۵٪)	بالتر از دیپلم	
۰/۱۶	۱۱ (۲۷/۵٪)	۱۸ (۴۵٪)	روستا	محل سکونت
	۲۹ (۷۲/۵٪)	۲۲ (۵۵٪)	شهر	
۰/۲۱	۱۴ (۳۵٪)	۱۳ (۳۲/۵٪)	A	گروه خون
	۱۱ (۲۷/۵٪)	۵ (۱۲/۵٪)	B	
	۱۴ (۳۵٪)	۱۸ (۴۵٪)	O	
	۱ (۲/۵٪)	۴ (۱۰٪)	AB	
۰/۴۹	۲۵ (۶۲/۵٪)	۲۱ (۵۲/۵٪)	دارد	سابقه بستری
	۱۵ (۳۷/۵٪)	۱۹ (۴۷/۵٪)	ندارد	
۰/۶۴	۱۶ (۴۰٪)	۱۳ (۳۲/۵٪)	دارد	سابقه جراحی
	۲۴ (۶۰٪)	۲۷ (۶۷/۵٪)	ندارد	

خودمراقبتی اروم بر ابعاد سلامت روان بیماران مبتلا به تالاسمی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و مرحله سه‌ماهه پیگیری انجام شد ($P < 0/05$). نتایج حاکی از اثربخشی الگوی خودمراقبتی بر ابعاد سلامت روان بیماران تالاسمی مازور بود که این اثربخشی، در مرحله پیگیری سه‌ماهه نیز تأیید شد.

نتیجه پژوهش حاضر با نتایج تحقیق مسعودی و همکاران^(۱۵)، پروینیان‌نسب و همکاران^(۱۶)، و شمس و همکاران^(۱۷) همسو بود. در این رابطه، نوحی و همکاران^(۱۸) در پژوهش خود نشان دادند الگوی خودمراقبتی در افزایش توانایی خودمراقبتی بیماران نقش مؤثری دارد. نتایج پژوهش حاضر با این مطالعه نیز همسو است. همچنین اسمولدرز^۶ در سال ۲۰۱۰ نشان داد با آموزش منظم و تشویق این بیماران به شرکت در برنامه آموزشی خودمراقبتی، توانایی شناختی

به طور معنی‌داری افزایش یافت (جدول شماره ۲).

میانگین نمره کیفیت زندگی بیماران گروه مداخله پیش از شروع آموزش الگوی خودمراقبتی (۲/۸۹) (۷۵/۴۰) و سه ماه پس از مداخله (۱/۹۴) (۷۹/۳۰) بود. نمره کیفیت زندگی بیمارانی که تحت آموزش الگوی خودمراقبتی اورم بودند، در مقایسه با قبل از مداخله به طور معنی‌داری افزایش یافت ($P < 0/01$) (تصویر شماره ۲).

بحث

نیاز روزانه بیماران تالاسمی به مراقبت و دریافت خون و فرآورده‌های خونی و داروهای دفع‌کننده آهن، اهمیت بحث مراقبت و کیفیت سلامت روان را در این بیماران نمایان می‌کند. لذا بررسی و تحقیق در زمینه چگونگی افزایش کیفیت زندگی و سلامت روان این بیماران امری ضروری و لازم به نظر می‌رسد. بر همین اساس مطالعه حاضر با هدف بررسی تأثیر آموزش الگوی

جدول ۲. مقایسه میانگین امتیازات ابعاد سلامت روانی و کیفیت زندگی بیماران در گروه‌های تحت مطالعه

P	سه ماه پس از مداخله	بلافاصله پس از مداخله	قبل از مداخله	گروه کنترل	سلامت روان
<۰/۰۰۰۱	۶۳/۱۹(۲/۸۵)	۶۴/۲۴(۳/۰۳)	۶۷/۴۴(۲/۹۳)	گروه کنترل	سلامت روان
	۷۹/۰۸(۲/۳۴)	۷۸/۴۲(۲/۷۱)	۷۴/۳۲(۳/۲۳)	گروه مداخله	
۰/۰۰۲	۶۱/۸۷(۴/۱۰)	۶۶/۰۰(۴/۴۸)	۶۷/۵۰(۴/۵۸)	گروه کنترل	اختلال نقش به دلیل سلامت هیجانی
	۷۵/۱۲(۴/۲۷)	۸۲/۵۰(۳/۸۱)	۷۴/۳۷(۵/۷۶)	گروه مداخله	
<۰/۰۰۰۱	۵۸/۷۵(۳/۲۲)	۶۰/۷۵(۳/۲۴)	۶۱/۱۲(۳/۲۵)	گروه کنترل	خستگی
	۷۵/۵۰(۲/۸۸)	۷۴/۸۷(۳/۲۸)	۷۰/۶۲(۳/۷۵)	گروه مداخله	
<۰/۰۰۰۱	۶۵/۸۵(۲/۷۴)	۶۵/۹۵(۲/۹۴)	۶۶/۶۵(۲/۹۴)	گروه کنترل	بهبودی هیجانی
	۷۷/۹۰(۲/۸۴)	۷۷/۶۰(۲/۹۰)	۷۵/۲۰(۳/۳۴)	گروه مداخله	
<۰/۰۰۰۱	۶۴/۰۶(۳/۴۴)	۶۵/۳۱(۳/۸۱)	۶۸/۱۲(۳/۷۶)	گروه کنترل	کارکرد اجتماعی
	۸۳/۱۲(۲/۷۷)	۸۳/۷۵(۲/۷۶)	۷۹/۰۰(۳/۲۹)	گروه مداخله	
<۰/۰۰۰۱	۶۵/۷۸(۲/۲۱)	۶۷/۱۶(۲/۴۰)	۶۸/۰۲(۲/۵۱)	گروه کنترل	کیفیت زندگی
	۷۹/۳۰(۱/۹۴)	۸۰/۰۷(۲/۱۷)	۷۵/۴۰(۲/۸۹)	گروه مداخله	

مقادیر به صورت (خطای معیار) میانگین گزارش شده‌اند؛ P-valueها مربوط به اثر متقابل است و بر اساس مدل GEE به دست آمده‌اند.

بیمار به جا می‌گذارد. در همین راستا دیکسون^۷ و همکاران (۲۰۱۲) با هدف بررسی روش‌ها و رفتارهای مراقبت از خود در بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن پژوهشی انجام دادند. نتایج آنان نشان داد افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن به دلیل نقص مراقبت از خود، آسیب‌پذیرند. دیکسون بر آموزش مراقبت از خود و توسعه مهارت‌های خودمراقبتی به منظور افزایش سطح سلامت و رفتارهای مراقبتی در این بیماران تأکید کرده است.^(۲۰)

برای اینکه بیمار بتواند رفتارهای صحیحی برای مراقبت از خود داشته باشد، در درجه اول باید در خصوص چگونگی مراقبت و مواظبت از خود آگاهی مناسبی داشته باشد. بر اساس نتایج پژوهش ریگل^۸ (۲۰۰۹)، بهبود و افزایش کیفیت رفتارهای مراقبت از خود، بدون آگاهی از اصول خودمراقبتی و درک اهمیت آن‌ها امکان‌پذیر نیست^(۲۱). با توجه به اینکه بیماران مبتلا به تالاسمی ماژور جزء آسیب‌پذیرترین اقشار جامعه هستند، لذا این بیماران نیازمند دریافت آموزش‌های لازم و مداوم هستند تا بتوانند هم در برابر آسیب‌های احتمالی از خود مراقبت کنند و هم از این طریق بر کیفیت زندگی خود بیفزایند. این مهم به خوبی در نتایج پژوهش حاضر مشاهده شد ($P < ۰/۰۰۵$).

نتیجه‌گیری

با توجه به یافته‌های حاصل از این پژوهش، الگوی خودمراقبتی اورم

این بیماران افزایش می‌یابد.^(۱۹) این یافته با نتایج پژوهش حاضر مبنی بر افزایش سلامت روان بیماران از طریق آموزش الگوی خودمراقبتی اورم همخوانی دارد. با کمی دقت مشخص می‌شود وقتی توان خودمراقبتی بیمار را با آموزش الگوهای خودمراقبتی بالا می‌بریم، به بیمار کمک می‌کنیم تا بتواند نسبت به چگونگی مقابله با بار روانی‌ای که بیماری تالاسمی به دنبال دارد به آگاهی برسد. این آگاهی در افزایش شناخت بیمار از چگونگی مراقبت از خود در خصوص کاهش حداکثری عوارض جسمی و روانی بیماری تالاسمی به فرد آموزش دیده کمک می‌کند.

آنچه ملموس است و بیشتر بیماران مبتلا به تالاسمی با آن گریبانگیر هستند تأثیر نداشتن دارو بر کیفیت زندگی آنان است. دارو تنها به خاموشی موقت بیماری کمک می‌کند. طبیعتاً اجرای برنامه‌های خودمراقبتی مدون، که از نیازهای این بیماران گرفته شده و با تکیه بر اصول خودمراقبتی باشد، نتایج مثبت‌تر و بهتری در وضعیت جسمی و روانی بیماران خواهد داشت. ضمن اینکه چنین برنامه‌هایی ایمن، ارزان و راحت است.

در پژوهش حاضر آموزش الگوی خودمراقبتی که شامل افزایش سطح کارکرد اجتماعی، بهبود هیجانی، کاهش سطح خستگی و افزایش کیفیت ایفای نقش بود، اثر مثبتی در افزایش توانایی خودمراقبتی داشت. این افزایش توانایی در مرحله پیگیری مشاهده شد. می‌توان گفت که این الگو، آثار پایداری در زندگی

7. Dickson

8. Riegel

بر ابعاد سلامت روان کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری تالاسمی تأثیر آماری معنی داری داشته و موجب ارتقای آن شده است.

کاربرد یافته‌های پژوهش در بالین

الگوی خودمراقبتی اورم می‌تواند باعث افزایش سطح سلامت روان بیماران مبتلا به بتاتالاسمی ماژور شود. لذا این روش می‌تواند به عنوان یک درمان غیردارویی مکمل ساده و کم‌هزینه، در راستای افزایش سطوح سلامت روانی و کیفیت زندگی این افراد به کار گرفته شود.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

این مقاله با پیروی از اصول اخلاقی شامل کسب رضایت آگاهانه کتبی، دادن حق کناره‌گیری از هرکدام از مراحل تحقیق و محرمانه‌بودن اطلاعات و با کد کارآزمایی بالینی به شماره IRCT2014121219733N2 صورت گرفت.

حامی مالی

این مقاله از طرح پژوهشی مصوب دانشگاه علوم پزشکی دزفول با کد DURS-۱۲۱ گرفته شده است.

تعارض منافع

نویسندگان اظهار می‌کنند این مقاله در هیچ‌یک از مراحل اجرایی کار تعارض منافع نداشته است.

تشکر و قدردانی

از تمامی افراد مبتلا به بتاتالاسمی، مسئولان و پرستاران مرکز تالاسمی بیمارستان دزفول و معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی دزفول کمال تقدیر و تشکر را داریم.

References

1. Cao A, Kan YW. The prevention of Thalassemia. *Cold Spring Harb Perspect Med.* 2013; 3(2):a011775–a011775. [DOI:10.1101/cshperspect.a011775]
2. Madmoli Y, Beiranvand R, Korkini N, Mashalchi H, Karimi H. [Comparison of health-related quality of life in beta thalassemia major and healthy people in Dezful in 2015 (Persian)]. *Iran J Nurs Res.* 2016; 11(1):9-16.
3. Madmoli Y, Akhaghi Dezfuli SM, Beiranvand R, Saberi Pour B, Azami M, Madmoli M. [An epidemiological and clinical survey of patients with β -thalassemia in dezful in 2015 (Persian)]. *Iran J Epidemiol.* 2017; 13(2):145-52.
4. Sayehmiri K, Tardeh Z, Mansouri A, Borji M, Azami M. [The prevalence of hypogonadism in patients with thalassemia major in Iran—a systematic review and meta-analysis study (Persian)]. *J Shahrekord Univ Med Sci.* 2016; 18(5):140-51.
5. Palma A, Vullo C, Zani B, Facchini A. Psychosocial integration of adolescents and young adults with thalassemia major. *Ann N Y Acad Sci.* 1998; 850(1):355-60. [DOI:10.1111/j.1749-6632.1998.tb10493.x]
6. Bagul A, Porwal A, Jain M. Psychosocial problems in thalassemic adolescents and young adults. *Chron Young Sci.* 2013; 4(1):21-3. [DOI:10.4103/2229-5186.108800]
7. Hadi N, Karami d, Montazeri A. [Health-related quality of life in patients with thalassemia major (Persian)]. *Payesh.* 2009; 8(4):387-93.
8. Imani E, Asadi Nooghabi F, Hosseini Teshnizi S, Yosefi P, Salari F. [Comparison quality of life in patients with thalassemia major based on participating in group activities, Bandar Abbas (Persian)]. *Sci J Iran Blood Transfus Organ.* 2013; 10(2):198-206.
9. Mullis RL, Chapman P. Age, gender, and self-esteem differences in adolescent coping styles. *J Soc Psychol.* 2000; 140(4):539–41. [DOI:10.1080/00224540009600494]
10. McLaughlin J, Zeeberg I. Self-care and multiple sclerosis: A view from two cultures. *Soc Sci Med.* 1993; 37(3):315–29. [DOI:10.1016/0277-9536(93)90263-4]
11. Altay N, Çavuşoğlu H. Using O rem's self-care model for asthmatic adolescents. *J Spec Pediatr Nurs.* 2013; 18(3):233-42. [DOI: 10.1111/jspn.12032]
12. Timmins F, Horan P. A critical analysis of the potential contribution of Orem's (2001) self-care deficit nursing theory to contemporary coronary care nursing practice. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2007; 6(1):32-9. [DOI: 10.1016/j.ejcnurse.2006.03.006]
13. Mahmoudi GR, Fayazi S, Jahani S, keykhaee B, Latifi SM. [Effect of self-care program on quality of life in patients with sickle cell anemia (Persian)]. *Jundishapur Sci Med J.* 2012; 11(2):201-11.
14. Montazeri A, Goshtasbi A, Vahdaninia MS. [Translation, reliability and validity of the SF-36 in Persian (Persian)]. *Payesh.* 2006; 5(1):49-56.
15. Masoudi R, Mohammadi E, Ahmadi F, Hasanpour Dehkordi A. [The effect of self-care program education based on Orem's theory on mental aspect of quality of life in multiple sclerosis patients (Persian)]. *Iran J Nurs.* 2009; 22(60):53-64.
16. Parviniannasab A, Rosta S, Vejdani M, Dehghani A. [The effects of the group reminiscence on cognitive status of mild cognitive impaired elders (Persian)]. *J Nurs Educ.* 2014; 1(4):25-36.
17. Zaker M, Ghavami H. [Effect of self management educative package on quality of life among diabetic patients in urmia diabetes centers between in the years of 2013 (Persian)]. *J Urmia Nurs Midwifery Fac.* 2016; 13(10):863-8.
18. Nouhi E, Khosravi I, Jahani Y. [The effect of applying Orem's self-care model on self-care ability in patients hospitalized in the internal cardiac medicine unit in Imam Reza hospital, Sirjan (Persian)]. *J Urmia Nurs Midwifery Fac.* 2016; 13(11):945-52.
19. Smeulders ESTF, van Haastregt JCM, Ambergen T, Stoffers HEJH, Jansen-Boyne JJJ, Uszko-Lencer NHKM, et al. Heart failure patients with a lower educational level and better cognitive status benefit most from a self-management group programme. *Patient Educ Couns.* 2010; 81(2):214–21. [DOI:10.1016/j.pec.2010.01.003]
20. Dickson VV, Howe A, Deal J, McCarthy MM. The relationship of work, self-care, and quality of life in a sample of older working adults with cardiovascular disease. *Heart Lung.* 2012; 41(1):5–14. [DOI:10.1016/j.hrtng.2011.09.012]
21. Riegel B, Driscoll A, Suwanno J, Moser DK, Lennie TA, Chung ML, et al. Heart failure self-care in developed and developing countries. *J Card Fail.* 2009; 15(6):508–16. [DOI:10.1016/j.cardfail.2009.01.009]