

مقایسه مشکلات رفتاری کودکان سن مدرسه مبتلا به تالاسمی مراجعه کننده به مرکز کودکان شهر رشت با همسالان خود

پژوهشگران: فاطمه مسکینی جانکبری^۱، مینومیترا چهرزاد^۲، هایده محمودی^۳

(۱) دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش پرستاری کودکان

(۲) کارشناس ارشد پرستاری (گرایش اطفال)، عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی گیلان

(۳) کارشناس ارشد روانپرستاری، عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی رشت

چکیده:

مقدمه: توجه به مشکلات رفتاری کودکان که بیشترین اشکال آسیب شناسی روانی کودک را تشکیل می دهد در تمام فرهنگ ها و جوامع بشری حائز اهمیت است چرا که اغلب اختلالات بزرگسالی ریشه در تجربه های اولیه کودکی دارد. مشکلات رفتاری به علل مختلفی ایجاد می شود یکی از این علل، بیماری های مزمن جسمی مثل بتا تالاسمی ماژور است. شناخت بهتر مشکلات رفتاری کودکان تالاسمی مبنایی برای طراحی موثرتر برنامه های بهداشتی و پیشگیری از مزمن شدن مشکلات رفتاری و روانی در آینده است.

هدف: این پژوهش با هدف مقایسه مشکلات رفتاری کودکان سن مدرسه مبتلا به تالاسمی مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی کودکان شهر رشت با همسالان انجام شد.

روش کار: این پژوهش یک مطالعه توصیفی - مقایسه ای است که در آن ۵۰ کودک مبتلا به تالاسمی مراجعه کننده به مرکز کودکان شهر رشت و ۱۰۰ کودک سالم همسالانشان به همراه مادرانشان شرکت داشتند.

ابزار گردآوری داده ها در این پژوهش پرسشنامه ای مشتمل بر ۲ بخش بود. بخش اول شامل مشخصات دموگرافیک کودک تالاسمی و سالم و والدین آنها و بخش دوم چک لیست رفتار کودک را بر اساس گزارش والدین (ابزار آخن باخ) بود که از طریق مصاحبه با مادر تکمیل می شد. برای تجزیه و تحلیل داده ها از آمار توصیفی (میانگین - انحراف معیار) و آمار استنباطی (کای دو) استفاده شد.

نتایج: یافته ها نشان داد بیشترین درصد رفتار مناسب واحدهای مورد پژوهش در گروه تالاسمی (۱۰۰٪) مربوط به حیطة های مشکلات جنسی و مشکلات متفرقه و در گروه کودکان سالم (۱۰۰٪) مربوط به حیطة های مشکلات اجتماعی، رفتار ضد اجتماعی، رفتاری پر خاشگرانه، شکایات جسمانی، اضطراب / افسردگی، گوشه گیری، اختلال در تفکر، مشکلات جنسی و متفرقه بود و هم چنین نتایج نشان داد اختلاف معنی دار آماری بین دو گروه از نظر مشکلات رفتاری در حیطة های مشکلات اجتماعی ($P \leq 0/0001$)، رفتار پر خاشگرانه ($P \leq 0/0001$)، اشکال در تمرکز حواس ($P \leq 0/03$)، شکایات جسمانی ($P \leq 0/01$)، اضطراب و افسردگی ($P < 0/0001$) و گوشه گیری ($P < 0/0001$) وجود دارد.

نتیجه گیری: نتایج نشان داد که اکثریت واحدهای مورد پژوهش در گروه تالاسمی (۹۴٪) و در گروه سالم (۱۰۰٪) از نظر مشکلات رفتاری کل، رفتار مناسب داشتند و آزمون آماری کای دو تفاوت معنی داری را بین دو گروه از نظر مشکلات رفتاری کل نشان داد و نیز بین مشکلات رفتاری کل و مشخصات دموگرافیک به جز سن پدر ($P \leq 0/0001$) ارتباط معنی دار آماری یافت نشد.

کلید واژه ها: مشکلات رفتاری، بتا تالاسمی، کودکان سن مدرسه

مقدمه

کرد (۲).

اما متأسفانه همه این کودکان امکان دریافت درمان را ندارند، به طوریکه طبق آمار ۱۵ الی ۲۲ درصد کودکان، مشکلات رفتاری را با شدتی تجربه می کنند که نیازمند درمان هستند، ولی کمتر از ۲۰ درصد این کودکان درمان مورد نیاز را دریافت می کنند (۳). در حالیکه مشکلات رفتاری در کودکان قابل درمان و مانند بیماری های جسمی قابل پیشگیری

مشکلات رفتاری و هیجانی یکی از بیشترین اشکال آسیب شناسی روانی کودکان را تشکیل می دهند و در جریان رشد و تکامل برخی از کودکان، در برهه ای از زمان ایجاد می شود (۱). برخی آمارها نشان می دهد تقریباً سالانه از هر ۵ کودک، یکی دچار مشکل قابل ملاحظه رفتاری می گردد و حدوداً از هر ۱۰ کودک، یک کودک به کمک متخصص نیاز پیدا خواهد

جسمی، تغییر چهره، عوارض جانبی دارو و عدم اطمینان به عمر طولانی تنش‌هایی است که کودک و خانواده با آن مواجه هستند(۱۱). همچنین در بعد اجتماعی نیز این کودکان با مشکلاتی از قبیل غیبت‌های طولانی و مداوم از مدرسه به جهت بیماری یا درمان، کشمکش‌های تحصیلی، تأخیر در فرایند رشد و تکامل و عدم توانایی ورود به گروه همسالان، عدم سازگاری با تغییرات مورد نیاز در سبک زندگی و ... مواجه می‌شوند و یا ممکن است به دلیل تغییرات جسمانی که اغلب در نتیجه بیماری یا درمان پزشکی روی می‌دهد، احساس متفاوت بودن از دیگر همسالان را تجربه کنند که می‌تواند منجر به کاهش عزت نفس در کودک شود و یا ممکن است به دلیل بیماری یا درمان از مدرسه غیبت کنند و موقعیت‌های عادی برای اجتماعی شدن را از دست بدهند که این مورد خصوصاً در کودکان سنین مدرسه بسیار حائز اهمیت است(۱۱). آنچه مسلم است اینکه توجه به آسیب‌شناسی روانی کودکان و سلامت روانی آنها در تمام فرهنگ‌ها و جوامع بشری بسیار حائز اهمیت است چرا که اولاً بسیاری از مشکلات کودکی پیامدهای بعدی برای کودک و جامعه دارد. ثانیاً اغلب اختلالات بزرگسالان ریشه در شرایط و یا تجربه‌های اولیه کودکی دارد و ثالثاً شناخت بهتر مشکلات رفتاری در دوران کودکی ممکن است مبنایی برای طراحی موثرتر برنامه‌های درمانی و پیشگیری از اختلالات رفتاری در آینده را فراهم آورد(۱). به علاوه عدم تشخیص کودکانی که مشکلات رفتاری جزئی دارند ممکن است منجر به اختلالات رفتاری مقاوم به درمان در آینده شود(۶) پس بهداشت و سلامت روان جوانان آینده در گرو سلامت روان آنها در دوران کودکی است و در این بین پرستاران به این دلیل که نیازهای کودک را می‌شناسند و اکثراً در تماس مستقیم با کودک و خانواده او هستند نقش مهمی در شناسایی مشکلات جسمی و رفتاری کودک دارند. پرستار بخش تالاسمی

است و در صورت تشخیص و درمان به موقع، نه تنها باعث بهبودی وضعیت فعلی کودک و افزایش کارایی او در آموزش و یادگیری می‌شود بلکه از تبدیل شدن به اختلالات رفتاری و مزمن شدن آن در آینده نیز پیشگیری می‌شود(۴). از اینرو توجه به رفتارهای بهنجار و نابهنجار دوران کودکی و تشخیص مشکلات رفتاری در تمام دوران کودکی بسیار حائز اهمیت است و در این بین دوران مدرسه که فرآیند اجتماعی شدن به شدت تسریع می‌یابد، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است چرا که مشکلات رفتاری و مسائل روانشناختی کودک غالباً با ورود به مدرسه برای نخستین بار شناخته می‌شود(۵). محققین میزان شیوع مشکلات رفتاری کودکان سن مدرسه را حدود ۱۲ الی ۲۵ درصد برآورد کرده‌اند(۶). که این میزان در ایران نیز طی تحقیق رواقی و همکاران (۱۳۷۹) بر روی ۱۰۰۰ کودک دبستانی شهرکرد، ۴۱/۲ درصد و در تحقیق کوشان و وشانی (۱۳۸۰) در کودکان دبستانی شهر سبزوار، ۳۶/۶ درصد برآورد شده است(۵ و ۷). یکی از عوامل موثر بر ایجاد مشکلات رفتاری، بیماری‌ها خصوصاً بیماری‌های مزمن می‌باشند. بیماری‌های مزمن زیادی سلامت کودکان را تهدید می‌کنند، یکی از این بیماری‌ها بتا تالاسمی ماژور است، این بیماری یکی از شایعترین بیماری‌های مزمن و ژنتیکی در جهان و در کشور ما ایران است(۸ و ۹). در میان جمعیت ۶۰ میلیونی ایران حداقل ۵ میلیون نفر ناقل ژن تالاسمی وجود دارد و حدود سی هزار نفر مبتلا به این بیماری هستند(۱۰). در واقع تالاسمی همانند سایر بیماری‌های مزمن، محرک تنش‌زای عمده‌ای در زندگی کودک محسوب می‌شود، بیماری و روشهای درمانی مورد نیاز فشارهای متوالی و غیرقابل پیش‌بینی را بر زندگی کودک و خانواده تحمیل می‌کند به طور مثال در بعد جسمانی این کودکان به کرات نیازمند مراجعه به درمانگاه، بستری، جراحی و یا روش‌های درمانی دشوار هستند، از طرفی تشدید دوره‌های نشانه‌های بیماری، مشکلات

با توجه به زمان طولانی و منظمی که با بیمار صرف می‌کند، تقریباً تنها کسی است که با این مشکلات روبه‌رو می‌شود و به دفعات با والدین و دوستان بیمار در ارتباط خواهد بود و می‌تواند در شناسایی مشکلات کودک نقش مهمی داشته باشد (۱۲). از آنجا که بیماری‌های مزمن، از جمله تالاسمی بر تمام جنبه‌های رشد و تکامل فرد و نیز از لحاظ اقتصادی، اجتماعی، عاطفی، روانی و رفتاری بر فرد و خانواده و جامعه تأثیر گذار است و با توجه به مشکلات و پیامدهای این بیماری مزمن و ژنتیکی و شیوع نسبتاً بالای آن در کشور، فقط درمان‌های جسمی و دارویی و افزایش طول عمر این بیماران کافی نیست بلکه شناخت مشکلات جسمی، روحی، رفتاری، اجتماعی و حمایت از بیماران و حفظ و تداوم زندگی به صورت مطلوب از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است.

روش کار

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی-مقایسه‌ای (Descriptive Comparative Study) با هدف تعیین مشکلات رفتاری کودکان سن مدرسه مبتلا به تالاسمی مراجعه کننده به مرکز آموزشی، درمانی کودکان شهر رشت با همسالان سالم می‌باشد. نمونه‌های این پژوهش کلیه کودکان مبتلا به تالاسمی سن مدرسه مراجعه کننده به مرکز آموزشی، درمانی کودکان شهر رشت می‌باشد که به روش سرشماری انتخاب شدند (۵۰ نفر) در مورد کودکان سالم نیز پس از مشورت با استاد آمار، تعداد نمونه به اندازه دو برابر نمونه‌های کودکان مبتلا به تالاسمی یعنی ۱۰۰ کودک سالم در نظر گرفته شد. بنابراین کل نمونه‌های این پژوهش شامل ۱۵۰ کودک (۵۰ کودک مبتلا به تالاسمی و ۱۰۰ کودک سالم) به همراه مادرانشان بود. روش کار به اینصورت بود که پژوهشگر پس از مراجعه از بخش تالاسمی مرکز آموزشی، درمانی کودکان هفده شهریور رشت و بررسی دفاتر موجود در بخش، کلیه کودکان سن مدرسه مبتلا به تالاسمی را که هر ماه

جهت تزریق خون به آن مرکز مراجعه می‌کردند را با استفاده از روش سرشماری مشخص نموده و در روزهای مراجعه کودکان مورد نظر در بخش حاضر شده و پس از معرفی، بیان اهداف و کسب رضایت از مادر، شروع به مصاحبه با مادر و تکمیل پرسشنامه می‌نمود به اینصورت که مشخصات دموگرافیک کودک سالم و تالاسمی، مشخصات دموگرافیک پدر و مادر و مشخصات بیماری مثل سن تشخیص و تعداد خواهر و برادر مبتلا به تالاسمی از طریق مصاحبه با مادر، تغییر رنگ پوست و تغییر چهره از طریق مشاهده و عوارض داخلی از طریق مصاحبه با مادر و مطالعه پرونده تکمیل می‌شد. برای دستیابی به کودکان سالم، پژوهشگر پس از اخذ آدرس کودکان مبتلا به تالاسمی از مادر یا پرونده، به آدرس مورد نظر در شهر یا روستا رفته و به ازاء هر کودک مبتلا به تالاسمی، ۲ کودک همسال سالم که شرایط شرکت در پژوهش را داشتند و تا حد امکان دارای شرایط هماهنگ با کودک تالاسمی بودند را از بین همسایگان کودک تالاسمی انتخاب و پس از معرفی بیان اهداف و کسب رضایت مادر اقدام به تکمیل پرسشنامه مینمود. ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش پرسشنامه بود که از دو بخش تشکیل شده، بخش اول شامل مشخصات فردی کودک و والدین آنها و عوارض بیماری (تغییر پوست، تغییر چهره و عوارض داخلی) بود که از طریق مشاهده، پرسش از مادر و مطالعه پرونده تکمیل میگردید. همچنین این پرسشنامه شامل مشخصات دموگرافیک والدین بود که طی مصاحبه با مادر و کودک تکمیل می‌شد. بخش دوم پرسشنامه، چک لیست رفتار کودک براساس گزارش والدین ساخته دکتر Achen bach در سال ۲۰۰۴ بود که یک ابزار استاندارد برای سنجش رفتار کودک و تعیین مشکلات رفتاری است (۵۸). این چک لیست طبق مصاحبه با والدین تکمیل می‌گردید، که در این مطالعه به جهت همسان سازی بهتر نمونه‌ها، مصاحبه با یکی از والدین (فقط مادر) تکمیل

نتایج

یافته‌ها نشان داد، اکثریت واحدهای مورد پژوهش در گروه کودکان تالاسمی (۵۲٪) پسر و در گروه سالم (۵۱٪) دختر، در گروه سنی ۱۱-۱۰ سال در گروه تالاسمی (۵۴٪) و در گروه سالم (۵۲٪)، کلاس چهارم یا پنجم در گروه تالاسمی (۵۴٪) و در گروه سالم (۵۲٪)، رتبه تولد دوم یا بیشتر در گروه تالاسمی (۵۶٪) و در گروه سالم (۸۳٪)، دارای خواهر یا برادر در گروه سالم (۸۳٪) و در گروه تالاسمی (۸۰٪) و تعداد خواهر یا برادر آنها یک نفر در گروه تالاسمی (۵۴٪) و در گروه سالم (۴۷٪) بود. میانگین سن مادران واحدهای مورد پژوهش در گروه تالاسمی ۳۴/۳۰ ± ۶/۰۵ و در گروه سالم ۳۳/۳۲ ± ۵ و نیز اکثریت مادران واحدهای مورد پژوهش در گروه تالاسمی (۵۶٪) و در گروه سالم (۷۲٪) دارای سن ۳۰-۳۹ سال، سطح تحصیلات در گروه تالاسمی (۴۸٪) و در گروه سالم (۵۰٪)، بیسواد یا ابتدائی (۴۸٪) و شغل خانه‌دار در گروه تالاسمی (۹۴٪) و در گروه سالم (۹۶٪) بودند. همچنین میانگین سنی پدران در گروه تالاسمی ۳۶/۹ ± ۵/۰۷ و در گروه سالم ۴۷/۳ ± ۴/۲۶ بوده و پدران اکثریت واحدهای مورد پژوهش در گروه تالاسمی (۷۲٪) و در گروه سالم (۶۵٪) دارای ۳۰-۳۹ سال، سطح تحصیلات در گروه تالاسمی (۴۲٪) و در گروه سالم (۴۱٪) بیسواد یا ابتدائی و شغل در گروه تالاسمی (۷۲٪) و در گروه سالم (۷۷٪) کارگر یا آزاد (۷۲٪) بودند، درآمد ماهیانه خانواده اکثریت واحدهای مورد پژوهش نیز در گروه تالاسمی (۶۸٪) و در گروه سالم (۶۳٪) زیر ۱۵۰/۰۰۰ تومان و از نظر مکان زندگی خانواده اکثریت واحدهای مورد پژوهش در گروه تالاسمی (۶۴٪) و در گروه سالم (۶۵٪) شهرنشین بودند. آزمون آماری کای دو تفاوت معنی داری را بین دو گروه از نظر مشخصات دموگرافیک کودک، پدر، مادر و خانواده نشان نداد و دو گروه در این موارد با هم همگن بودند. یافته‌ها در

می‌شد. پرسشنامه شامل ۱۱۵ سوال می‌باشد که در ده حیطه مشکلات رفتاری کودک تنظیم شده است که در صورت جواب همیشه یا اغلب نمره (۲)، گاهی نمره (۱)، اصلاً نمره (صفر) منظور می‌گردید. همچنین ده حیطه مشکلات رفتاری مشخص شده در این پرسشنامه شامل مشکلات اجتماعی، رفتار ضد اجتماعی، رفتار پرخاشگرانه، اشکال در تمرکز حواس، شکایات اجتماعی، اضطراب و افسردگی، گوشه‌گیری، اختلال در تفکر، مشکلات جنس و مشکلات متفرقه است. پس از نمره دهی به سوالات، بر اساس میانگین نمرات به دو دسته مناسب و نامناسب تقسیم بندی گردید، به این ترتیب که نمرات مساوی یا بیشتر از میانگین در ستون نامناسب یعنی دارای مشکل رفتاری و نمرات کمتر از میانگین به صورت مناسب یعنی مشکل رفتاری کمتر یا فقدان مشکل رفتاری تقسیم بندی می‌گردید، جهت کسب اعتبار علمی پرسشنامه در این پژوهش از اعتبار محتوی استفاده گردید و برای تعیین اعتماد علمی (پایایی) در این پژوهش، پس از مشورت با استاد محترم آمار، پرسشنامه توسط ۱۵ نفر از مادران کودک تالاسمی تکمیل شد و پس از ۲۰ روز (حداقل فاصله بین دو تزریق خون) مجدداً پرسشنامه طی مصاحبه با همان افراد تکمیل گردیده نمرات حاصل با استفاده از روش ضریب همبستگی پیرسون مورد بررسی قرار گرفت و آلفای ۰/۹۴/α به دست آمد که نشان دهنده پایایی مناسب ابزار است. اطلاعات جمع آوری شده از پرسشنامه‌ها، پس از کدگذاری وارد کامپیوتر گردید و سپس متغیرهای پژوهش با استفاده از نرم افزار SPSS (Version.10) و با کمک آمار توصیفی جداول (توزیع فراوانی، درصدها، میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (کای دو) برای تعیین تفاوت مشکلات رفتاری کودکان سن مدرسه مبتلا به تالاسمی و سالم و نیز تعیین ارتباط مشکلات رفتاری با متغیرهای دموگرافیک، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

در حیطه گوشه گیری یافته ها نشان داد اکثریت واحدهای مورد پژوهش در گروه کودکان تالاسمی (۸۰٪) و در گروه کودکان سالم (۱۰۰٪) در این حیطه دارای رفتار مناسب بودند و آزمون آماری کای دو تفاوت معنی داری را بین دو گروه کودکان تالاسمی و سالم نشان داد ($P < 0/001$). در مورد حیطه های رفتار ضد اجتماعی و اختلال در تفکر تفاوت معنی دار آماری بین دو گروه کودکان مبتلا به تالاسمی و سالم مشاهده نشد. در مورد حیطه های مشکلات جنسی و مشکلات متفرقه هر دو گروه دارای ۱۰۰ درصد رفتار مناسب بودند (جدول شماره ۱).

بحث و نتیجه گیری

به طور کلی نتایج به دست آمده از این پژوهش نشان داد که بین مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به تالاسمی و سالم تفاوت معنی داری وجود دارد ($P \leq 0/01$) (جدول شماره ۲). آیدینوک و همکاران (۲۰۰۵) نیز گزارش کرده بودند که کودکان مبتلا به تالاسمی در معرض خطر مشکلات روانی، اجتماعی و رفتاری هستند و نمره مشکلات رفتاری این گروه بیشتر و از نظر آماری معنی دار است ($P = 0/04$) (۱۳).

نتایج تحقیق خرسند و همکاران (۱۳۸۰) نیز نشان داد، میانگین نمرات کسب شده در زمینه مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به تالاسمی از گروه سالم بیشتر بود و آزمون آماری T اختلاف معنی داری را بین دو گروه از نظر مشکلات رفتاری نشان داد ($P < 0/0001$) (۱۴).

مطالعات اپیدمیولوژیک نیز نشان داد، که کودکان مبتلا به بیماری های مزمن ۲/۴-۲ بار بیشتر از سایر کودکان مشکلات رفتاری را نشان می دهند (۱۶) تالاسمی مانند سایر بیماری های مزمن، محرک تنش زای عمده ای در زندگی کودک محسوب می شود، بیماری و روش های درمانی مورد نیاز فشارهای متوالی و غیرقابل پیش بینی را بر زندگی کودک و خانواده تحمیل می کند. تشدید دوره های نشانه های بیماری، مشکلات جسمی، تغییر چهره، عوارض جانبی داروها و

مورد مشکلات رفتاری نشان داد، اکثریت واحدهای مورد پژوهش در گروه کودکان تالاسمی (۹۴٪) و در گروه کودکان سالم (۱۰۰٪) از نظر مشکلات رفتاری کل، رفتار مناسب داشتند و آزمون آماری کای دو تفاوت معنی داری را بین دو گروه از نظر مشکلات رفتاری کل نشان داد ($P \leq 0/013$). یافته ها در مورد حیطه های مختلف مشکلات رفتاری نیز نشان داد که در حیطه مشکلات اجتماعی اکثریت واحدهای مورد پژوهش در گروه تالاسمی (۵۶٪) و در گروه سالم (۱۰۰٪) دارای رفتار مناسب بودند و آزمون آماری کای دو تفاوت معنی داری را بین دو گروه از نظر مشکلات اجتماعی نشان داد ($P < 0/001$).

در حیطه رفتار پرخاشگرانه یافته ها نشان داد اکثریت واحدهای مورد پژوهش در گروه کودکان تالاسمی (۷۲٪) و در گروه سالم (۱۰۰٪) دارای رفتار مناسب بودند و آزمون آماری کای دو تفاوت معنی داری را بین دو گروه از نظر رفتار پرخاشگرانه نشان داد ($P < 0/001$).

در حیطه اشکال در تمرکز حواس نیز اکثریت واحدهای مورد پژوهش در گروه تالاسمی (۸۸٪) و در گروه سالم (۱۰۰٪) دارای رفتار مناسب بودند و آزمون آماری کای دو تفاوت معنی داری را بین دو گروه از نظر اشکال در تمرکز حواس نشان داد ($P \leq 0/03$).

در حیطه شکایات جسمانی یافته ها نشان داد اکثریت واحدهای مورد پژوهش در گروه تالاسمی (۹۴٪) و در گروه سالم (۱۰۰٪) در این حیطه دارای رفتار مناسب بودند و آزمون آماری کای دو تفاوت معنی داری را بین دو گروه نشان داد ($P \leq 0/01$).

در حیطه اضطراب و افسردگی یافته ها نشان داد اکثریت واحدهای مورد پژوهش در گروه کودکان تالاسمی (۶۲٪) و در گروه سالم (۱۰۰٪) دارای رفتار مناسب بودند و آزمون آماری کای دو تفاوت معنی داری را بین دو گروه از نظر اضطراب و افسردگی نشان داد ($P < 0/001$).

آنها را در مقایسه با کودکانی که از نظر جسمانی مشکلی ندارند بیشتر در معرض مشکلات رفتاری و سازگاری قرار می‌دهد (۲۳).

چهارمین حیطه مشکلات رفتاری مربوط به اشکال در تمرکز حواس است و نشان می‌دهد که بین دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P \leq 0/02$). نتایج تحقیق وانگ و یه (۲۰۰۴) نیز اختلاف معنی‌داری را بین دو گروه کودکان مبتلا به سرطان و سالم در حیطه اشکال در تمرکز حواس نشان می‌دهد ($P < 0/05$) (۱۶).

پنجمین حیطه مشکلات رفتاری یعنی شکایات جسمانی بود که یافته‌ها تفاوت معنی‌داری را بین دو گروه نشان داد ($P \leq 0/03$) که با نتایج تحقیق وانگ و یه (۲۰۰۴) مطابقت داشت ($P \leq 0/05$). فشارهای روانی از عوامل مهم ایجاد و تداوم بسیاری از مشکلات جسمانی می‌باشند (۱۶).

ششمین حیطه مشکلات رفتاری مربوط به اضطراب و افسردگی است و آزمون آماری کای دو تفاوت معنی‌داری را بین دو گروه کودکان تالاسمی و سالم نشان داد ($P < 0/01$). آیدینوک و همکاران (۲۰۰۵) نیز دریافتند که میزان اضطراب و افسردگی در کودکان مبتلا به تالاسمی با کودکان سالم تفاوت آماری معنی‌داری دارد ($P = 0/08$) (۴۶). در همین رابطه وانگ و یه (۲۰۰۴) نیز دریافتند که میزان اضطراب و افسردگی در کودکان مبتلا به سرطان و سالم بستری در بخش آنکولوژی تفاوت معنی‌داری دارد ($P < 0/01$) (۱۸). موحدپور و همکاران (۱۳۸۲) نیز گزارش کردند که میزان اضطراب در نوجوانان مبتلا به تالاسمی ماژور و سالم در استان یزد تفاوت معنی‌داری داشت ($P = 0/025$) (۱۸).

هفتمین حیطه مشکلات رفتاری مربوط به گوشه‌گیری است یافته‌ها نشان داد که تفاوت معنی‌داری بین دو گروه کودکان تالاسمی و سالم وجود دارد ($P < 0/01$). ملکشاهی و همکاران (۱۳۸۰) نیز در مطالعه خود با هدف بررسی مشکلات روانی و رفتاری بیماران تالاسمی در خرم‌آباد گزارش کردند که ۴۵/۲

عدم اطمینان به عمر طولانی تنش‌هایی است که کودک و خانواده با آن مواجه هستند همچنین ممکن است کودک احساس متفاوت بودن از دیگر همسالان را تجربه کند که می‌تواند منجر به کاهش عزت نفس در او شده و به احساس استقلال وی در سازگاری با بیماری آسیب برساند (۱۱). همچنین در مورد حیطه‌های مشکلات رفتاری مثل مشکلات اجتماعی یافته‌ها تفاوت معنی‌داری را بین دو گروه از نظر مشکلات اجتماعی نشان داد ($P < 0/01$). نتایج تحقیق وانگ و یه (۲۰۰۴) با هدف بررسی و مقایسه مشکلات رفتاری، عاطفی بیماران آنکولوژی بخش کودکان در تابوان نیز نشان داد که بین میانگین نمرات مشکلات اجتماعی کودکان مبتلا به سرطان و سالم از نظر آماری تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P < 0/01$) (۱۶). به نظر اریکسون سنین ۱۱-۶ سالگی زمانی است که کودک مدرسه رفتن را آغاز می‌کند و در این سن، دنیای کودک با قرار گرفتن و در معرض عوامل و فشارهای جدید بیرون از خانه، به طور قابل ملاحظه‌ای گسترده‌تر می‌شود (۵). این مرحله از لحاظ اجتماعی سرنوشت سازترین مرحله است سرزنش و ارزیابی توسط همسالان در تعیین موفقیت و شایستگی کمک می‌کند، در غیر اینصورت کمتر به مهارت‌های اجتماعی دسترسی می‌یابد. این کودکان ممکن است در غلبه بر وظایف دوره نوجوانی و بزرگسالی دچار اشکال شوند (۶). یافته‌ها در مورد سومین حیطه مشکلات رفتاری، رفتار پرخاشگرانه، تفاوت معنی‌داری را بین دو گروه نشان داد ($P < 0/01$). آیدینوک و همکاران (۲۰۰۵) نیز در تحقیق خود دریافتند که رفتار پرخاشگرانه در کودکان مبتلا به تالاسمی در مقایسه با جمعیت نرمال بالاتر بود ($P = 0/02$) (۲۰). ملکشاهی و همکاران (۱۳۸۰) نیز گزارش کردند که ۴۳/۲ درصد از بیماران مبتلا به تالاسمی شهر خرم‌آباد پرخاشگری و خشم و ۵۵ درصد بدخلقی داشتند (۱۹). وجود بیماری مزمن محرک تنش زای عمده‌ای در زندگی کودک است و

کودک و خانواده او هستند نقش مهمی در شناسایی مشکلات جسمی و رفتاری کودک دارند. لذا نتایج حاصل از این تحقیق می‌تواند شالوده علمی مفیدی برای مدیران پرستاری در برنامه ریزی خدمات بالینی و توجه به نقش‌های ششگانه مراقبتی، درمانی، حفاظتی، آموزشی، حمایتی و هماهنگ کننده کمک کند تا بتوانند برنامه‌های مراقبتی و مداخلات پرستاری هم‌جانبه‌ای را برای کودکان مبتلا به بیماری‌های مزمن طراحی نموده و علاوه بر جنبه‌های جسمی بیماری به جنبه‌های روحی و روانی و رفتاری حاصل از یک بیماری نیز توجه خاص داشته باشند و جهت شناسایی کودکان در معرض خطر و انجام آزمون‌های غربالگری برنامه‌ریزی و با مراکز خاص در این زمینه مشاوره نمایند.

درصد از کودکان مبتلا به تالاسمی دارای مشکلات ارتباطی با همسالان و ۵۹/۸ درصد گوشه گیر بودند (۱۸).

در مورد حیطه‌های رفتار ضد اجتماعی و اختلال در تفکر تفاوت معنی‌دار آماری بین دو گروه کودکان مبتلا به تالاسمی و سالم مشاهده نشد. در مورد حیطه‌های مشکلات جنسی و مشکلات متفرقه هر دو گروه دارای ۱۰۰ درصد رفتار مناسب بودند.

از آنجا که بسیاری از مشکلات کودکی پیامدهای بعدی برای کودک و جامعه داشته و اغلب اختلالات بزرگسالی ریشه در شرایط و یا تجربه‌های کودکی دارد، توجه به آسیب شناسی و سلامت روانی کودکان در تمام فرهنگ‌ها و جوامع بشری بسیار حائز اهمیت است و پرستاران به این دلیل که نیازهای کودک را می‌شناسند و اکثراً در تماس مستقیم با

جدول شماره (۱): توزیع واحدهای مورد پژوهش برحسب نحوه پاسخگویی مادران به سوالات مشکلات رفتاری در دو گروه کودکان تالاسمی و سالم

قضایات	سالم						تالاسمی						گروه فراوانی پاسخ مشکلات رفتاری
	جمع		نامناسب		مناسب		جمع		نامناسب		مناسب		
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
$p \leq 0.001$	۱۰۰	۱۰۰	۰	۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۵۰	۴۴	۲۲	۵۶	۲۸	۱- مشکلات اجتماعی
NS	۱۰۰	۱۰۰	۰	۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۵۰	۲	۱	۹۸	۴۹	۲- رفتار ضد اجتماعی
$p \leq 0.001$	۱۰۰	۱۰۰	۰	۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۵۰	۲۸	۱۴	۷۲	۳۶	۳- رفتار پرخاشگرانه
$p \leq 0.03$	۱۰۰	۱۰۰	۱	۱	۹۹	۹۹	۱۰۰	۵۰	۱۲	۶	۸۸	۴۴	۴- اشکال در تمرکز حواس
$p \leq 0.01$	۱۰۰	۱۰۰	۰	۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۵۰	۶	۳	۹۴	۴۷	۵- شکایات جسمانی
$p \leq 0.001$	۱۰۰	۱۰۰	۰	۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۵۰	۳۸	۱۹	۶۲	۳۱	۶- اضطراب افسردگی
$p \leq 0.001$	۱۰۰	۱۰۰	۰	۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۵۰	۲۰	۱۰	۸۰	۴۰	۷- گوشه گیری
NS	۱۰۰	۱۰۰	۰	۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۵۰	۲	۱	۹۸	۴۹	۸- اختلال در تفکر
NS	۱۰۰	۱۰۰	۰	۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۵۰	۰	۰	۱۰۰	۵۰	۹- مشکلات جنسی
NS	۱۰۰	۱۰۰	۰	۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۵۰	۰	۰	۱۰۰	۵۰	۱۰- مشکلات متفرقه

جدول شماره (۲): توزیع واحدهای مورد پژوهش برحسب مشکلات رفتاری کل در دو گروه کودکان تالاسمی و سالم

قضایات	آزمون	سالم						تالاسمی						گروه فراوانی پاسخ مشکلات رفتاری
		جمع		نامناسب		مناسب		جمع		نامناسب		مناسب		
		درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
معنی دار است	$df=1$ $\chi^2=2.01$ $p \leq 0.13$	۱۰۰	۱۰۰	۰	۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۵۰	۶	۳	۹۴	۴۷	کل مشکلات رفتاری

منابع:

۲۰- ملکشاهی، فرید، طولایی، طاهره، روانشاد، فرزانه. بررسی مشکلات روانی - رفتاری بیماران تالاسمی مراجعه کننده به مرکز تالاسمی بیمارستان شهید خرم آباد در سال ۱۳۸۰. فصلنامه بهداشت روانی. ۱۳۸۰. سال سوم شماره ۱۲ و ۱۱. صفحات: ۱۱۵-۱۲۱.

- ۱- ماش، اریک جی، بارکلی، راسل ای. روانشناسی مرضی کودک(آسیب شناسی روانی کودک)(جلد اول). ترجمه حسن توننده جانی، جهانشیر توکلی زاده، نسرتین کمال پور. مشهد: دانشگاه علوم پزشکی گناباد. ۱۳۸۳.
- ۲- گلدنر، مایکل، میو، ریچارد و گذر، جان. درسنامه فشرده روانپزشکی اکسفورد. ترجمه: نادری فر و همکاران. تهران: نشر طبیب. ۱۳۸۱.
- ۳- رابنیکه، مارک ای، داتیلیو، فرانک ام و فریمین، آرتور. شناخت درمانی در کودکان و نوجوانان. ترجمه: جواد علاقبند و حسن فرحی. تهران: انتشارات بقیه. ۱۳۸۰.
- ۴- بوالهدی، جعفر. بهداشت روانی برای کارشناسان بهداشتی. تهران: انتشارات بشری. ۱۳۸۱.
- ۵- روانی، کیوان، مهرعلیان، حسینعلی، شاهقلیان، ناهیشیوع اختلالات رفتاری کودکان در مدارس ابتدائی شهرکرد. فصلنامه پرستاری و مامائی ایران. ۱۳۷۹. سال سیزدهم. شماره ۲۷. صفحات: ۳۵-۴۱.
- 6-Albrecht S, Dore D, Naugle A. common behavioral ailemmas of the school age child. The pediatric clinics of North America 2003;5. pp: 841-857
- ۷- کوشان، حسن، و شانی، حمیدرضا. بررسی شیوع اختلالات رفتاری و عوامل خانوادگی موثر در کودکان سن دبستان شهر سبزوار. اسرار. ۱۳۸۰. سال هشتم شماره ۴. صفحات: ۴۰-۴۶.
- ۸- مرندی و همکاران. سلامت و جمهوری اسلامی ایران. چاپ سوم یونسف: WHO. ۱۳۸۰.
- ۹- بنی هاشم، عبدا... تالاسمی و جامعه. سمینار دو روزه جهانی تالاسمی. مشهد. ۱۳۸۰.
- ۱۰- داستان نریمان، درسا، تولیت، علیرضا. تالاسمی (جلد ۳۹ از مجموعه کتاب سبز). تهران: انتشارات حیان، ابصالح. ۱۳۸۲.
- ۱۱- کراتوچویل، توماس، موریس، ریچارد. روانشناسی بالینی کودک (روشهای درمانگری) ترجمه: محمدرضا نائینیان و همکاران. چاپ دوم. تهران: انتشارات رشد. ۱۳۸۱.
- 12-Behramn R, Klicgman R, Jenson H. Nelson textbook of pediatric. Vol (1). 17 th ed. Philadelphia: saunders inc. 2004.
- 13-Aydinok yesim, et al. Psychosocial tmplication. F thalassemia major pediatrics international. 2005: 47(1).pp: 84-89.
- ۱۴- خرسند، محبوب، برادران رضایی، مهین، امامی مقدمه، زهرا، کوشافر، حسینی. بررسی رشد روانی- اجتماعی کودکان سن دبستان مبتلا به تالاسمی در مقایسه با کودکان سالم در شهر مشهد. فصلنامه اصول بهداشت روانی. ۱۳۸۲. سال پنجم. شماره ۱۷ و ۱۸. صفحات: ۲۶-۳۳.
- 15- Leblanc L, Goldsmith T, Patel D. Behavioral aspect of chronic illness in children and adolescent. Pediatr clin N Am 2003;50. pp: 859-878.
- 16- Yehc, Wong Y. Competence of and Emotional Behavioral problem in pediatric oncology patient in Taiwan. Cancer Nursing 2004: 27(5).pp: 413-422.
- 17- Kools S, etal. Psychosocial Functioning of hospitalized Chinese Adolescent and their famillics. Journal of pediatric Nursing. 2004. 19(2)
- ۱۸- سیف نراقی، مریم، نادری، عزت ا... اختلالات رفتاری کودکان و روشهای اصلاح و ترمیم آن. تهران: تحقیقات و انتشارات بدر. ۱۳۷۹.
- ۱۹- موحد پور، زهرا، دهقانی، خدیجه، یاسینی اردکانی. بررسی میزان نامیدی و اضطراب در نوجوانان مبتلا به تالاسمی مازور، مجله تحقیقات پزشکی. ۱۳۸۲، دوره ۲ شماره ۱، صفحات: ۴۵-۵۲.

Comparing school age thalassemia children's behavioral problem referring to children center in Rasht with their healthy classmates

By: Meskiny Ghanakbary.F. MSN, Chehrzad. M. M. MSN, Mahmodi. H. MSN

Abstract:

Introduction: Noting children's behavioral problem, which formats major forms of children psycho-pathology in all culture and human communities, is very important because most adult behavioral disorder originates from primary experiences in childhood. Behavioral problem have different reasons and one of these reasons are chronic physical illnesses such as major β -thalassemia. Better recognition of thalassemic children's behavioral problem is the foundation for effective health care planes and prevention of prolonged psycho-behavioral problem in future.

Objective: This research was conducted to compare school-age thalassemic children's behavioral problem with their healthy classmates.

Methods: This is comparative – descriptive study that 50 children with thalassemia referred to children Hospital in Rasht and 100 peers with their mothers participated. Data collection tool was a questionnaire including two sections: the first part including demographic characteristics of thalassemic and healthy children and parents, and second part included child behavioral checklist in parent-report that was completed by the mother of the patient. Analysis of Data was done by descriptive statistics (mean and standard deviation) and deductive statistics (χ^2 – test).

Results: Research findings showed that most of suitable behavior at samples research in thalassemic group (100%) related to sexual problem and other problem and in health group (100%) related to social problem, delinquent behavior, aggressive behavior somatic complaints, anxiety/depression, though problem, Sexual and other problem. Results showed that there was significant statistical difference between the two groups in behavioral problem at social problem ($P < 0.0001$), aggressive behavioral ($P < 0.00001$) Attention problem ($P < 0.03$), somatic complaint ($P < 0.01$), Anxiety/depression ($P < 0.0001$) withdrawn ($P < 0.0001$).

Conclusion: Results showed that most of samples in thalassemic group (94%) and healthy group (100%) had suitable behavior and statistical χ^2 – test showed significant difference in behavioral problem between the two groups. As well between behavioral problem and demographic characteristics except father age.

Kay word: Behavior disorders, Beta- Thalassemia, students