

# تأثیر الگوی توانمندسازی خانواده محور بر آگاهی و نگرش مادران دارای فرزند تالاسمی

مارال کارگر نجفی<sup>۱</sup>، فریبا برهانی<sup>۲\*</sup>، اسحاق درتاج رابری<sup>۲</sup>، سکینه سبزواری<sup>۲</sup>

۱. واحد بین‌الملل بیهوشی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان

۲. دانشکده پرستاری و مامایی رازی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان

فصلنامه پایش

سال یازدهم شماره چهارم مرداد - شهریور ۱۳۹۱ صص ۵۱۹-۵۲۷

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۹/۷/۲۴

[نشر الکترونیک پیش از انتشار-۱۷ اردیبهشت ۱۳۹۱]

## چکیده

بیماری تالاسمی مشکلات زیادی برای بیمار، خانواده و نظام خدمات سلامت ایجاد می‌کند. در الگو توانمندسازی خانواده محور فرد با شناخت بیماری و عوارض ناشی از بیماری نسبت به آن احساس خطر می‌کند. این مطالعه با هدف تعیین اثربخشی الگو توانمندسازی خانواده محور بر آگاهی و نگرش مادران کودکان ۶-۱۲ سال مبتلا به بیماری تالاسمی انجام شده است. در این مطالعه نیمه تجربی، ۸۶ کودک مبتلا به تالاسمی به صورت تصادفی در دو گروه آزمون و کنترل قرار گرفتند. ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسشنامه پژوهشگر ساخته برای سنجش آگاهی و نگرش مادران نسبت به بیماری تالاسمی بود که بعد از بررسی روایی محتوا و پایایی در دو نوبت قبل و بعد از مداخله (اجرای الگو) مورد استفاده قرار گرفت.

تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد که میانگین و انحراف معیار آگاهی و نگرش مادران مورد بررسی قبل از مداخله در گروه آزمون به ترتیب  $(12/98 \pm 4/99)$  و  $(13/58 \pm 13/58)$  و در گروه کنترل  $(12/47 \pm 3/87)$  و  $(11/02 \pm 11/02)$  بوده که در دو گروه تفاوت معنی‌داری نداشته است. بعد از اجرای برنامه توانمندسازی میانگین آگاهی و نگرش به ترتیب در گروه مداخله  $(18/86 \pm 3/63)$  و  $(22/09 \pm 10/02)$  و کنترل  $(13/16 \pm 3/65)$  و  $(12/13 \pm 10/83)$  اختلاف معنی‌داری داشتند ( $P < 0/05$ ).

نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که اجرای الگوی توانمندسازی خانواده - محور بر میزان آگاهی و نگرش مادران کودکان مبتلا به تالاسمی مؤثر است. پیشنهاد می‌گردد از این الگو در مراقبت از بیماران تالاسمی استفاده شود تا بر آگاهی و نگرش مادران آنها تأثیر مطلوب بگذارد.

**کلیدواژه‌ها:** کودکان، تالاسمی، الگوی توانمندسازی خانواده محور، آگاهی، نگرش، مادران

\* نویسنده پاسخگو: کرمان، ابتدای اتوبان هفت باغ علوی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان

E-mail: f\_borhani@knu.ac.ir

## مقدمه

تالاسمی ماژور یک بیماری ژنتیکی و مزمن بوده و در اثر اختلال در ساخت یک یا چند زنجیره پلی پپتید گلوبین به وجود می‌آید و از شایع‌ترین بیماری‌های ژنتیکی در انسان است [۱]. این بیماری در نواحی مدیترانه، نواحی استوایی و مناطق نزدیک استوا در قاره‌های آفریقا و آسیا بیشترین شیوع را دارد [۲]. در ایران نیز بیشترین شیوع این بیماری در استان‌های شمالی و جنوبی کشور است. این بیماری در حاشیه خلیج فارس، دریای خزر و دریای عمان که شامل استان‌های خوزستان، فارس، بوشهر، هرمزگان، سیستان و بلوچستان و کرمان می‌شود، شایع‌تر از مناطق دیگر است [۳]. هم‌اکنون، در ایران حدود سه میلیون نفر ناقل ژن معیوب و نیز در حدود ۲۵ هزار نفر بیمار مبتلا به تالاسمی ماژور شناسایی شده‌اند [۴].

نوع شایع تالاسمی در ایران بتا تالاسمی است که بر حسب جهش ژنتیکی طیف وسیعی از اشکال بالینی را به وجود می‌آورد؛ که در نوع بتا تالاسمی ماژور کم‌خونی از سال اول عمر نمایان می‌گردد [۳]. بیماری تالاسمی هم‌چون سایر بیماری‌های مزمن و ناتوان‌کننده به درمانی طولانی و پی‌گیر احتیاج دارد [۵].

ابتلا به بیماری‌های مزمن بر روی تعاملات بیماران با محیط فیزیکی و اجتماعی که در آن زندگی می‌کنند تأثیر می‌گذارد و ارتباط افراد را با همسالان تغییر می‌دهد و احساس عدم اعتماد به نفس و غیبت‌های مکرر از مدرسه به دلیل بیماری یا تزریق خون، بستری شدن‌های مکرر و درک این نکته که هرگز بدون نشانه‌های بیماری نخواهند بود، می‌تواند عواقب غیر قابل‌جبرانی برای آنها داشته باشد [۶].

در مطالعه طبرسی و همکاران نشان داده شد که درصد بالایی از بیماران مبتلا به تالاسمی با پی‌گیری نامنظم درمان دچار مشکلات روحی جدی می‌شوند [۷]. اگرچه در سال‌های اخیر روش‌های پیشرفته مختلفی در پی‌گیری از این بیماری ایجاد شده است، اما هنوز کودکان و نوجوانان فراوانی از این بیماری رنج می‌برند و اعضای خانواده‌های آنها نیز به طور دراز مدت از این بیماری متأثر می‌شوند [۸]. با توجه به تأثیر بیماری تالاسمی بر همه جنبه‌های زندگی کودکان و خانواده‌هایشان، این افراد نیاز به آموزشی مناسب و مطابق با سطح تحصیلات، سن و سایر عوامل مؤثر بر یادگیری دارند [۹]. مطالعه دیپولما و همکاران نشان داد که برای کاهش مشکلات این بیماران باید به سه عامل اصلی یعنی درمان مناسب و پی‌گیری از تغییر شکل اعضا، برنامه‌های آموزش همگانی جهت

آگاهی افراد جامعه از این بیماری و ارتباط مؤثر و مستمر تیم بهداشتی با بیماران و خانواده آنان توجه اساسی شود [۱۱]. آموزش می‌تواند باعث یادگیری در یادگیرنده شود و یادگیری فرایندی است در جهت دستیابی به دانش و مهارت و همچنین توانایی افراد را در تصمیم‌گیری‌های بهداشتی توسعه داده و در نتیجه موجب تغییر رفتار در آنها می‌گردد [۱۲]. پرستاران به علت مسئولیت حرفه‌ای و شغلی خود یکی از مناسب‌ترین اعضای تیم سلامت برای آموزش مددجویان و خانواده آنها هستند و این به دلیل نقش‌های متفاوتی است که می‌توانند در نظام خدمات سلامت به عهده بگیرند. همچنین آنها قادرند خانواده‌هایی را که دارای فرزندان بیمار هستند حمایت و مراقبت کرده و باعث افزایش آگاهی و بهبود نگرش آنها در زمینه‌های مختلف مراقبت و درمان گردند [۱۳]. امروزه آموزش مادران می‌تواند قبل از این که بیماری موجب مشکلات جبران‌ناپذیر و عوارض خطرناک برای کودک شود، از بروز عوارض پیشگیری یا آنها را به حداقل برساند [۱۴]. همچنین افزایش آگاهی مادران باعث افزایش طول عمر و بهبود زندگی بیماران تالاسمی می‌شود [۱۵]. بر اساس مرور متون انجام شده، در بیشتر مطالعات، آگاهی نسبت به بیماری تالاسمی از جنبه‌های مختلف مورد بررسی قرار نگرفته و میانگینی از آگاهی به صورت کل بیان شده است و مطالعاتی که به بررسی اجزای آگاهی پرداخته‌اند، بیشتر جنبه‌های پیشگیری از ابتلا و تولد کودک مبتلا را مورد بررسی قرار داده‌اند. مانند مطالعه عشقی و همکاران که در آن میزان آگاهی مادران کودکان تالاسمی را از روش‌های تنظیم خانواده مورد بررسی قرار دادند [۱۶].

همچنین در تحقیق دیگری جعفری و همکاران به بررسی اثربخشی طرح پیشگیری از تالاسمی بر افزایش سطح آگاهی زوجین و انصراف زوج‌های ناقل از ازدواج پرداختند [۱۷]. با توجه به این که در الگوی توانمندسازی باید نیاز بیماران و خانواده‌هایشان برای توانمندسازی مورد ارزیابی قرار گیرد تا در زمینه‌هایی که بیماران احتیاج دارند مداخله صورت گیرد، در این تحقیق آگاهی به حیطه‌های اطلاعات در مورد بیماری، علایم، درمان، تشخیص و راه‌های انتقال بیماری تقسیم شد که این تقسیم بندی در جدول شماره ۳ نمایش داده شده است. الگو توانمندسازی خانواده محور یک الگوی ایرانی است، که الحانی در سال ۱۳۸۱ برای پیشگیری از آئمی فقر آهن در دختران نوجوان ارایه داده و بعد از آن هم مطالعاتی بر روی اثربخشی این الگو انجام گرفته است. مانند مطالعه

با استفاده از فرمول تعدیل حجم نمونه در جوامع محدود و با توجه به این که حجم نمونه انتخاب شده در مقایسه با پژوهش‌های مشابه که قبلاً انجام شده است، بالاتر به نظر می‌رسد و احتمال ریزش نمونه‌ها در حین این مطالعه کم است و حجم نمونه انتخاب شده بیش از ۵ درصد از جامعه است، با استفاده از فرمول زیر برای کاهش حجم نمونه تعداد نمونه‌ها به ۴۳ نفر در هر گروه رسید:

$$n^1 = \frac{n}{1 + \frac{n}{N}}$$

در فرمول فوق

n: حجم نمونه به دست آمده از فرمول قبلی: ۶۷ نفر و

N: حجم جامعه مورد مطالعه (تعداد کل کودکان ۶-۱۲ سال

مبتلا به تالاسمی در مرکز تالاسمی کرمان): ۱۲۰ نفر است.

بعد از توضیح طرح و اهداف آن برای مادران و کودکان مبتلا، آنها در صورت تمایل وارد پژوهش می‌شدند و شرایط دیگری مثل داشتن پرونده در مرکز به منظور پی‌گیری‌های بعدی و همراهی مادران با کودک بیمار خود در مراجعه به مرکز تالاسمی برای دریافت خون هم برای ورود به طرح الزامی بود. در مرحله بعد، واحدهای پژوهش به روش تصادفی به دو گروه ۴۳ نفره کنترل و مداخله تقسیم گردیده (قرار گرفتن در هر یک از دو گروه بر اساس روزهای زوج و یا فردی بود که به مرکز مراجعه می‌کردند) و میزان آگاهی و نگرش مادران با استفاده از پرسشنامه‌های پژوهشگر ساخته در دو گروه قبل از انجام مداخله مورد بررسی قرار گرفت. پرسشنامه‌ها شامل پرسشنامه‌های اطلاعات دموگرافیک و آگاهی و نگرش مادران بود که بعد از تأیید روایی محتوا و پایایی (همبستگی درونی) آنها از طریق تعیین ضریب آلفای کرونباخ مورد استفاده قرار گرفتند. پس از تعیین نیازهای آموزشی واحدهای پژوهش، مرحله مداخله که شامل اجرای الگوی توانمندسازی خانواده محور بر اساس گام‌های معرفی شده در الگو است، در ۳-۵ جلسه به صورت بحث گروهی و نیز با استفاده از پمفلت و اسلایدهایی در مورد بیماری اجرا گردید. بر اساس این الگو گام اول در مرحله مداخله درک تهدید است که در این مرحله دانش و آگاهی مادران و بیمارانشان افزایش داده شد و این کار از طریق آموزش در مورد بیماری، عوارض آن، درمان‌ها، راه‌های پیشگیری و راه‌های انتقال آن و غیره انجام گردید. گام دوم، مرحله مشکل‌گشایی بود که به منظور

الله یاری و همکاران که بر اساس نتایج آن بعد از اجرای الگوی توانمندسازی خانواده محور، کیفیت زندگی کودکان تالاسمی نسبت به گروه کنترل افزایش یافته بود [۱۸].

همچنین در تحقیق دیگری به منظور بررسی تأثیر الگوی توانمندسازی خانواده محور بر کیفیت زندگی کودکان مبتلا به آسم در سنین مدرسه هم نتایج مشابهی به دست آمد [۱۹]. اکثر این مطالعات به بررسی کیفیت زندگی در کودکان پرداخته‌اند، این در صورتی است که درگیر کردن و مشارکت دادن خانواده‌هایی که کودکان بیمار دارند در امر مراقبت از ایشان از اجزا و اهداف اصلی این الگو محسوب می‌گردد. از طرفی مراقبت‌های خانواده محور در مراقبت از کودکانی که به بیماری‌های مزمن مبتلا هستند، بیشترین اهمیت را دارد. یکی از راه‌های رسیدن به این هدف، توانمندسازی خانواده محور شامل توانمندسازی کودک بیمار و مادران وی برای مقابله با اثرات و عوارض بیماری و کنترل بهتر برای دستیابی به زندگی بهتر است. با توجه به موارد فوق یکی از اهداف مهم مراقبتی در این بیماران باید افزایش سطح آگاهی و تغییر در نگرش خانواده و کودکان مبتلا به بیماری باشد. بررسی‌های محقق در پایگاه‌های اینترنتی مانند SID و غیره نشان داد در ایران تأثیر این الگو بر میزان آگاهی و نگرش مادران نسبت به بیماری تالاسمی مورد توجه قرار نگرفته است و از آنجائی که افزایش آگاهی و بهبود در نگرش مادران و سایر اعضای خانواده در مورد بیماری کودکان از ارکان اصلی الگوی توانمندسازی خانواده محور محسوب می‌شود، این مطالعه با هدف بررسی تأثیر الگوی یاد شده بر آگاهی و نگرش مادرانی که کودک مبتلا به تالاسمی دارند و به مرکز بیماری‌های خاص شهر کرمان مراجعه می‌کنند، انجام شده است.

## مواد و روش کار

این پژوهش یک مطالعه نیمه تجربی است که جامعه مورد مطالعه در این پژوهش مادران کودکان ۶ تا ۱۲ ساله‌ای بودند که همراه با فرزند مبتلا به تالاسمی خود به مرکز تالاسمی شهر کرمان مراجعه می‌کردند. تعداد کل کودکان سن مدرسه‌ای که به این مرکز مراجعه می‌کردند، ۱۲۰ نفر بود. حجم نمونه با توجه به مطالعات قبلی [۱۸] و با استفاده از فرمول زیر ۶۷ نفر در هر گروه محاسبه شد:

$$n = \frac{\left(z_1 - \frac{\alpha}{2} + z\beta\right)^2 \times [(s_1)^2 + (s_2)^2]}{(x_1 - x_2)^2}$$

بعد از اجرای الگو وجود داشت ( $P < 0/05$ ). ولی در گروه کنترل قبل و بعد از اجرای مداخله تفاوت معنی‌داری مشاهده نگردید. جدول شماره ۴ به بررسی تفاضل میانگین آگاهی و نگرش مادران در دو گروه آزمون و کنترل قبل و بعد از مداخله نسبت به بیماری تالاسمی پرداخته است و با استفاده از آزمون آماری تی مستقل نشان می‌دهد که تفاضل میانگین ابعاد آگاهی و نگرش مادران واحدهای پژوهش نسبت به بیماری در دو گروه آزمون و کنترل بعد از مداخله تفاوت معنی‌داری دارد ( $P < 0/05$ ).

### بحث و نتیجه گیری

مطالعه حاضر به بررسی تأثیر الگوی توانمندسازی خانواده محور بر آگاهی و نگرش مادران کودکان مبتلا به تالاسمی پرداخته است. یافته‌های این پژوهش نشان داد که میزان آگاهی و نگرش مادران در مورد بیماری کودکانشان بعد اجرای الگو به صورت معنی‌دار افزایش یافته است. الگوی توانمندسازی خانواده محور در ایران بیشتر به بررسی ابعاد کیفیت زندگی بیماران پرداخته است؛ از آن جمله می‌توان به پژوهشی که با عنوان بررسی تأثیر الگوی توانمندسازی خانواده محور بر کیفیت زندگی کودکان مبتلا به تالاسمی انجام داد، اشاره کرد [۱۸].

همچنین در مطالعه تیموری و همکاران نشان داده شد که اجرای این الگو باعث ارتقای کیفیت زندگی کودکان سن مدرسه مبتلا به آسم می‌شود [۱۹].

در این مطالعه به اهمیت بررسی بیشتر و اجرای این الگو بر سایر جنبه‌های زندگی بیماران مبتلا به تالاسمی و خانواده‌های آنها تأکید شده است. با توجه به محدودیت مطالعات در زمینه بررسی تأثیر الگوی توانمندسازی بر آگاهی و نگرش مادرانی که کودک مبتلا به تالاسمی دارند، در این مطالعه سعی گردیده تا مقایسه‌ای بین نتایج به دست آمده از این مطالعه با بررسی‌هایی که در زمینه تأثیر آموزش بر آگاهی و نگرش مادران که از عناصر مهم این الگو هستند، انجام گردد. لزوم انجام این کار به دلیل این است که بخش مهمی از الگوی توانمندسازی خانواده محور به آموزش اعضای خانواده اختصاص دارد.

افزایش عزت نفس و خودکنترلی افراد انجام گرفت. در این مرحله هنگامی که آگاهی و نگرش بیمار و مادرانش نسبت به بیماری افزایش یافت، به این نتیجه رسیدند که می‌توانند در برنامه‌های مراقبتی مشارکت کنند. در گام سوم که مشارکت آموزشی بود و در این مرحله پمفلت‌ها و سایر جزوات آموزشی که شامل لوح فشرده آموزشی درباره بیماری تالاسمی بود، در اختیار سایر اعضای خانواده هم قرار گرفت و آنها هم ضمن افزایش آگاهی و بهبود نگرششان در مورد بیماری کودک، در فرآیند مراقبت از وی شرکت کردند. گام چهارم مرحله ارزشیابی بود که در دو مرحله، یکی در پایان هر جلسه برای اطمینان از یادگیری مطالب ارائه شده در این جلسه و جلسات قبل و دیگری ۱/۵ ماه بعد از مداخله برای هر دو گروه انجام گردید.

نتایج حاصل از این ارزیابی‌ها از طریق نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۵ و آزمون‌های آماری مرتبط مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

### یافته‌ها

میانگین سنی کودکان شرکت کننده در گروه آزمون (۱/۸۹)  $\pm 0/05$  و در گروه کنترل (۲/۱)  $\pm 9/56$  بود. سایر اطلاعات به دست آمده از پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک در دو گروه آزمون و کنترل در جدول شماره ۱ آورده شده است. در بررسی پایایی، ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب برای آگاهی و نگرش، ۰/۸۴ و ۰/۸۶ محاسبه شد. جدول شماره ۲ به بررسی مقایسه میانگین و انحراف معیار دو گروه آزمون و کنترل قبل و بعد از اجرای الگو توانمندسازی خانواده محور پرداخته است که با توجه به نتایج به دست آمده، نشان داده شد که دو گروه قبل از اجرای مداخله از نظر آگاهی و نگرش نسبت به بیماری با یکدیگر اختلاف معنی‌داری نداشته، اما بعد از اجرای الگو تفاوت معنی‌داری در میزان آگاهی و نگرش دو گروه نشان دادند ( $P < 0/05$ ). جدول شماره ۳ به منظور بررسی و مقایسه میانگین و انحراف معیار در هر گروه قبل و بعد از انجام مداخله است و نتایج به دست آمده نشان می‌دهد که در گروه آزمون اختلاف معنی‌داری در میزان آگاهی کودکان در همه ابعاد

جدول شماره ۱- مشخصات دموگرافیک واحدهای مورد پژوهش و همسان سازی دو گروه آزمون و کنترل

P	آزمون آماری	کنترل		آزمون	
		درصد	تعداد	درصد	تعداد
۰/۵۱۰	فیشر				سن پدر (سال)
		۱۱/۶	۵	۱۸/۶	کمتر از ۴۰
		۶۲/۸	۲۷	۴۶/۵	۴۱-۶۰
		۲۰/۹	۹	۲۷/۹	بالای ۶۱
		۴/۷	۲	۷	فوت کرده
۰/۶۶۴	مجذور کای				سن مادر (سال)
		۴۱/۹	۱۸	۴۶/۵	کمتر از ۴۰
		۵۸/۱	۲۵	۵۳/۵	۴۱-۶۰
۰/۴۷۷	مجذور کای				شغل پدر
		۶۲/۸	۲۷	۵۱/۲	آزاد
		۹/۳	۴	۱۶/۳	دولتی
		۲۷/۹	۱۲	۳۲/۶	سایر موارد
۰/۱۵۶	فیشر				شغل مادر
		۹۵/۳	۴۱	۸۳/۷	خانه دار
		۴/۷	۲	۱۶/۳	شاغل
۰/۷۸۷	مجذور کای				نسبت فامیلی
		۷۹/۱	۳۴	۸۱/۴	بلی
		۲۰/۹	۹	۱۸/۶	خیر
۰/۷۸۲	مجذور کای				میزان تحصیلات پدر
		۸۳/۷	۳۶	۷۹/۱	زیر دیپلم
		۱۶/۳	۷	۲۰/۹	دیپلم و بالاتر
۰/۴۸۳	فیشر				میزان تحصیلات مادر
		۹۳	۴۰	۸۶	زیر دیپلم
		۷	۳	۱۴	دیپلم و بالاتر
۰/۰۵۶	مجذور کای				محل سکونت
		۳۰/۲	۱۳	۳۰/۲	مرکز استان
		۳۴/۹	۱۵	۵۵/۸	شهر
		۳۴/۹	۱۵	۱۴	روستا

جدول شماره ۲- مقایسه میانگین و انحراف معیار آگاهی و نگرش دو گروه قبل و بعد از مداخله

آزمون t	بعد از مداخله		آزمون t مستقل		قبل از مداخله		
	مستقل	میانگین±انحراف معیار	P	مداخله	کنترل	مداخله	
<۰/۰۰۰۱		۱۳/۱۶±۳/۶۵	۰/۵۹۷	۱۸/۸۶±۳/۶۳	۱۲/۴۷±۳/۸۷	۱۲/۹۸±۴/۹۹	آگاهی
<۰/۰۰۰۱		۱۲/۱۳±۱۰/۸۳	۰/۳۵۱	۲۲/۰۹±۱۰/۰۲	۱۱/۰۲±۱۱/۲۶	۱۳/۵۸±۱۳/۹	نگرش

جدول شماره ۳- مقایسه میانگین و انحراف معیار ابعاد مختلف آگاهی در دو گروه قبل و بعد از مداخله

آزمون t زوج	بعد از مداخله		آزمون t زوج		قبل از مداخله		
	کنترل	مداخله	P	مداخله	کنترل	مداخله	
۰/۵۷	۴/۵۶±۱/۳۲۷	۴/۸۸±۱/۸۰۲	<۰/۰۰۰۱	۸/۴۳±۱/۲۱۰	۵/۱۹±۲/۱۰۷		بیماری
۰/۰۸	۱/۹۷±۱/۸۰۳	۱/۸۴±۰/۷۲۱	<۰/۰۰۰۱	۲/۸۷±۰/۶۵۸	۲/۰۰±۰/۸۷۳		علایم
۰/۰۸	۴/۶۴±۰/۶۱۰	۴/۲۱±۱/۸۴۶	<۰/۰۰۰۱	۸/۰۳±۰/۱۲۷	۴/۰۰±۱/۷۹۹		درمان
۰/۳۲	۱/۱۳±۰/۱۰۷	۰/۹۳±۰/۸۲۸	<۰/۰۰۰۱	۲/۶۷±۰/۸۰۳	۱/۰۹±۱/۰۸۷		تشخیص
۰/۰۸	۰/۵۸±۲/۱۰۷	۰/۶۰±۰/۸۲۱	<۰/۰۰۰۱	۲/۹۷±۱/۵۸۱	۰/۷۰±۰/۹۶۴		راه‌های انتقال

جدول شماره ۴- مقایسه میانگین و انحراف معیار تفاضل ابعاد آگاهی و نگرش مادران واحدهای پژوهش نسبت به بیماری در دو گروه آزمون و کنترل

فاصله اطمینان	آماره آزمون	آزمون t مستقل	تفاضل قبل و بعد از مداخله		
			کنترل	آزمون	
(۱/۸۶-۲/۸۳)	۹/۵۶	<۰/۰۰۰۱	۰/۰۲±۰/۲۶	۲/۳۷±۱/۵۸	آگاهی از بیماری
(۰/۰۵-۰/۳۶)	۲/۶۳	۰/۰۱۰	۰/۰۷±۰/۲۵	۰/۲۸±۰/۴۵	آگاهی از علایم
(۰/۶۹-۱/۲۶)	۶/۸۵	<۰/۰۰۰۱	۰/۰۷±۰/۲۵	۱/۰۵±۰/۸۹	آگاهی راه‌های انتقال
(۱/۸۸-۲/۹۰)	۹/۲۷	<۰/۰۰۰۱	۰/۰۹±۰/۲۹	۲/۴۹±۱/۶۶	آگاهی از درمان
(۰/۴۳-۰/۸۶)	۶/۰۴	<۰/۰۰۰۱	۰/۰۵±۰/۲۱	۰/۷۰±۰/۶۷	آگاهی از تشخیص
(۵/۵۵-۷/۶۰)	۱۲/۷۴	<۰/۰۰۰۱	۰/۳۰±۰/۷۷	۶/۸۸±۳/۲۹	آگاهی کل
(۶/۶۶-۱۰/۴۰)	۹/۰۸	<۰/۰۰۰۱	۰/۰۹±۰/۳۶	۸/۶۲±۶/۱۴	نگرش

و نیز نیاز و علاقمند بودن آنها به یادگیری در همه ابعاد آگاهی است.

در زمینه نگرش مادران نسبت به بیماری هم بعد از اجرای الگوی توانمندسازی تفاوت معنی‌دار در دو گروه مشاهده شد که این امر نشان دهنده تغییر در نگرش مادران نسبت به بیماری کودکان و نیز آینده ایشان است. نتایج مشابهی هم در مطالعاتی که بر روی نگرش مادران انجام گرفته به دست آمده است که بر اساس آنها آموزش چهره به چهره در افزایش نگرش مادران تأثیر داشت [۲۷].

همچنین در مطالعه توجینا در سال ۱۹۹۸ نشان داده شد که علت تغییر نگرش به وسیله آموزش چهره به چهره، افزایش اعتماد و تأثیر بیشتر این نوع آموزش بر نگرش افراد است [۲۸]. به این ترتیب اجرای الگویی که با شرکت دادن مادران و کودکان مبتلا در امر مراقبت علاوه بر افزایش آگاهی و بهبود در نگرششان موجب افزایش اعتماد به نفس و خود کنترلی بر بیماری می‌شود لازم است. بر اساس نتایج، اجرای الگوی توانمندسازی خانواده محور می‌تواند موجب افزایش آگاهی و نگرش مادران کودکان مبتلا به تالاسمی گردد و آگاهی بیشتر سبب می‌گردد تا آنها بتوانند با بیماری و عوارض ناشی از آن و همچنین مشکلاتی که به دلیل طولانی بودن درمان این بیماری ایجاد می‌گردد بهتر و راحت تر برخورد کنند. بنابراین پیشنهاد می‌شود پژوهش‌هایی در زمینه اثربخشی این الگو برای سایر بیماری‌های مزمن و در سایر ابعاد زندگی این بیماران و خانواده آنها نیز انجام گردد.

### سهم نویسندگان

مارال کارگر نجفی: نمونه‌گیری و اجرای الگو  
فریبا برهانی: مسئول پژوهش و تنظیم مقاله  
اسحاق درتاج: مشاور آمار  
سکینه سبزواری: مشاور طرح پژوهشی

### تشکر و قدردانی

بدین وسیله مراتب تقدیر و تشکر خود را از کلیه بیمارانی که صادقانه در انجام این پژوهش همکاری کردند و نیز از پرستاران مرکز تالاسمی و گروه پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی رازی که امکان انجام این پژوهش را فراهم نموده و همچنین از سرکار خانم دکتر الحانی به دلیل اجازه استفاده از الگو، ابراز می‌دارد.

در پژوهش پوردهکردی و همکاران نشان داده شد که آموزش از طریق سخنرانی می‌تواند تأثیر مثبتی بر افزایش آگاهی و نگرش مادران داشته باشد [۲۰].

در مطالعه دیگری در اهواز نشان داده شد که راه اندازی یک مرکز مشاوره می‌تواند تأثیر مثبتی در بهبود آگاهی، نگرش و عملکرد مادران بیماران تالاسمی داشته باشد [۱۶]. مطالعه دیگری بر روی آگاهی، نگرش و عملکرد مادران ناقل تالاسمی، نشان داد که آگاهی کم مادران و نگرش و عملکرد نامناسب در مورد بیماری تالاسمی، به عنوان مانع اصلی پیشگیری از بیماری است [۲۱]. مقایسه افزایش سطح آگاهی در دو گروه آزمون و کنترل در این تحقیق نشان داد که میزان آگاهی بیماران در گروه کنترل بعد از اجرای مداخله در گروه آزمون، افزایش معنی‌دار نداشته است و این عدم ارتقاء سطح آگاهی در گروه کنترل نشان می‌دهد که موقعیتی مناسب جهت آموزش خانواده در محیط بیمارستان برای آنها وجود نداشته و باید شرایطی فراهم شود که تیم بهداشتی، آموزش‌های مورد نیاز را به بیمار و خانواده وی ارائه دهند. یک برنامه ملی پیشگیری از بیماری تالاسمی از ۱۴ سال پیش در ایران شروع شده است [۲۲]؛ ولی در این برنامه به نقش مادران و خانواده بیمار کمتر توجه شده است، با توجه به مصرف حدود ۲۵ درصد از تولید خون سالانه در ایران توسط این بیماران، بهره‌وری از یک برنامه پیشگیرانه در ارتباط با تالاسمی مقدم بر همه امور طبی است [۲۳]. مرور متون نشان می‌دهد با توجه به این نکته که اغلب در آموزش‌های سنتی بیمار و خانواده‌اش در فرآیند آموزش و یادگیری نقش غیرفعالی دارد، ممکن است اهداف مورد انتظار به خوبی تحقق نیابند، بنابراین مشارکت بیماران و خانواده آنها در امر مراقبت و درمان بسیار مهم و مؤثر است [۲۴]. یکی از اهداف اجرای این الگو نیز مشارکت مادران و سایر اعضای خانواده در امر مراقبت از کودک بیمار است. در مطالعه حیدری بیان شد که مشارکت نقش حیاتی در توانمندسازی اعضای برای مقابله یا پذیرش طبیعت بیماریشان بازی می‌کند و ظرفیت مراقبت از سلامت خود و ارتقای سلامت دیگران را بهبود می‌بخشد [۲۵].

در این مطالعه بعد از اجرای الگو تفاوت معنی‌دار در همه ابعاد آگاهی مشاهده گردید که حاصل تأثیر اجرای این الگو در افزایش آگاهی مادران کودکان مبتلا به تالاسمی است. همچنین این یافته‌ها احتمالاً نشان دهنده آگاهی اندک مادران در مورد بیماری فرزندشان

## منابع

1. Khani H, Majdi M, Azad marzabadi E, Montazeri A, Ghorbani A, Ramezani M. Quality of life in Iranian Beta-thalassemia major patients of southern coastwise of the Caspian Sea. *Journal of Behavioral Sciences* 2009; 2: 322-335 [Persian]
2. Vichinsky EP, MacKlin EA, Wayne JS, Lorey F, Olivieri NF. Changes in the epidemiology of thalassemia in North America: a new minority disease. *Pediatrics* 2005; 116: 818-25
3. Rrabani A, Azar keyvan A, Farhadi M, Korosedri GH. Clinical Evaluation of 413 Thalassemia Patients. *Journal of Tehran University of Medical Sciences* 2000; 3: 35-42 [Persian]
4. Abdolsamadi H, Torkzaban P, Hoseini M. Parotid saliva of chemical compounds, the rate of dental caries and gingivitis in thalassemia major. *Journal of Dentistry Shiraz University of Medical Sciences* 2008; 8: 76-81 [Persian]
5. Pakbaz Z, Treadwell M, Yamashita R, Quiyolo K, Foote D, Quill L, et al. Quality of life in patients with thalassemia intermedia compared to thalassemid major. *Academy of Sciences: New York*, 2005: 457-61
6. Alavi A, Parvin N, Kheyri S, Hamidzade S, Tahmasebi S. Comparison of perspective of children with major thalassemia and their parents about their quality of life in Shahrekord. *Shahrekord University of Medical Sciences Journal* 2007; 8: 35-41 [Persian]
7. Tabarsi B, Marbaghi A, Safavi M, Afkhami M. Comparative survey of problems in thalassemia major patients with regular and irregular follow ups of therapeutic principles. *Blood* 2007; 4: 33-40 [Persian]
8. Olivieri NF. Medical progress: The beta-Thalassaemia. *The New England Journal of Medicine* 1999; 8: 99-109
9. Politis C, Richardson C, Yfrantopoulos J. Public knowledge of thalassemic patients. *National Center of Social Research Athens* 2002; 12: 151-4
10. Tsiantis J, Dragonas T, Richardson C, Anastasopoulos D, Masera G, Spinetta J. Psychosocial problems and adjustment of children with beta-thalassemia and their families. *European Child & Adolescent Psychiatry* 1996; 5: 193-203
11. Diploma A, Vullo C, Zani B, Facchini A. Psychosocial integration of adolescents and young adults with thalassemia major. *Academy of Sciences: New York*
12. Stanhope M, Lancaster J. *Community and public health nursing*. 6th Edition, Mosby: New York, 2004
13. Hasanpour dehkordi A, Delaram M, Safdari F, Salehi tali SH, Hasheminia A, Kasiri K, et al. *Shahrekord University of Medical Sciences Journal* 2008; 2: 52-8
14. Atkin K, Ahmad WI. Living a normal life: young people coping with thalassemia major or sickle cell disorder. *Social Sciences Medicine* 2001; 53: 615-26
15. Armstrong FD. Thalassemia and learning: neurocognitive functioning in children. *Annals of the New York Academy of Sciences* 2005; 1054: 283-9
16. Allah yari A, Alhani F, Kazemnejad A. The effect of family-centered empowerment model on the Quality of Life of school-age B-thalassemic children. *Iranian Journal of Pediatrics* 2006; 4: 455-61
17. Teimori F. The effect of family-centered empowerment model on the quality of life of school-age children with Asthma (dissertation). *Tarbiat Modares University, Tehran: Iran*, 2010 [Persian]
18. Heydari M, Alhani F, Kazemnejad A, Moezzi F. The effect of empowerment model on quality of life of Diabetic adolescents. *Iranian Journal of Pediatrics* 2007; 17: 87-94 [Persian]
19. Pourdehkordi HA, Delaram M, Safdari F, Salehitali SH, Kasiri K, Masoudi R, et al. Comparison of the effects of lecture and booklet methods on awareness and attention of parents of children with thalassemia major. *Shahrekord University of Medical Sciences Journal* 2008; 10: 52-58 [Persian]
20. Eshghi P, Rahimi M, Razaghi A. Evaluation of effect of family practice consultation on knowledge, attitude and practice of major beta thalassemic's parents in the prevention program in southeast of Iran. *Scientific Medical Journal* 2006; 5: 507-14
21. Khin EH, Aung MH, Thein TM. Thalassemia in outpatient department of the Yangon Children's Hospital in Myanmar: knowledge, attitudes and practice in relation to thalassemia. *Southeast Asian Journal of Tropical Medicine of Public Health* 1992; 23: 269-72
22. Najmabadi H, Karimi-Nejad R, Sahebjam S, Pourfarzad F, Teimourian S, Sahebjam F, et al. The



beta-thalassemia mutation spectrum in the Iranian population. *Hemoglobin* 2001; 25: 285-96

23. Abolghasemi H, Amid A, Zeinali S, Radfar MH, Eshghi P, Rahiminejad MS, et al. Thalassemia in Iran: epidemiology, prevention, and management. *Journal of the Pediatric Hematology and Oncology* 2007; 29: 233-8

24. Valizadeh F, Ghasemi F. Medical staff attitude toward participation in the care of their hospitalized children. *Hayat* 2008; 14: 69-76 [Persian]

25. Jafari F, Nodesharifi A, Zayeri F. Effectiveness of the prevention of thalassemia plan on increasing

awareness and couples and married couples withdrew in the city of Gorgan. *Journal of Gorgan Medical Science* 2006; 8: 68-72

26. Ghorbani GH, Ranjbar R, Izadi M, Esfahani A. Effect of face to face training and pamphlets on AIDS knowledge and attitudes of adults. *Journal of Military Medicine* 2007; 9: 57-65

27. Tuchinda S, Chotpitayasunondh T, Teeraratkul A. Knowledge, attitudes, and practices of senior high school students regarding human immunodeficiency virus infection. *Journal of the Medical Association of Thailand* 1998; 81: 130-5