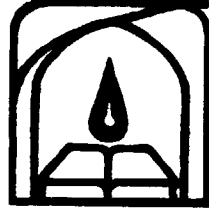


۳۹۴
۳۹۳

۳۹۱۱۳



۱۳۸۰ / ۳ / ۲۰



دانشگاه تربیت مدرس

دانشکده علوم پزشکی

پایان نامه جهت دریافت دانشنامه کارشناسی ارشد در رشته آموزش پرستاری

«گرایش بهداشت جامعه»

عنوان:

بررسی تأثیر روش بحث گروهی بر میزان تصویر
ذهنی نوجوانان تالاسمی شهرستان شهرکرد در
سال ۱۳۷۹.

نکارش:

سیمین طهماسبی

012953

استاد راهنما:

جناب آقای دکتر غفرانی پور

استاد مشاور:

جناب آقای رواقی

۱۳۷۹

۳۹۱۱ع

«فرم تأییدیه اعضای هیأت داوران مندرج در پایان نامه کارشناسی ارشد»

بدینوسیله پایان نامه کارشناسی ارشد خانم / آقای سیمین طهماسبی

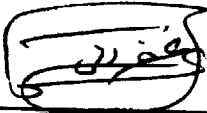
گرایش: **پوداشت جامعه**

رشته: آموزش پرستاری

تقدیم می شود. اینجانبان نسخه نهائی این پایان نامه را از نظر فرم و محتوی بررسی و تأیید کرده و پذیرش آنرا برای تکمیل درجه کارشناسی ارشد پیشنهاد می کنیم.

نام و نام خانوادگی و امضاء اعضای هیأت داوران:

جناب آقای دکتر فضل اله غفرانی پور (استاد راهنما)

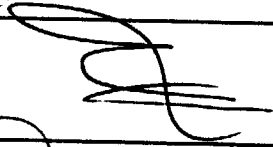


جناب آقای دکتر رواقی (استاد مشاور)

سرکار خانم دکتر منیره انوشه (نماینده تحصیلات تکمیلی)

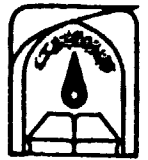


سرکار خانم دکتر منیرالسادات سیدباقر مداح (استاد ناظر)



جناب آقای دکتر انوشیروان کاظم نژاد (استاد ناظر)





بسمه تعالی

آیین نامه چاپ پایان نامه (رساله) های دانشجویان دانشگاه تربیت مدرس

نظر به اینکه چاپ و انتشار پایان نامه (رساله) های تحصیلی دانشجویان دانشگاه تربیت مدرس، مبین بخشی از فعالیتهای علمی - پژوهشی دانشگاه است بنابراین به منظور آگاهی و رعایت حقوق دانشگاه، دانش آموختگان این دانشگاه نسبت به رعایت موارد ذیل متعهد می شوند:

ماده ۱ در صورت اقدام به چاپ پایان نامه (رساله) ی خود، مراتب را قبلاً به طور کتبی به «دفتر نشر آثار علمی» دانشگاه اطلاع دهد.

ماده ۲ در صفحه سوم کتاب (پس از برگ شناسنامه)، عبارت ذیل را چاپ کند:
«کتاب حاضر، حاصل پایان نامه کارشناسی ارشد / رساله دکتری نگارنده در رشته ^{کیمیا} کوزر می باشد است که در سال ۱۳۷۹ در دانشکده ^{کیمیا} علوم تربیتی دانشگاه تربیت مدرس به راهنمایی سرکار خانم / جناب آقای دکتر محرابی پور، مشاوره سرکار خانم / جناب آقای دکتر رزاقی و مشاوره سرکار خانم / جناب آقای دکتر — از آن دفاع شده است.»

ماده ۳ به منظور جبران بخشی از هزینه های انتشارات دانشگاه، تعداد یک درصد شمارگان کتاب (در هر صورت چاپ) را به «دفتر نشر آثار علمی» دانشگاه اهدا کند. دانشگاه می تواند مازاد نیاز خود را به نفع مرکز نشر در معرض فروش قرار دهد.

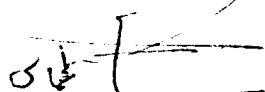
ماده ۴ در صورت عدم رعایت ماده ۳، ۵۰٪ بهای شمارگان چاپ شده را به عنوان خسارت به دانشگاه تربیت مدرس، تأدیه کند.

ماده ۵ دانشجوی تعهد و قبول می کند در صورت خودداری از پرداخت بهای خسارت، دانشگاه می تواند خسارت مذکور را از طریق مراجع قضایی مطالبه و وصول کند؛ به علاوه به دانشگاه حق می دهد به منظور اسفای حقوق خود، از طریق دادگاه، معادل وجه مذکور در ماده ۴ را از محل توقیف کتابهای عرضه شده نگارنده برای فروش، تأمین نماید.

ماده ۶ اینجانب سید علی محمدی دانشجوی رشته کوزر می قطعاً در ستاد علمی این دانشگاه تعهد فوق و ضمانت اجرایی آن را قبول کرده، به آن ملتزم می شوم.

نام و نام خانوادگی: سید علی محمدی

تاریخ و امضا:



۷۹/۱۲/۶

تقدیم به:

پدر و مادر بزرگوارم

که با صفای باطن و قلبی آکنده از عشق و محبت در
تمام مراحل زندگی دلسوز و راهنمای من بوده‌اند.

همسر صبور و مهربانم

که شکیبایی و همدلیش موجب ثبات قدم گردید و در
به پایان رساندن این مجموعه مرا یاری نمود.

خانوادهٔ ممتازم همسرم

که دعای گرمشان بدرقهٔ راهم بود.

خواهر دلسوز و برادران عزیزم

که در تمام مراحل زندگی حامی و یاور من بوده‌اند.

و همهٔ آنهایی که به من آموختند.

تشکر و قدردانی

سپاس و شکر خدای را، که در تن خاکی ما روح الهی دمید.
بدینوسیله بر خودم لازم می‌دانم از کلیه کسانی که در طی
تحصیل و نگارش پایان نامه، مرا یاری نموده‌اند، تشکر و قدردانی
نمایم.

از استاد محترم راهنما، **جناب آقای دکتر غفرانی پور**، به
خاطر دقت نظر و همکاری بی دریغ در تمام مراحل تحقیق، کمال
تشکر را دارم.

نیز از استاد محترم مشاور، **جناب آقای رواقی**، به خاطر
راهنمایی‌های ارزنده شان در امر تحقیق، تشکر و قدردانی می‌نمایم.
از کلیه اساتید و مربیان محترم گروه پرستاری دانشکده علوم
پزشکی دانشگاه تربیت مدرس، به خاطر همکاری صمیمانه شان
در امر تحقیق و تحصیل تشکر می‌نمایم.

از همکاری صمیمانه **جناب آقای دکتر کاظم نژاد** در تدوین
پایان نامه کمال تشکر را دارم.

از همکاری سرکارخانم دریس و خانم واحدی نیز کمال تشکر
را دارم.

و در خاتمه از پرسنل و کلیه بیماران بخش تالاسمی شهرستان
شهرکرد که در مراحل علمی پژوهش از همکاری صمیمانه شان
برخوردار بودم تشکر می‌نمایم.

فلامه پژوهش:

این پژوهش یک تحقیق نیمه تجربی (quasi - experimental) از نوع آزمون مقدماتی نهایی از نوع مقطعی با هدف تعیین و بررسی تأثیر روش بحث گروهی بر میزان تصویر ذهنی نوجوانان ۱۱-۱۸ سال مبتلا به تالاسمی در شهرستان شهرکرد میباشد.

واحدهای مورد پژوهش در این تحقیق ۳۵ نوجوان تالاسمیک ۲۱ نفر دختر و ۱۴ پسر می باشند. انتخاب نمونه‌ها به صورت غیر تصادفی (تمام شماری) است. ابزار گرد آوری پژوهش پرسشنامه‌ای دو بخشی می باشد: بخش اول اطلاعات دموگرافیک و بخش دوم شامل ۵۲ سؤال در ارتباط با تصویر ذهنی خود نوجوانان می باشد که از پرسشنامه آفر اقتباس شده است.

قبل از مداخله در مراحل پیش آزمون میزان تصویر ذهنی این نوجوانان اندازه گیری شد. آنگاه برنامه بحث گروهی طی ۸ جلسه برای واحدهای پژوهش اجرا گردید، سپس بلافاصله و یکماه بعد از مداخله مجدداً میزان تصویر ذهنی واحدهای پژوهش کنترل و مقایسه گردید.

نتایج حاصل از پژوهش با بکارگیری آزمون تی زوجی، تی تست و آنالیز واریانس نشان داد که میزان تصویر ذهنی در پیش آزمون $180/1 \pm 7/66$ بود که در پس آزمون اول $187/9 \pm 5/19$ و در پس آزمون دوم (یکماه بعد) به $187/83 \pm 5/6$ افزایش یافت ($P < 0.000$) با توجه به این نتیجه بکارگیری روش بحث گروهی به عنوان یک روش مناسب در بهداشت روانی بیماران مزمن از جمله تالاسمی پیشنهاد می گردد.

واژگان کلیدی: نوجوان مبتلا به تالاسمی، تصویر ذهنی، روش بحث گروهی

.....چکیده:

فصل اول: معرفی پژوهش

۱-۱-۱-۱ مقدمه..... ۱

فصل دوم: چارچوب پنداشتی و مروری بر مطالعات

۱-۲-۱ چارچوب پنداشتی..... ۱۱

۱-۱-۱-۲-۱ تالاسمی..... ۱۱

۱-۱-۱-۲-۲ بتا تالاسمی..... ۱۲

۱-۱-۲-۲-۱ پاتوزنز سلولی..... ۱۳

۱-۱-۲-۲-۳ بتا تالاسمی مینور..... ۱۳

۱-۱-۲-۲-۴ بتا تالاسمی ماژور..... ۱۴

۱-۲-۲-۱ تصویر ذهنی..... ۱۵

۱-۲-۲-۱-۱ مفهوم خود..... ۱۶

۱-۲-۲-۲-۱ ابعاد خود پنداری..... ۱۹

۱-۲-۲-۲-۳ ویژگی های خود..... ۲۰

۱-۲-۲-۲-۴ تکامل خود روانشناختی..... ۲۱

۱-۲-۲-۵-۱ هویت جنسی..... ۲۳

۱-۲-۲-۶-۱ خود خانوادگی..... ۲۴

۱-۲-۲-۷-۱ خود اجتماعی..... ۲۶

۱-۲-۲-۸-۱ آسیب شناسی روانی نوجوانان..... ۲۸

۱-۳-۲-۱ بحث گروهی و پویایی گروه..... ۳۲

۱-۳-۲-۱-۱ گروه..... ۳۲

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۳۵	۲-۱-۳-۲. تاریخچه پویایی گروه
۳۷	۲-۱-۳-۳. دینامیک گروه
۳۸	۲-۱-۳-۴. تغییر در گروه
۴۲	۲-۲. مروری بر مطالعات

فصل سوم: اهداف پژوهش

۴۹	۱-۳. اهداف پژوهش
۴۹	۱-۱-۳. هدف کلی:
۴۹	۲-۱-۳. اهداف ویژه:
۴۹	۲-۳. فرضیه پژوهش:
۴۹	۳-۳. تعریف واژه‌ها و اصطلاحات پژوهش:
۵۰	۱-۳-۳. بحث گروهی
۵۰	۲-۳-۳. تصویر ذهنی
۵۰	۳-۳-۳. تالاسمی
۵۰	۴-۳-۳. نوجوانی
۵۱	۴-۳. پیش فرضهای پژوهش
۵۲	۵-۳. ابزار گردآوری اطلاعات
۵۲	۱-۵-۳. آزمون اقتباس یافته از آزمون آفر.
۵۲	۲-۵-۳. ابزار گردآوری اطلاعات دموگرافیک
۵۲	۴-۵-۳. روش اجرای آزمون
۵۳	۵-۵-۳. اعتبار و اعتماد علمی
۵۴	۶-۳. محدودیتهای پژوهش

صفحه	عنوان
۵۳	۷-۳. نوع پژوهش
۵۳	۸-۳. جامعه پژوهش
۵۱	۹-۳. نمونه پژوهش
۵۳	۱۰-۳. مشخصات واحدهای پژوهشی
۵۴	۱۱-۳. محیط پژوهش
۵۴	۱۲-۳. روش کار
۵۵	۱۳-۳. روش تجزیه و تحلیل داده‌ها
۵۵	۱۴-۳. ملاحظات اخلاقی

فصل چهارم: تجزیه و تحلیل داده‌ها

۵۸	۱-۴. بیان یافته‌ها و حداول پژوهش
۸۱	۲-۴. بحث و بررسی یافته‌ها
۸۳	۳-۴. نتیجه‌گیری نهایی:
۸۵	۴-۴. پیشنهادات
۸۵	۱-۴-۴. کاربرد نتایج پژوهش
۸۶	۲-۴-۴. پیشنهادات براساس یافته‌های پژوهش
۸۶	۳-۴-۴. پیشنهادات برای پژوهشهای بعدی
۸۹	فهرست منابع:
	ضمائم
۹۸	ضمیمه شماره ۱

صفحه

عنوان

۱۰۱ضمیمه شماره ۲

۱۰۵ضمیمه شماره ۳

.....چکیده انگلیسی

فصل اول:

معرفی پژوهش

فصل اول- معرفی پژوهش:

توجه به کودکان و نوجوانان سرمایه‌گذاری برای آینده مملکت است بنابراین هرگونه اقدامی در جهت توجه به کودکان و نوجوانان گامی برای بوجود آوردن مهمترین ساخت و بهترین بافت اجتماعی در آینده است [۱] اگر لحظه‌ای به این واقعیت بیندیشیم که فردای جهان در دست کودکان و نوجوانان امروز است و قریب نیمی از جمعیت اکثر کشورهای جهان سوم در سنین زیر هجده سال می‌باشد و بیش از سه چهارم از جمعیت دنیا متعلق به جهان سوم است، توجه به این افراد به ویژه در کشورهای جهان سوم اهمیت بیشتری پیدا می‌کند [۲] برای دستیابی به این هدف لازمست سلامت و حقوق آنها در صدر موضوعهای مورد بحث قرار گیرد. باید با اجرای موازین بهداشتی و سرمایه‌گذاری در زمینه تغذیه و بهداشت جسم و روان، سلامت این افراد را تضمین نمود، عدم سرمایه‌گذاری در این امر در دهه جاری سبب وجود هزاران فرد با معلولیت‌های جسمی و روانی خواهد شد [۳] پس این سرمایه‌گذاری نه تنها باید در زمینه پیشگیری از ایجاد بیماری و معلولیت باشد، بلکه باید در زمینه ارتقاء سطح سلامت جسمانی و روانی بیماران مزمن نیز صورت بگیرد، تخمین زده می‌شود که حدود ده الی پانزده درصد تمامی کودکان در حال حاضر از نوعی بیماری مزمن در رنج هستند و وجود پیشرفتهای تکنولوژیکی در درمان عمر این بیماران طولانی‌تر شده، بطوریکه بسیاری از آن نیازمند روشهای درمانی مداوم جهت ادامه بقاء خود گشته‌اند [۴]

براساس تقسیم بندی سازمان بررسی سلامت بین المللی^(۱)، یکی از سیستمهایی که گرفتاری آن باعث بروز بیماریهای مزمن در فرد می‌شود، دستگاه خون ساز می‌باشد.

این سیستم شامل خون و بافتهای سازنده خون می‌باشد و هرگونه اختلال در این سیستم می‌تواند باعث تغییرات وسیعی در عملکرد هر نقطه از بدن شود [۵]

یکی از عواملی که باعث گرفتاری دستگاه سیستم خون ساز بصورت مزمن می‌شود، عوامل ژنتیکی است. عوامل ژنتیکی مرموزانه پس از تولد و گاهی قبل از تولد در قالب یک بیماری خاص ظهور کرده و کودک را برای همیشه مبتلا می‌سازد. بیماریهای ارثی پس از بیماریهای عفونی و

تغذیه‌ای شایعترین بیماریهای بشر امروزی هستند. ۵-۷ درصد کودکانی که در بیمارستانهای آموزشی بستری می‌شوند، دچار یکی از انواع بیماریهای ارثی هستند [۶] و تالاسمی ماژور که یکی از شدیدترین کم‌خونی‌های همونیتیک مادرزادی است یکی از بیماریهاست [۷] که از طریق اتوزوم مغلوب انتقال یافته که در آنها اختلال در سنتزیکی (یا بیشتر) از زنجیره‌های هموگلوبین وجود دارد که بوسیله رنگ پریدگی، زردی و خونسازی خارج از مغز استخوان کبد و طحال مشخص می‌شود. علائم بیماری تا نیمه دوم سال اول زندگی زمانی که هموگلوبین بالغین جایگزین آن شده باشد. ظاهر نمی‌شود، و با ناتوانی سیستم خونساز، میزان هموگلوبین به کمتر از ۵ گرم در ۱۰۰ می‌رسد که از آن هنگام فرد نیاز به تزریق خون پیدا می‌کند. [۸]

این کم‌خونی برای نخستین بار توسط دکتر کولی^(۱) در سال ۱۹۲۵ شناخته شد وی اختلالی را که شامل کم‌خونی مزمن پیشرونده، همراه با بزرگی طحال بود را در نوزادان و کودکان تشخیص داد، البته این بدان معنی نیست که قبلاً بیماری وجود نداشته، بیماری وجود داشته، ولی با کم‌خونیهای دیگر مانند سرطان خون اشتباه می‌شد [۹] که نام تالاسمی توسط وی پل^(۲) در سال ۱۹۶۳ بر بیماری کم‌خونی کولی نهاده شد، مسأله فامیلی بودن بیماری که توسط کولی اظهار شده بود توسط ویتروپ^(۳) پیگیری شد و نیل^(۴) در مورد ژنتیک بودن بیماری تحقیقاتی انجام داد. [۱۰]

تالاسمی برای اولین بار در نزد ایتالیائیا و ساکنین جزیره سیسیل و کشورهای مجاور دریای مدیترانه کشف شد و بعدها بوجود این ناخوشی در آفریقا و خاور دور پی بردند. [۲]

بیماری تالاسمی ماژور حاصل تولید مثل ازدواجهای زوجین ناقل تالاسمی مینور است که احتمال ۲۵ درصد وجود دارد که فرزند این زوج مبتلا به تالاسمی ماژور شود [۱۱] ازدواجهای فامیلی که یکی از دلایل بروز بیماریهای ارثی است در کشور ایران رواج زیادی دارد و طبق تحقیقات انجام شده فراوانی ازدواجهای فامیلی در جمعیت‌های ایران بیشتر از گزارشاتی است که برای جوامع خاورمیانه داده شده است [۱۲] اگر چه تالاسمی در سراسر دنیا یافت می‌شود ولی اشکال خاصی از آن با شیوع بالا در بین بعضی از جمعیتها دیده می‌شود بطور کلی توزیع تالاسمی با توزیع جغرافیایی

1- Cooley

2- Whipple

3- Wintrobe

4- Nill

مالاریا مطابقت دارد و این ارتباط را می توان به این حقیقت نسبت داد که تالاسمی هتروزیگوت مقاومت به مالاریا را افزایش می دهد. [۱۳]

هر ساله ۱۰۰/۰۰۰ کودک مبتلا به تالاسمی در جهان متولد می شوند. در اروپا بیش از ۱۱/۰۰۰ نفر بیمار تالاسمی وجود دارد [۱۴] و شیوع تالاسمی ماژور $\frac{1}{۱۰۰۰}$ تولد تخمین زده می شود. [۱۵]

تالاسمی ماژور در کشورهای حوزه مدیترانه، خاورمیانه، هند و جنوب آسیا بیشتر دیده می شود و اینگونه به نظر می آید که ایران به نسبت یکی از گرفتارترین کشورهای منطقه در رابطه با تالاسمی ماژور می باشد بطور مثال در سال ۱۳۷۲ در هند با جمعیت یک میلیارد نفری، بیست تا سی هزار نفر مبتلا، ایتالیا هفت هزار نفر، عربستان هزار و دویست نفر، قبرس هفتصد و پنجاه نفر و ایران پانزده هزار نفر بوده است [۱۶] که این رقم در سال ۱۳۷۷ به بالغ بر بیست هزار نفر رسیده است [۱۷] در حالیکه سالانه حدود هزار پانصد نفر به این تعداد افزوده می شود، در واقع هر شش ساعت یک کودک یا به گفته ای روزانه چهار کودک مبتلا به تالاسمی ماژور در ایران متولد می شود [۱۶]، تالاسمی دیگر بیماری دوره کودکی محسوب نمی شود و با در اختیار قرار دادن سرویسهای بهداشتی - درمانی مناسب به این بیماران آنها به خوبی تا بعد از نوجوانی و بلوغ نیز زنده می مانند و بیماری تالاسمی در دوره نوجوانی شایع است. [۱۸] هشتاد پنج درصد از کل مبتلایان در کشور، در گروه سنی زیر هجده سال قرار دارند پس جمعیت مبتلایان به تالاسمی ماژور جمعیت جوان است و در واقع اکثریت این مبتلایان در گروه سنی کودک و نوجوان بسر می برند. [۱۷]

دوره نوجوانی انتقال از کودکی به بزرگسالی است که همراه با تغییرات در زمینه های جسمی، روانی و اجتماعی است، حدود سنی آن دقیقاً مشخص نیست اما از سن یازده سالگی که آغاز بروز صفات ثانویه جسمی است شروع و تا سن هجده سالگی ادامه دارد که یکی از مراحل بحرانی رشد و تکامل است که برای سلامت جسم و روان، فرد باید از مکانیسمهای تطابقی و سازگاری متنوع بطور مناسب استفاده کند تا آسیب نبیند و سالم بماند. [۲۰]

دوران نوجوانی و جوانی حتی برای کسانی که تالاسمی ندارند، لحظاتی حساس در زندگی است نوجوانان مبتلا به بیماری مزمن مانند تالاسمی ناگزیرند در تمام طول زندگیشان تحت مداوای پزشکی باشند و ادامه زندگی آنها وابسته به تیم پزشکی است. ویزیت های منظم بیمارستان و