



بررسی ناامیدی و سلامت روان در بیماران مبتلا به تالاسمی شهرستان بوشهر

جمیله کیانی

کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر، بوشهر، ایران

علیرضا حاجیونی

دانشجو دکترای تخصصی مدیریت بلایا و فوریتها، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

محمد ازل

استادیار مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران

بهزاد قلی زاده

دکترای تخصصی آمار، دانشگاه خلیج فارس بوشهر، بوشهر، ایران

علیرضا بی باک

کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر، بوشهر، ایران

رضوان بخشی

کارشناس ارشد پرستاری کودکان، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران

شهرزاد درویشی

دانشجو پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر، بوشهر، ایران

چکیده

بیماران تالاسمی با توجه به ماهیت و عوارض شدید بیماری و درگیری مادام العمر در معرض آسیب جدی قرار می‌گیرد. عوارض تالاسمی مخصوصاً بدشکلی ظاهری آنان در کنار خطر ابتلاء به سایر عفونت‌های خونی مانند ایدز و هپاتیت بر کیفیت زندگی و شرایط ازدواج و داشتن معیارهای یک زندگی سالم در بیماران تالاسمی تأثیر می‌گذارد. این عوارض در سنین نوجوانی نمود شدیدتری یافته و بر مشکلات و تعارضات خاص دوران بلوغ می‌افزاید و نوجوانان تالاسمی را به انزوا کشیده و ناامید می‌کند. این پژوهش به منظور دستیابی به هدف کلی پژوهش بررسی وضعیت سلامت روان و ناامیدی در بیماران تالاسمی تحت درمان، در مرکز آموزشی درمانی شهدای خلیج فارس بوشهر صورت گرفته است. بدین منظور از پرسشنامه‌های استاندارد ناامیدی بک و سلامت عمومی GHQ-28 استفاده شد. تعداد کل آزمودنی‌های این پژوهش ۹۴ نفر و میانگین سنی نمونه مورد بررسی ۲۷ سال و دامنه سنی ۱۷ تا ۴۸ سال می‌باشد. این نمونه شامل ۴۱ مرد و ۵۳ زن می‌باشد. میانگین نمره سلامت روان بیماران برابر ۲۹/۲۶ است که این به تفکیک جنسیت تفاوت معنی‌داری به ترتیب برابر ۲۵/۵۳ و ۳۲/۱۵ است. میانگین نمرات ناامیدی ۷/۱۷ به دست آمد. اندازه ناامیدی بیماران مرد کمتر از زنان بوده است اما تفاوت معنادار نیست. ناامیدی و سلامت روان، همبستگی منفی به اندازه ۰/۳۸۵ دارند. بنابراین توجه به جنبه‌های روانشناختی بیماران تالاسمی می‌تواند به ارتقاء و بهبود سلامت روان و کاهش ناامیدی آنان کمک کند.

واژگان کلیدی: ناامیدی، سلامت روان، بیماران تالاسمی



مقدمه

تالاسمی یک بیماری مادرزادی و ژنتیکی است که در اثر آن در خون بیمار تعداد زیادی از گلبول های قرمز، شکل اصلی خود را از دست می‌دهند و قادر به حمل اکسیژن نیستند. در نتیجه تالاسمی یک نوع کم خونی است که در طفولیت آغاز شده و تا پایان عمر به طول می‌انجامد و مبتلایان به طور مداوم نیاز به تزریق خون دارند. (Galanello, 2010) تالاسمی نوعی کم خونی ارثی است که از طریق والدین به کودک منتقل می‌شود. (Shasti, 2010) این بیماری تقریباً در همه نژادها دیده می‌شود ولی شیوع آن در اطراف مدیترانه، نواحی استوایی و مناطق نزدیک استوا در آفریقا و آسیا زیادتر است. (Amini, 2007) به این ترتیب کمربند تالاسمی در بر گیرنده مدیترانه، شبه جزیره عربستان، قسمت هایی از آفریقا، ترکیه، ایران، هند و آسیای جنوب شرقی می‌باشد. (Saki, 2012) بر اساس آمار سازمان بهداشت جهانی، ۴ درصد از جمعیت کشور ما، ناقل تالاسمی (تالاسمی مینور) هستند و در حال حاضر حدود ۳-۲ میلیون نفر ناقل تالاسمی و بیش از ۲۰ هزار نفر بیمار تالاسمی ماژور در ایران وجود دارد که سالانه حدود ۲۰۰ نفر به جمعیت آنان افزوده می‌گردد. (Roudbari, 2008) بخشی از عوارض تالاسمی مانند اختلال در رشد و تغییر قیافه بیمار و بزرگی کبد و طحال به علت ماهیت خود بیماری است و یکسری عوارض دیگر ناشی از درمان تالاسمی است. اصلی‌ترین این عارضه هموسیدوز یا رسوب آهن در بافت‌ها است که نتیجه غیر قابل اجتناب تزریق طولانی مدت خون است. (Mazzone, 2009, Fucharoen, 2007) این بیماری تقریباً درمانی ندارد. پیوند مغز استخوان نیز کاری پرهزینه، خطرناک و در مواردی ناموفق است. (Allahyari, 2006) ولی اگر مراحل درمان نگهدارنده به خوبی انجام گیرد، بیماران می‌توانند تا حدود زیادی مانند افراد عادی باشند و اگر درمان مناسب و منظم نباشد، بیماران دچار عوارض بیماری شده و عمری کوتاه همراه با زجر و صرف هزینه بالا خواهند داشت. (Khani, 2009) امروزه با توجه به پیشرفت علم پزشکی و کاهش مرگ و میر ناشی از تالاسمی و افزایش امید به زندگی این بیماران، کیفیت زندگی آنها به عنوان یکی از شاخص‌های مهم مراقبت بهداشتی مورد توجه قرار گرفته است. ولی تخمین امید به زندگی یک فرد به ویژه برای بیماران مزمن و شدید، خیلی دقیق نیست. (Allahyari, 2006) مراحل درمان و تشخیص بیماری، سطح این امیدواری را تغییر می‌دهد و منجر به خستگی و ناامیدی آنان از درمان می‌شود که نیاز به مداخله و درمان حمایتی و عاطفی از این بیماران را ضرورت می‌بخشد. (Shasti, 2010) در هر صورت زندگی با هر بیماری دارای مرگ و میر بالا، کاملاً استرس‌زا است. بیماران تالاسمی در طی دوران بیماری خود به صورت مستمر دچار ضعف و بیحالی و مشکلات خاص جسمی می‌باشند که با افزایش سن بیشتر می‌شود و به همین تناسب بیمار خسته‌تر می‌شود. (۹) نتایج تحقیقات وجود ارتباط مستقیم بین افزایش ناامیدی و افزایش درد و خستگی ناشی از تحمل بیماری در بیماران مزمن را مطرح می‌سازد. پس الگوی ایجاد مشکلات روانشناختی بیماران تالاسمی نیز تابع گسترش عوارض بیماری آنان در مدت طول زمان است. (Kiani, 2010) عود مکرر بیماری، یک بحران و چالش بزرگ برای بیمار و خانواده اش است که مقابله با آن بسیار مشکل است و یک پیش‌آگهی بد تلقی می‌شود. در این هنگام بیماران به طور مداوم شاهد کاهش توان و محدودیت خود هستند و ناامیدتر می‌شوند. (Zarea, 2012) بنابراین بیماری تالاسمی، نیاز به مدیریت مادام‌العمر دارد، هدف ارتقاء خدمات پزشکی بیماران، فقط زنده ماندن نیست، توجه به بهبود کیفیت زندگی و سلامت روان به جنبه مهمی برای ارائه مراقبت‌های بهداشتی و سلامتی بیماران تبدیل شده است. (Shasti, 2010) کودکان با بیماری‌های جسمی مزمن همچون تالاسمی نسبت به مشکلات عاطفی و رفتاری آسیب پذیر هستند. بیماری همچنین ممکن است روابط اجتماعی، تعاملات مدرسه و اعتماد به نفس را تحت تاثیر قرار بدهد. (Kiani, 2010) از طرفی رشد جسمی کودکان کمتر از همسالان آنان است و این امر احساساتی از قبیل حقارت، تضاد، متفاوت بودن و یا نداشتن شایستگی انجام کارهای مربوط به آن سن را به وجود می‌آورد. (Caocci, 2012) غیبت مکرر از مدرسه، کاهش عملکرد تحصیلی، محدودیت در ارتباط‌های اجتماعی و انجام بازی، احساس بیچارگی ناشی از وابستگی به دیگران جهت دریافت مراقبت، احساس بی‌کفایتی در انجام بعضی از امور

¹ Relapse



عادی، خشم، احساس اضطراب ناشی از موقعیت نامعین و نامعلوم، غم و اندوه به دلیل ازدست دادن سلامت و نداشتن استقلال، نگرانی از مرگ زودرس و این اندیشه که زندگی آنها سیری متفاوت از دیگران دارد، باعث گوشه گیری، افسردگی و کاهش اعتماد به نفس آنها می شود. (Kiani,2010, Tofighyan,2010) از مشکلات دیگری که بیماران تالاسمی با آنها مواجه هستند مشکل تطابق با بیماری و ناتوانی در یافتن راهکارهای مناسب برای رفع مشکلات است. (Shasti,2010) عوامل فوق منجر به ناراحتی و آشفتگی بیمار می شود و برای سلامت جسمی و روانی او مخرب است و ممکن است منجر به ناامیدی، کاهش عملکرد و ارتباطات اجتماعی و کناره گیری از ادامه درمان شود. (Sadeghzadei,2011) سلیگمن² (۱۹۷۲) فشار و منابع غیر قابل کنترل استرس را باعث ایجاد ناامیدی و ابتلاء به افسردگی معرفی نموده است. فشار و استرس طولانی، عاملی در تشدید ناامیدی بیماران می باشد و کوشش های مکرر افراد جهت سازگاری در مقابل این منابع، آنان را خسته و ناامید می کند و به درماندگی می کشاند. (Miri Moghadam,2011) استرس های ناشی از درد و رنج بیماری لاعلاج، بیماران را به چالش با تشخیص و درمان بیماری می کشاند و اختلالات روانپزشکی از جمله ناامیدی و افکار خودکشی را ایجاد نموده که منجر به کاهش قبول درمان می شوند. (Khani,2009, Nejat,2008) روش های سازگاری به عنوان میانجی بین منابع استرس و ناامیدی در افراد عمل می نماید. در مقابل افزایش توجه به تشخیص و درمان اختلالات روانشناختی و ارائه حمایت های اجتماعی متناسب نقش محافظتی دارد و می تواند مکانیسم سازگاری بیماران را بهبود بخشد. (Haghpanah,2013) نتایج پژوهش های مختلف بررسی سلامت روان بیماران تالاسمی در کشور نیز حاکی از شیوع بالای افسردگی و خودپنداره منفی در نوجوانان تالاسمی است. (Kiani,2010) همچنین اضطراب ایشان بالاتر از افراد سالم گزارش شده است و میان ناامیدی و اضطراب گروه های بیمار و سالم، تفاوت معنی دار آماری وجود دارد که با افزایش ناامیدی، بر اضطراب آنان افزوده می شود. (Pormovahed,2003) این بیماران در معرض ابتلاء به انواع مختلف اختلالات روانپزشکی قرار دارند. (Hosini,2007, Khani,2006, Ghafari,2003) بنابراین توجه به جنبه های روانشناختی و حفظ سلامت روانی بیماری تالاسمی علاوه بر جنبه های فیزیکی ضروری است. هدف اصلی از انجام این پژوهش بررسی وضعیت ناامیدی و سلامت روان در بیماران تالاسمی تحت درمان، در مرکز آموزشی درمانی شهدای خلیج فارس بوشهر می باشد.

روش کار

جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی بیماران تالاسمی مراجعه کننده به بیمارستان شهدای خلیج فارس که در حدود ۱۰۰ نفر می باشند، بود. به منظور بررسی وضعیت سلامت روان بیماران، از پرسشنامه های ناامیدی بک و سلامت عمومی GHQ-28 استفاده شد. در این راستا به عوامل دموگرافیک موثر بر این وضعیت نیز پرداخته شد. با توجه به تعداد کم بیماران و توصیفی بودن پژوهش و احتمال عدم همکاری برخی از بیماران در زمینه تکمیل پرسشنامه، از تمامی بیماران به عنوان نمونه استفاده شد. در این پژوهش، نمونه گیری از بین بیمارانی (زن و مرد) که تحت درمان مرتب دریافت خون ماهیانه می باشند، انجام شد. همچنین شرایط شرکت در این طرح پژوهشی داشتن سلامت نسبی روحی و شناختی، توانایی جسمانی لازم را داشته باشند و حداقل در یک ماه گذشته سابقه بستری و درمان بیمارستانی نداشته باشند و تمایل شرکت در مطالعه را داشته باشند. بعلاوه آزمودنی ها بایستی از سطح سواد خواندن و نوشتن برخوردار بوده و در گروه سنی بالای ۱۶ سال قرار داشته باشند. بنابراین پژوهش حاضر شامل کودکان و بیماران تالاسمی حاد و بیمارانی که به صورت موقت و یا گاهگاهی خون دریافت می کنند و یا دچار عوارض روحی و شناختی بارز باشند، نمی شود. در اجرای این پژوهش کلیه ملاحظات اخلاقی در نظر گرفته شد. بدین منظور تمامی آزمودنی ها، طی تماس تلفنی در خصوص اهداف پژوهش و نحوه تکمیل پرسشنامه توضیحات کافی داده شده و ایشان اجازه داشتند شرکت یا عدم شرکت خود را انتخاب نمایند. پرسشنامه های مورد استفاده در این پژوهش بی نام بوده و شرکت یا عدم شرکت در پژوهش هیچگونه تأثیری در روند درمان و هزینه های ایشان نداشت و با مراجعه حضوری آزمودنی ها توسط کارشناس ارشد روانشناسی آموزش دیده، جمع آوری شده است. به این صورت که طی تماس تلفنی به بخش دعوت شده و به صورت همزمان

² Seligman



پرسشنامه های استاندارد سلامت روان GHQ-28 و ناامیدی یک را تکمیل نمودند که در ادامه هر کدام به صورت مختصر معرفی می شوند. تعداد کل پرسشنامه های تکمیل شده ۹۴ عدد بود. پرسشنامه سلامت روان GHQ-28: این پرسشنامه دارای چهار خرده مقیاس شامل سوالات ۱-۷، علائم جسمانی (وضعیت سلامت عمومی و علائم جسمانی فرد در یک ماه گذشته)، سوالات ۸-۱۴، اضطراب (علائم و نشانه های بالینی اضطراب شدید، تحت فشار بودن، عصبانیت و دلشوره، بیخوابی و داشتن وحشت و هراس)، سوالات ۱۵-۲۱، اختلال در عملکرد اجتماعی (توانایی فرد در انجام کارهای روزمره، داشتن قدرت تصمیم گیری، احساس رضایت در انجام وظایف، احساس مفید بودن در زندگی، و لذت بردن از فعالیت های روزمره)، سوالات ۲۲-۲۸، افسردگی اساسی (احساس ناامیدی، احساس بی ارزش بودن زندگی، داشتن افکار خودکشی و آرزوی مردن، احساس بی ارزشی و ناتوانی در انجام کارها) می باشد. شیوه ی نمره دهی در این پرسشنامه به ترتیب از ۱ تا ۴ برای گزینه های الف تا د می باشد. نمرات آزمودنی در هر زیر مقیاس می تواند حداقل ۴ و حداکثر ۲۸ باشد. نمره ی بالاتر از ۱۴ برای هر زیر مقیاس قابل بحث است و احتمال وجود مشکل بالاتر است. نمره برش برای کل آزمون ۲۳ می باشد. به این معنا که به هر میزان که نمره کل آزمون از ۲۳ بیشتر باشد سلامت عمومی آزمودنی، خطرناک تر است. (Taghavi, 2008) پرسشنامه ناامیدی BHS: یک پرسشنامه ۲۰ سئوالی خود گزارش دهی می باشد که بر اساس بالاترین حساسیت عمومی به بدبینی و تجربیات منفی تهیه شده است. هر سئوال دو قسمت صحیح و غلط دارد. اگر آزمودنی به سوالات ۱۰، ۱۳، ۱۵، ۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۴، ۲۵، ۲۶، ۲۷، ۲۸، ۲۹، ۳۰ جواب صحیح دهد، نمره صفر و اگر پاسخ غلط بدهد نمره یک خواهد بود و بقیه سوالات به صورت معکوس نمره گذاری شده و طبق جدول شماره (۱) گروه بندی می شود. (Beck, 1974)

جدول شماره (۱): درجه بندی نمرات ناامیدی در تست BHS

	نمره	درجه ناامیدی
ناامیدی BHS	۳-۰	عادی
	۸-۴	خفیف
	۱۴-۹	متوسط
	۲۰-۱۵	شدید

در ایران مقیاس ناامیدی یک برای اولین بار توسط گودرزی (۱۳۸۱) بر روی گروهی از دانشجویان دانشگاه شیراز اجرا شد که نتایج حاصل از این بررسی حاکی از روایی بالای این مقیاس می باشد. ضریب آلفای کرونباخ (۰/۷۹) و همبستگی نمره هر پرسش با نمره کل آزمون همسانی بالایی را مطرح می سازد. همچنین با استفاده از روش باز آزمایی، پایایی این مقیاس در سطح نسبتاً خوب (۰/۷۱) گزارش شده است. (Godarzi, 2002)



یافته ها

به منظور دستیابی به اهداف پژوهش، اطلاعات جمع آوری شده در قالب جداول، خلاصه و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای انجام آنالیز آماری، از نرم افزار SPSS-21 استفاده شد. یافته های پژوهش در دو قسمت یافته های توصیفی و یافته های مربوط به فرضیه های پژوهش ارائه شده اند. در بررسی ویژگی های دموگرافیک افراد شرکت کننده در پژوهش تعداد ۴۱ نفر مرد و ۵۳ نفر زن شرکت نمودند و ۶۶ درصد افراد شرکت کننده در پژوهش را زنان تشکیل می دهند. در بررسی توزیع فراوانی جنسیت افراد مورد بررسی، میانگین سن افراد شرکت کننده در پژوهش، ۲۷ سال و دامنه سنی آنها به ترتیب ۱۷ تا ۴۸ سال سن داشته اند. در بررسی توزیع فراوانی محل زندگی افراد را بر اساس جنسیت افراد، بیشتر مردان و زنان شرکت کننده ساکن شهر بوده و غالب افراد دارای سطح تحصیلات دیپلم یا کمتر هستند. در بررسی فرضیه های اصلی پژوهش، وضعیت کلی سلامت روان، ناامیدی افراد شرکت کننده در پژوهش بررسی شده و سطح معنی داری تفاوت آن ها بر اساس جنسیت و محل سکونت افراد مورد بررسی قرار گرفت.

جدول شماره (۲) وضعیت کلی ناامیدی افراد بر اساس جنسیت آنها را نشان می دهد. نتایج حاصل نشان می دهد که سطح ناامیدی مردان کمتر از زن ها بوده است ولی با استفاده از آزمون آنالیز واریانس یکطرفه، میانگین نمرات حاصل معنادار نیست. درجه ناامیدی کلی آزمودنی ها در سطح خفیف (دامنه ۸-۴) با میانگین ۷/۱۷ قرار دارد.

جدول شماره (۲): وضعیت ناامیدی افراد در یک ماه گذشته به تفکیک جنسیت

جنسیت	میانگین	انحراف معیار
مرد	6.2927	4.70236
زن	7.8824	4.76926
جمع کل	7.1739	4.78001

برای بررسی معنی دار بودن میزان ناامیدی در میان افراد بر اساس جنسیت آنها، از آزمون آنالیز واریانس یکطرفه استفاده کردیم که نتایج آن معنادار نبود. ($p > 0.05$)

در بررسی وضعیت کلی ناامیدی افراد بر اساس سطح تحصیلات آنها نشان می دهد که با افزایش سطح تحصیلات، میزان ناامیدی افزایش می یابد. همچنین نتایج حاصل نشان می دهد که سطح ناامیدی در روستا کمتر از شهر بوده است و سطح سلامت روان مردان کمتر از زن ها بوده است. بعلاوه تغییرات سطح سلامت روان زنان بیشتر از مردان است و این تفاوت معنی دار می باشد. ($p > 0.05$)

طبق نتایج حاصل از وضعیت کلی سلامت روان افراد بر اساس محل زندگی، ساکنان شهر از سلامت روان کمتری نسبت به ساکنان روستا برخوردار هستند. برای بررسی تاثیر محل زندگی و سطح تحصیلات افراد بر میزان سلامت روان آنها از آزمون آنالیز واریانس یکطرفه استفاده شد که نتایج حاصل معنی دار نبود. ($p > 0.05$)



نتایج حاصل در بررسی وضعیت کلی سلامت روان افراد بر اساس جنسیت و محل زندگی آنها را بر اساس زیرشاخص اضطراب و بی‌خوابی نشان می‌دهد که میزان اضطراب مردان کمتر از زن‌ها بوده، ولی میزان تغییرات سطح اضطراب زن‌ها بیش از مردان است و این تفاوت معنی‌دار نیست. ($p > 0.05$)

جدول شماره (۳) وضعیت سلامت روان کلی بیماران تالاسمی در یک ماه گذشته را به تفکیک زیر شاخص‌های آن، نمایش می‌دهد.

جدول شماره (۳) : وضعیت سلامت روان کلی افراد در یک ماه گذشته

علائم جسمانی (سلامت عمومی)		اضطراب و بی‌خوابی		اختلال در عملکرد اجتماعی		افسردگی اساسی		
جنسیت	Mean	Std. Deviation	Mean	Std. Deviation	Mean	Std. Deviation	Mean	Std. Deviation
مرد	25.5366	6.91772	1.1524	.65195	1.0264	.61509	.5000	.63806
زن	32.1509	13.13304	1.3796	.78676	1.1447	.84918	.7579	.83028
جمع کل	29.2660	11.30912	1.2805	.73604	1.0938	.75593	.6470	.76072
محل زندگی	Mean	Std. Deviation	Mean	Std. Deviation	Mean	Std. Deviation	Mean	Std. Deviation
شهر	30.0833	11.67104	1.2734	.73040	1.1897	.76907	.6385	.69403
روستا	27.8889	10.39354	1.3037	.75986	.9670	.67529	.6538	.81634
جمع کل	29.4023	11.27609	1.2828	.73536	1.1224	.74515	.6431	.72828

در بررسی زیرشاخص اختلال در عملکرد اجتماعی برای سلامت روان که شامل توانایی فرد در انجام کارهای روزمره، داشتن قدرت تصمیم‌گیری، احساس رضایت در انجام وظایف، احساس مفید بودن در زندگی، و لذت بردن از فعالیت‌های روزمره است، میانگین اختلال مردان کمتر از زن‌ها بوده است. در بررسی میانگین نمره اختلال در عملکرد افراد بر اساس محل زندگی نیز، افراد ساکن شهر میانگین نمره اختلال بیشتری از ساکنین روستا داشته‌اند.

در بررسی وضعیت افراد بر اساس جنسیت در زیرشاخص افسردگی برای سلامت روان، که شامل احساس ناامیدی، احساس بی‌ارزش بودن زندگی و داشتن افکار خودکشی است، میزان افسردگی مردان کمتر از زن‌ها بوده است. همچنین، میزان تغییرات سطح افسردگی زن‌ها نیز بیشتر از مردان است. بعلاوه بررسی میانگین نمره افسردگی افراد بر اساس محل زندگی نیز نشان می‌دهد که افراد افسردگی بیشتر ساکن در روستا هستند. همچنین در بررسی وضعیت کیفیت زندگی افراد بر اساس جنسیت، مردان نمرات میانگین بیشتری نسبت به زنان داشتند.



برای بررسی معنی داری این تفاوت‌ها از آزمون آنالیز واریانس یک طرفه استفاده شد که نتایج حاصل از آن در هیچ یک از موارد معنی دار نبود. ($p > 0.05$)

به منظور بررسی ارتباط بین ناامیدی و سلامت روان، از آزمون همبستگی پیرسون استفاده شد. با توجه به جدول (۵)، علاوه بر این، ناامیدی و سلامت روان دارای همبستگی منفی به اندازه 0.385 هستند.

جدول شماره (۵): بررسی ارتباط بین سلامت روان و ناامیدی

		نمره کل سلامت روان	نمره کل ناامیدی
نمره کل ناامیدی	Pearson Correlation	1	-.385**
	Sig. (2-tailed)		.000
	N	96	96
نمره کل سلامت روان	Pearson Correlation	-.385**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	
	N	96	100

برای بررسی ارتباط بین ناامیدی با زیرشاخص‌های سلامت روان، از آزمون پیرسون استفاده شد که نتایج آن را در جدول (۴) ارائه شده است.



جدول شماره (۴) : میزان همبستگی بین ناامیدی با زیرشاخص های سلامت روان

		نمره کل نا امید	میانگین نمره نشانه های جسمانی	میانگین نمره اضطراب و بی خوابی	میانگین نمره اختلال در عملکرد اجتماعی	میانگین نمره افسردگی
نمره کل نا امیدی	Pearson Correlation	1	.412**	.318**	-.347**	.523**
	Sig. (2-tailed)		.000	.002	.001	.000
	N	96	96	96	95	95
میانگین نمره نشانه های جسمانی	Pearson Correlation	.412**	1	.725**	-.193	.380**
	Sig. (2-tailed)	.000		.000	.056	.000
	N	96	100	100	99	99
میانگین نمره اضطراب و بی خوابی	Pearson Correlation	.318**	.725**	1	-.180	.317**
	Sig. (2-tailed)	.002	.000		.075	.001
	N	96	100	100	99	99
میانگین نمره اختلال در عملکرد	Pearson Correlation	-.347**	-.193	-.180	1	-.241*
	Sig. (2-tailed)	.001	.056	.075		.016
	N	95	99	99	99	99
میانگین نمره افسردگی	Pearson Correlation	.523**	.380**	.317**	-.241*	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.001	.016	
	N	95	99	99	99	99



بحث و نتیجه گیری

این پژوهش به منظور دستیابی به هدف کلی پژوهش بررسی وضعیت سلامت روان و ناامیدی در بیماران تالاسمی تحت درمان، در مرکز آموزشی درمانی شهدای خلیج فارس بوشهر صورت گرفته است. داده‌های پژوهش در قالب جدول‌ها و نمودارهای مختلف مورد بحث و بررسی قرار گرفته شد. تعداد کل آزمودنی‌های این پژوهش ۹۴ نفر و میانگین سنی نمونه مورد بررسی ۴۴ سال و دامنه سنی ۱۷ تا ۴۸ سال می‌باشد. این نمونه شامل ۴۱ مرد و ۵۳ زن می‌باشد. میانگین نمرات ناامیدی ۷٫۱۷ به دست آمد. اندازه ناامیدی بیماران مرد کمتر از زنان بوده است. اما در بررسی معنی‌داری این تفاوت رد شد. در بررسی میزان ناامیدی را بر اساس محل سکونت، افراد در شهر دارای نمره ناامیدی بالاتری هستند. اگرچه بر اساس آزمون آنالیز واریانس معنی‌داری این تفاوت تایید نمی‌شود. ($p > 0/005$) میانگین نمره سلامت روان بیماران برابر ۲۹/۲۶ است که این به تفکیک جنسیت برای مردان و زنان به ترتیب برابر ۲۵/۵۳ و ۳۲/۱۵ است. معنی‌داری تفاوت سلامت روان کلی در بین مردان و زنان تایید می‌شود. ($p < 0/005$) افراد ساکن در شهر با نمره ۳۰ سالم‌تر از بیماران ساکن روستا با نمره ۲۷/۸۸ هستند. هرچند آزمون آنالیز واریانس معنی‌داری این تفاوت را تایید نمی‌کند. ($p > 0/005$) در بررسی زیرشاخص‌های سلامت روان، میانگین نمره اضطراب و بی‌خوابی برابر ۱/۲۸ به دست آمد که بر اساس جنسیت بیماران به برای مردان و زنان به ترتیب برابر ۱/۱۵ و ۱/۳۷ محاسبه گردید. در بررسی زیرشاخص اختلال در عملکرد اجتماعی برای سلامت روان، میانگین نمره اختلال در عملکرد برابر ۱/۰۹ به دست آمد که برای مردان و زنان به ترتیب برابر با ۱/۰۲ و ۱/۱۴ است. برای بررسی معنی‌داری این اختلاف، از آزمون آنالیز واریانس یکطرفه استفاده شد که معنی‌داری تایید نشد. ($p > 0/005$) در دسته‌بندی افراد بر اساس محل زندگی آنها نیز نتایج مشابهی به دست آمد. در بررسی زیرشاخص افسردگی برای سلامت روان، اندازه نمره افسردگی بیماران برابر ۰/۶۴ محاسبه گردید. که تفکیک جنسیت برای مردان و زنان برابر ۰/۶۳ و ۰/۸۳ می‌باشد و به تفکیک محل زندگی برای شهر و روستا برابر ۰/۶۳ و ۰/۶۵ است که معنی‌داری تفاوت آنها بر اساس آزمون آنالیز واریانس تایید نمی‌شود. ($p > 0/005$) به منظور بررسی ارتباط بین ناامیدی و سلامت روان، از آزمون همبستگی پیرسون استفاده شد. با توجه به نتایج حاصل ناامیدی و سلامت روان دارای همبستگی منفی به اندازه ۰/۳۸۵ هستند. بنابراین توجه به جنبه‌های روانشناختی بیماران تالاسمی می‌تواند به بهبود سلامت روان و ارتقاء کیفیت زندگی و کاهش ناامیدی آنان کمک کند. حمایت خانواده، دوستان و گروه پزشکی مهمترین ارکان در سازگاری بیماران تالاسمی با شرایط مادام‌العمر درمان است. گرچه بیمار بسیار بالغ و مطمئن باید بار بیاید تا درک کند که هرگونه مبارزه با بیماری بدون شرکت جدی و تلاش خود او میسر نیست ولی نقش حمایت اجتماعی و خانوادگی اساسی و حائز اهمیت است. توجه به جنبه‌های سایکولوژیک بیماری تالاسمی و برنامه‌ریزی آموزش همگانی و ارتقاء سطح معلومات عمومی در رابطه با بیماری تالاسمی و سایر بیماری‌های مزمن ضروری است و نیاز به ایجاد نظام‌های حمایت اجتماعی کارآ، جهت کمک به سازگاری بیماران و خانواده ایشان را مطرح می‌سازد.

سپاسگزاری

از سرپرستی و مدیریت مرکز آموزشی درمانی شهدای خلیج فارس بوشهر که در اجرای این پژوهش صمیمانه همکاری نمودند، متشکریم. از بیماران تالاسمی که در تکمیل پرسشنامه‌ها همکاری داشتند، سپاسگزاریم.

از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان بوشهر و مرکز توسعه پژوهش‌های بالینی مرکز آموزشی درمانی شهدای خلیج فارس بوشهر که در تعهد مالی این پژوهش همکاری داشته‌اند، صمیمانه سپاسگزاریم.



منابع:

1. Galanello R, Origa R. Beta-thalassemia. Galanello and Origa Orphanet Journal of Rare Diseases.2010;5(11):1-15
2. Shasti S, Mirhaghjou N, Masouleh S R, et al. Study the Life Skills of 11-19 year old Children affected by Thalassaemia referring to Educational and Remedial Centers in Rasht city from their Mothers' Point of View 2009-2010. Journal of School of Nursing and Midwifery, Guilan.2010;20(63):16 – 21
3. Amini F, Jafari A, Eslamian L, et al. A cephalometric study on craniofacial morphology of Iranian children with beta-thalassemia major. Orthodontics & craniofacial research .2007; 10(1):36 – 44
4. Saki N, Dehghani Fard A, Kaviani S, et al. Beta Thalassaemia: Epidemiology and Diagnostic and Treatment Approaches in Iran. Genetics in the Third Millennium.2012;10(1) :2674- 83
5. Roudbari M, Soltani- Rad M, Roudbari S. The survival analysis of beta thalassaemia major patients in South East of Iran. Saudi Med J.2008;29(7):1031- 5
6. Mazzone L, Battaglia L, Andreozzi F, et al. Emotional impact in β -thalassaemia major children following cognitive-behavioural family therapy and quality of life of caregiving Mothers. Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health. 2009; 5(5):1- 6
7. Fucharoen S, Winichagoon P. Prevention and control of thalassaemia in Asia. Asian Biomedicine.2007;1(1):1- 6
8. Allahyari A, Alhany F, Kazemnejad A, et al. The effect of family-centered empowerment model on the Quality of Life of school-age B-thalassaemic children. Iran J Pediatr.2006; 16(4) :455-61
9. Khani H, Majidi M R, Azad Marzabadi E, et al. Quality of life in Iranian Beta-thalassaemia major patients of southern coastwise of the Caspian Sea. Journal of Behavioral Sciences. 2009;2(4):325 – 32
10. Kiani J, Pakizeh A, Ostovar A, Namazi S. Effectiveness of Cognitive Behavioral Group Therapy (C.B.G.T) in Increasing the Self Esteem & Decreasing the Hopelessness of β -Thalassaemic Adolescents. Iran South Med J. 2010; 13 (4) :241-252
11. Zarea K, Baraz Pordanjani Sh, Pedram M, et al. Quality of Life in Children with Thalassaemia who Referred to Thalassaemia Center of Shafa Hospital. Care of chronic diseases Jundishapur J.2012;1(1):45-53
12. Siddiqui H S, Ishtiaq R, Sajid F, et al. Quality of Life in Patients with Thalassaemia Major in a Developing Country. Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan. 2014; 24(7):477- 80
13. Surapolchai P, Satayasai W, Sinlapamongkolkul P, et al. Biopsychosocial Predictors of Health-Related Quality of Life in Children with Thalassaemia in Thammasat University Hospital. J Med Assoc Thai. 2010; 93(7) :65-75
14. Tajvidi M, Zeighami Mohammadi Sh. The level of loneliness, hopelessness and self-esteem in major thalassaemia adolescents. Sci J Iran Blood Transfus Organ. 2012; 9(1): 36-43
15. Arab M, Abaszadeh A, Ranjbar H, et al. Survey of psychosocial problems in thalassaemic children and their siblings. Nursing Research.2012;7(24):53 – 61
16. Seligman, M. E., 1972 , Learned helplessness, Annual Review of Medicine, No. 23, PP. 407–412.
17. Mystakidou, K., Tsilika, E., Parpa, E., Pathiaki, M., Patiraki, E., Galanos, A., Vlahos, L., 2007, Exploring the Relationships Between Depression, Hopelessness, Cognitive Status, Pain, and Spirituality in Patients With Advanced Cancer, Archives of Psychiatric Nursing, Vol. 21, No. 3 (June): pp. 150–161.
18. DuRant, R. H., Getts, A., Cadenhead, C., Emans, S. J., Woods, E. R., 2007, Exposure to violence and victimization and depression, hopelessness, and purpose in life among adolescents living in and around public housing, Developmental and Behavioral Pediatrics, No. 16, PP. 233–237.
19. Pourmovahad, Z., Dehghani, H., Yasini Ardakani, M., 2003, Survey of Despair and Anxiety in Adolescents with β -Thalassaemia Major, Yazd Medical Journal, No. 2, p. 45-52.
20. Hosseini, H., Khani, H., Khalilian, A., and Haidshahi, K., 2007, Comparative study of mental health of 15- to 25-year-old β -thalassaemia patients referred to Bu-Ali Sina Hospital in Sari during the years 84 -1382 with control group, Journal of Mazandaran University of Medical Sciences, No. 17, p. 51 to 60
21. Khani, H., Majid, M., R., Montazeri, A., Hosseini, H., Ghorbani, A., Ramezani, M., Seyyedi Tabari, F., Mohseni, F., Narimani, B., 2007, Mental Health Survey of Patients with Thalassaemia Major in Mazandaran Province in 2006, Journal of Basic Principles of Mental Health, No. 9, pp. 85-96.



22. Ghafari Saravi,, Zarghami, M., Ebrahimi., 2003, Investigating the association of thalassemia with depression in Sari, Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology (Thought and Behavior), No. 35, p. 33 to 40
23. Taghavi MR, Normalization of General Health Questionnaire(GHQ) on students Shiraz,J Daneshvar (Raftar) Shahed University 2008:15:28,1-13[Persian].
24. Beck, A, T., Weissman, A., Lester, D., & Trexler, L., 1974, The measurement of pessimism: The Hopelessness Scale, Journal of Consulting and Clinical Psychology,Vol.6 No42,PP.861– 865.
25. Goodarzi, Mohammad Ali (1381). The validity and reliability of the Beck Desperation Scale in a group of students. Journal of Social Sciences and Human Sciences, Shiraz University of Medical Sciences. Sixth year.



Abstract

Evaluation of hoplessness and mental health in thalassaemia major patients in Bushehr

Thalassaemic patients are subject to serious injury due to the nature and severity of the disease and life-long involvement. The complications of thalassaemia, especially their malformation, affect the quality of life and marriage conditions and have criteria for a healthy life in thalassaemic patients, along with the risk of other blood types such as AIDS and hepatitis. These complications are more pronounced in adolescents and add to the specific problems and conflicts of adolescence, and tease thalassaemia into isolated and disappointing.

This study was conducted in order to achieve the general objective of the study to determine the mental health status and despair in thalassaemic patients undergoing treatment at the educational center of the Persian Gulf martyrs in Bushehr. Patients In order to check the status of mental health in patients, standard questionnaire, Beck Hopelessness and public health GHQ-28 will be used.

The total number of subjects in this study was 94, and the mean age of the sample was 27 years and range from 17 to 48 years. This sample consists of 41 men and 53 women.

The average mental health score of patients is 29.26, which is 25.53% and 32.15%, respectively. The average disappointment scores were 17.7. Despair of male patients was less than that of women, but the difference was not significant. Disappointment and mental health have a negative correlation of 0.385.

Therefore, attention to the psychological aspects of thalassaemic patients can help to promote and improve mental health and reduce their frustration.

Keywords: Despair, Mental Health, Thalassaemia