خون
فصلنامه پژوهشی
دوره ۱۰ شماره ۴ زمستان ۹۲ (۳۹۳-۳۸۷)

مقاله پژوهشی

# ارتباط بین سلامت روان کودکان مبتلا به تالاسمی و مکانیسم‌های مدارای مادرانشان

فروزان بهروزیان[۱]، ناهید خواجه موگهی[۲]، آزاده ضیایی کجباف[۳]

## چکیده

### سابقه و هدف

بتا تالاسمی ماژور یک بیماری خونی مزمن است که تاثیرات نامطلوب روانشناختی بر بیماران و خانواده آن‌ها دارد. والدین، خصوصاً مادران که عموماً مراقبین اول هستند برای روبه رو شدن با استرس‌هایشان، از مکانیسم‌های مدارای متفاوتی بهره می‌گیرند که ممکن است سازگارانه یا ناسازگارانه باشند. هدف اصلی این مطالعه، ارزیابی ارتباط مکانیسم‌های مدارای مادران کودکان مبتلا به تالاسمی با سلامت روان فرزندانشان بود.

### مواد و روش‌ها

در این مطالعه توصیفی ـ مقطعی، از بین بیماران مراجعه کننده به درمانگاه تالاسمی بیمارستان شفای اهواز حاضر به همکاری، ۳۶ بیمار تالاسمی ماژور با دامنه سنی ۱۶-۱۲ سال و مادران آن‌ها(بدون محدودیت سنی) با روش نمونه‌گیری در دسترس، انتخاب شدند. آزمودنی‌ها با ابزارهای پرسشنامه دموگرافیک، پرسشنامه شیوه‌های مقابله‌ای(CSQ)(برای مادران) و آزمون SCL90-R (برای کودکان) مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS ۱۷ و آزمون‌های t و دقیق فیشر مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند.

### یافته‌ها

۹۱/۲٪ از کودکان مبتلا به تالاسمی ماژور، از یک مشکل روانشناختی رنج می‌برند. از بین مادران ۸۰/۵۵٪ آن‌ها، بیشتر از روش‌های مقابله‌ای سازگارانه استفاده می‌کردند. هم چنین یک رابطه همبستگی مثبت بین مکانیسم‌های مدارای ناسازگارانه مادران با مشکلات روانشناختی کودکان آن‌ها به دست آمد(۰/۰۳۳ =p)(۰/۳۵۶ =r).

### نتیجه گیری

برنامه‌ریزی آموزشی با هدف افزایش مهارت‌های مقابله‌ای مادران کودکان مبتلا به تالاسمی، می‌تواند در کاهش مشکلات روانشناختی این کودکان مفید باشد.

**کلمات کلیدی:** تالاسمی ماژور، سلامت روان، کودکان، مادران

تاریخ دریافت: ۹۱/۳/۵
تاریخ پذیرش: ۹۲/۲/۱۷

۱- مؤلف مسؤول: متخصص روانپزشکی ـ استادیار دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز و بیمارستان گلستان ـ کوی گلستان ـ بیمارستان گلستان ـ اهواز ـ ایران ـ کدپستی: ۶۱۳۵۷-۳۳۱۱۸
۲- کارشناس ارشد روانشناسی بالینی ـ مربی گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز ـ اهواز ـ ایران
۳- دانشجوی پزشکی ـ دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز ـ اهواز ـ ایران



[ Downloaded from bloodjournal.ir on 2026-11-19 ]

**مقدمه**

بیماری تالاسمی ماژور، یک اختلال هماتولوژیک و مزمن ناشی از هموگلوبینوپاتی‌ها است و شایع‌ترین بیماری ژنتیکی در انسان می‌باشد(۲، ۱). ایران با حدود ۲۰۰۰۰ بیمار تالاسمیک و ۳ میلیون ناقل تالاسمی یکی از کشورهای قرار گرفته بر روی کمربند تالاسمی در جهان است و استان خوزستان، یکی از استان‌های گرفتار این بیماری به شمار می‌آید(۴، ۳).

مطالعه‌های مختلف نشان می‌دهد، بیماری‌های مزمن و محدود کننده جسمی از جمله تالاسمی، تاثیر نامطلوبی بر سلامت روان بیمار و خانواده وی می‌گذارند(۶، ۵). نیاز به داروهای خاص، مراقبت‌های پزشکی و نگرانی از مرگ زودرس، باعث احساس یاس و گوشه‌گیری در بیماران می‌شود(۵). در مطالعه انجام شده بر روی بیماران مبتلا به تالاسمی ماژور توسط آیدینوک و همکاران، ۲۴٪ و در مطالعه آیدین و همکاران ، ۳۲٪ از بیماران حداقل از یک اختلال روانپزشکی رنج می‌برند(۷، ۱). در مطالعه نوروزی‌نژاد، شایع‌ترین اختلال روانپزشکی در بیماران تالاسمی، افسردگی عنوان گردیده است(۸). از سوی دیگر، با توجه به پیشرفت‌های درمانی به دست آمده و افزایش طول عمر بیماران، وجوه روانپزشکی این بیماری‌ها و تشخیص و درمان آن‌ها، اهمیت فزاینده‌ای پیدا نموده است(۵). والدین چنین بیمارانی، از آن جا که خود حامل تالاسمی بوده‌اند، خود را مسؤول بیماری فرزندانشان می‌پندارند و علاوه بر سایر مشکلات، باری از احساس گناه، ناامیدی و نگرانی در مورد سلامت و آینده کودکانشان را نیز به دوش می‌کشند(۹، ۷، ۶). واکنش بسیاری از والدین در ابتدا، شوک و ناباوری است و ماه‌ها طول می‌کشد تا مفهوم کامل تشخیص را بپذیرند(۵). مادران به خصوص با کش‌مکش‌های عاطفی فراوانی برای بزرگ کردن کودک مبتلا به تالاسمی مواجهند(۶). ایفای نقش‌های متعدد و چندگانه در درون و بیرون خانه، همراهی با کودک در انجام تمام آزمایش‌های خونی و تزریق‌های خون، مراقبت از کودک و نوجوان مبتلا به تالاسمی و پاسخ به پرسش‌های آنان، از مسایل، مشکلات و فشارهای روانی است که مادران کودکان مبتلا به تالاسمی که عموماً مراقب اول هستند با آن روبه رو می‌باشند(۱۱، ۱۰، ۶).

اگرچه مراقبت از بیماری با بیماری مزمن، ذاتاً با استرس همراه است اما یکی از عواملی که بر روی این استرس تأثیر می‌گذارد، منابع مقابله‌ای فرد مراقب است(۱۲). هیجانات و برانگیختگی فیزیولوژیک ایجاد شده بر اثر موقعیت فشار، شخص را ناچار به اتخاذ تدابیری برای مقابله با آن‌ها می‌کند که تحت عنوان مقابله(coping) از آن‌ها یاد می‌شود. مقابله که در واقع راهی برای پاسخ به فشارهای روانی است، می‌تواند سازگارانه یا ناسازگارانه باشد(۱۳). به بیان دیگر هر چه منابع فرد برای مقابله بهتر باشد، کمتر احتمال دارد گرفتار موقعیت‌هایی شود که در آن‌ها آسیب‌پذیر است(۱۴).

مطالعه‌ها نشان می‌دهد حدود ۱/۵٪ مادران در دو سال اول درمان کودک خود دچار اختلالات عاطفی به خصوص اضطراب و افسردگی می‌گردند(۵). در ایران شیوع افسردگی در مادران بیماران تالاسمی حدود ۲ برابر بیشتر از پدران گزارش شده است(۱۰). افسردگی مادران می‌تواند احساس مسؤولیت آن‌ها را در خصوص نگهداری از فرزندانشان، کاهش دهد و نیز موجب رفتارهای پرخاشگرانه آن‌ها نسبت به کودکان شود(۱۰).

مطالعه نوروزی‌نژاد بر روی والدینی که کودکانشان به بیماری مزمن و خونی مبتلا بودند نشان داد، بیمارانی که از طرف مادر کمتر مورد حمایت قرار گرفته‌اند، دچار مشکلات روانی بیشتری شده‌اند(۸). مطالعه دیگری بر روی بیماری‌های مزمن نشان داد شبکه حمایت‌های اجتماعی مناسب می‌تواند روی سلامت روان کودکان تاثیر مثبت داشته باشد(۱۵). به کارگیری راه‌کارهای حمایتی از جمله آموزش مداوم به خانواده بیماران تالاسمی، نتایج قابل قبولی در بهبود و امید به آینده این بیماران نشان داده است(۱۶). با توجه به مسایل فوق و شیوع بالای تالاسمی در کشور، هم چنین با توجه به مزمن بودن بیماری که تاثیر نامطلوبی بر سلامت روان بیمار و خانواده می‌گذارد و موجب تحمیل هزینه‌های اقتصادی بر خانواده می‌گردد و نیز با توجه به درگیر بودن بیشتر مادران در جامعه ما با مسایل و مشکلات کودکان مبتلا به تالاسمی، پژوهش حاضر درصدد است مکانیسم‌های مدارای مادران کودکان



[ Downloaded from bloodjournal.ir on 2026-11-19 ]

تالاسمی و ارتباط آن‌ها با سلامت روان کودکانشان را مورد بررسی قرار دهد تا در صورت لزوم، راه‌کارهایی جهت اصلاح سبک‌های مقابله‌ای مادران پیشنهاد دهد تا از عوارضی چون کاهش سلامت روانی و به هدر رفتن منابع مالی و انسانی جامعه جلوگیری شود.

## مواد و روش‌ها

مطالعه انجام شده از نوع توصیفی ـ تحلیلی بود. جامعه پژوهش، بیماران مبتلا به تالاسمی ماژور مراجعه‌کننده به درمانگاه تالاسمی بیمارستان شفای اهواز که تنها مرکز اختصاصی بیماران تالاسمی در استان خوزستان است، در سال ۸۹ بودند. از بین کلیه بیماران مبتلا به تالاسمی ماژور با دامنه سنی۱۶-۱۲ سال که توسط فوق تخصص خون تشخیص‌گذاری شده و حداقل یک سال از زمان درمان آن‌ها گذشته بود، ۳۶ نفر حاضر به همکاری بودند و به همراه مادرانشان(بدون محدودیت سنی)، با روش نمونه‌گیری در دسترس و مبتنی بر هدف، وارد مطالعه شدند. افراد با عقب ماندگی ذهنی، اختلال شناختی و یا سایکوز حاد وارد مطالعه نمی‌شدند. پرسشنامه‌ها هم زمان در اختیار مادران و کودکان قرار داده می‌شد. در صورت بی‌سواد بودن افراد، سؤالات برایشان خوانده می‌شد و اطلاعات تکمیلی از پرونده بیماران کسب می‌گردید. پس از توضیح هدف پژوهش و کسب رضایت از آزمودنی‌ها، آن‌ها با ابزار زیر مورد ارزیابی قرار گرفتند:

*۱- فرم ثبت اطلاعات:*

که شامل اطلاعات مادر(اعم از وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، شغل، تعداد فرزندان و سابقه بیماری روانپزشکی) و اطلاعات کودک(جنس، ترتیب ولادت، سن، تحصیلات، مدت شروع بیماری، درمان و نوع درمان، سابقه روانپزشکی در کودک و خانواده درجه یک، سابقه تالاسمی در خواهرها و برادرها) بود.

*۲- پرسشنامه شیوه‌های مقابله‌ای(Coping styles (CSQ Questionnaire:*

پرسشنامه فوق توسط مادران و جهت ارزیابی شیوه‌های مقابله‌ای آنان تکمیل گردید. این پرسشنامه توسط جیم بویرز در سال ۱۹۹۹ تهیه شده و شامل ۲۲ ماده است که ۱۱ ماده آن سازگارانه و ۱۱ ماده دیگر آن ناسازگارانه(کمتر سازگارانه) است. سؤالات شماره زوج، سازگارانه و شماره‌های فرد، ناسازگارانه می‌باشد. به این ترتیب که اگر فرد شرکت‌کننده به تعداد سؤالات زوج بیشتری پاسخ مثبت داده باشد، جزو گروه سازگارانه و بالعکس اگر به سؤالات فرد بیشتر از زوج پاسخ مثبت داده باشد، جزو گروه ناسازگارانه قرار داده می‌شود. نمره ۶ به بالا از ماده‌های ناسازگارانه نشانه شیوه‌های مقابله‌ای ناسازگارانه و ناکارآمد است(۱۷).

*۳- آزمون SCL-90-R:*

آزمون فوق توسط بیماران تکمیل گردید. این آزمون که یکی از پر استفاده‌ترین ابزارهای تشخیصی در ایالات متحده است، توسط درگوتیس و همکارانش در سال ۱۹۷۳ معرفی شد و پس از تجدید نظر، فرم نهایی آن در سال ۱۹۷۶ تهیه گردید. در ایران میرزایی در سال ۱۳۵۸ مطالعه‌ای جهت هنجاریابی انجام داده است(۱۸). آزمون در افراد بالای ۱۱ سال استفاده می‌شود و شامل ۹۰ سؤال است.

این آزمون ۹ بعد مختلف شامل شکایات جسمانی، وسواس و اجبار، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب، خصومت و پرخاشگری، فوبیا، پارانویا و سایکوز را ارزیابی می‌کند. هر یک از سؤالات، از یک طیف ۵ درجه‌ای از میزان ناراحتی که نمره صفر تا چهار(از هیچ تا به شدت) می‌باشد، تشکیل شده است. برای نمره‌گذاری ابعاد نه‌گانه، ابتدا نمره به دست آمده از هر بعد را محاسبه نموده و بر تعداد سؤالات آن بعد تقسیم می‌نماییم. نتیجه باید تا دو رقم اعشار گزارش شود. برای محاسبه ضریب کلی علایم مرضی(GSI)، ابتدا جمع کل نمره‌های به دست آمده از علایم ۹ بعدی و سؤالات اضافی(۷ سؤال باقی‌مانده) را محاسبه نموده، سپس عدد به دست آمده را بر تعداد سؤالات آزمون(۹۰) تقسیم می‌کنیم. نمره حاصل برای GSI محاسبه می‌شود. نقطه برش SCL-90-R برای ضریب کلی علایم مرضی(GSI)، بر اساس مطالعه‌های قبلی



[ Downloaded from bloodjournal.ir on 2026-11-19 ]

در ایران، ۰/۴ منظور شده است(۱۸).

پس از تکمیل پرسشنامه‌ها، داده‌ها بر اساس نرم‌افزار آماری SPSS۱۷ ، با استفاده از آزمایش تی، آزمون دقیق فیشر، روش همبستگی پیرسون و شیوه آماری ANOVA مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. کلیه موارد اخلاقی از جمله توضیح اهداف کار، اخذ رضایت از افراد مورد مطالعه و محرمانه بودن نام افراد رعایت گردید.

## یافته‌ها

در این مطالعه ۳۶ بیمار مبتلا به تالاسمی و مادران آن‌ها شرکت داشتند. از ۳۶ بیمار مبتلا به تالاسمی ماژور با دامنه سنی ۱۶-۱۲ سال، ۵۰٪ دختر(۱۸ نفر) با میانگین سنی ۱۴/۳۳ و انحراف معیار ۱/۵۷ سال و ۵۰ ٪ پسر(۱۸نفر) با میانگین سنی۱۴/۲۷ و انحراف معیار ۱/۶۷سال بودند که ۵۲/۷۷ درصدشان در مقطع راهنمایی(۱۹ نفر) و ۴۷/۲۲ درصد(۱۷ نفر) در مقطع دبیرستان مشغول به تحصیل بودند. میانگین مدت شروع بر حسب سال ۱۲/۶۹ با انحراف معیار ۱/۷۵ سال بود. در هیچ یک از کودکان و خانواده درجه یک آن‌ها سابقه بیماری روانپزشکی به دست نیامد(جدول ۱).

نتایج حاصل از بررسی سلامت روان کودکان مبتلا به تالاسمی با استفاده از SCL-90R نشان داد، تنها ۸/۳٪ از کودکان GSI کمتر از ۰/۴ داشتند، این امر بدین معناست که ۸/۳٪ از کودکان از سلامت روانی برخوردار بوده‌اند. ۹۱/۶٪ کودکان با GSI بالاتر از ۰/۴ ، دچار مشکلات روانی بوده‌اند و فراوانی مشکلات روانی در دخترها اندکی بیشتر از پسرها به دست آمد(جدول ۲).

میانگین GSI در پسرها ۱/۰۵۷ با انحراف معیار ۰/۲۳ و در دخترها ۰/۷۷ با انحراف معیار ۰/۲۰ به دست آمد.

ارتباط معناداری بین سلامت روان کودکان مبتلا به تالاسمی ماژور با جنس، سن، میزان تحصیلات مادران آن‌ها و تعداد فرزندان خانواده به دست نیامد.

**جدول ۱: وضعیت تاهل، تحصیلات و تعداد فرزندان مادران بیماران مورد مطالعه**

| مشخصات مادران بیماران مورد مطالعه | | فراوانی | درصد |
|---|---|---|---|
| وضعیت تاهل | متاهل | ۳۵ | ۹۷/۳۳ |
| | مطلقه | ۱ | ۲/۷۷ |
| تحصیلات | بی‌سواد | ۵ | ۱۳/۸ |
| | ابتدایی | ۵ | ۱۳/۸ |
| | زیر دیپلم | ۹ | ۲۵ |
| | دیپلم و بالاتر | ۱۷ | ۴۷/۴ |
| تعداد فرزندان | ۱-۲ | ۱۲ | ۳۳/۴ |
| | ۳-۴ | ۱۸ | ۴۹/۹ |
| | ۵-۶ | ۵ | ۱۳/۹ |
| | ۷ و بالاتر | ۱ | ۲/۸ |

بین مکانیسم‌های مدارای مادران با وضعیت تاهل، میزان تحصیلات، وضعیت اشتغال و تعداد فرزندان ارتباط معناداری به دست نیامد.

نتایج حاصل از بررسی شیوه‌های مقابله‌ای مادران نشان داد؛ ۸۰/۵۵٪ (۲۹ نفر) از مادران، از شیوه‌های مقابله‌ای سازگارانه استفاده می‌کنند و ۱۹/۴۴٪ (۷ نفر) از مادران، بیشتر از روش‌های مقابله‌ای ناسازگارانه استفاده می‌کنند. در گروه ناسازگارانه حداقل نمره دریافتی ۷ و حداکثر ۹ ، با میانگین ۷/۵۷ و انحراف معیار ۰/۷۸ به دست آمد.

هم چنین با استفاده از روش همبستگی پیرسون(۰/۳۵۶ =r) با (۰/۰۳۳ =p) ، همبستگی مثبت بین شیوه‌های

**جدول ۲: توزیع فراوانی نمره GSI کودکان مبتلا به تالاسمی بر اساس جنسیت**

| جنسیت | پسر | | دختر | | جمع کل | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| نمره GSI | تعداد | درصد | تعداد | درصد | تعداد | درصد |
| ۰/۳۹ و کمتر(بدون مشکل) | ۲ | ۱۱/۱ | ۱ | ۵/۵ | ۳ | ۸/۳ |
| ۰/۴ و بالاتر(دارای مشکل) | ۱۶ | ۸۸/۸ | ۱۷ | ۹۴/۴ | ۳۳ | ۹۱/۶ |
| جمع کل | ۱۸ | ۱۰۰ | ۱۸ | ۱۰۰ | ۳۶ | ۱۰۰ |



[ Downloaded from bloodjournal.ir on 2026-11-19 ]

مقابله‌ای ناسازگارانه مادران و مشکلات روانی کودکان آن‌ها به دست آمد و این بدین معناست که کودکان مادرانی که از شیوه‌های مقابله‌ای ناسازگارانه استفاده می‌کردند، مشکلات روانی بیشتری داشتند.

## بحث

نتایج حاصل از مطالعه حاضر نشان داد ۹۱/۶٪ از کودکان مبتلا به تالاسمی ماژور، دارای مشکلات روانی هستند. نتایج حاصل از مطالعه‌های قبلی نیز نشان می‌دهد که درصد قابل توجهی از بیماران مبتلا به تالاسمی ماژور از حداقل یک اختلال روانپزشکی رنج می‌برند که این میزان در مطالعه آیدینوک و همکاران در سال ۲۰۰۵ ، ۲۴٪ و در سال ۱۹۹۷، ۸۰٪ عنوان شده است(۷).

مطالعه خانی و همکاران در ایران نشان داد بیماران تالاسمی ماژور به صورت معناداری اختلالات روانپزشکی بیشتری از گروه کنترل دارند(۲). در مطالعه حاضر نسبت به مطالعه‌های مشابه قبلی، درصد بالاتری از مشکلات روانپزشکی به دست آمد. استفاده از درمان‌های چندگانه روان درمانی، شناختی، فردی، گروهی و ... ، در بیماران مبتلا به تالاسمی در کشورهای پیشرفته‌ای که مطالعه‌های فوق در آن‌ها انجام شده، می‌تواند علت کمتر بودن مشکلات روانپزشکی در بیماران آن‌ها باشد. این در حالی است که بیماران مطالعه حاضر یا از چنین امکاناتی بی‌بهره‌اند و یا درصد اندکی از آنان از چنین امکاناتی بهره می‌برند. به نظر می‌رسد استفاده از مراکزی در کلینیک‌های تالاسمی جهت درمان‌های روان‌شناختی می‌تواند مشکلات روانپزشکی این کودکان را کاهش دهد.

مطالعه حاضر هم چنین نشان داد ۸۰/۵۵٪ از مادران، بیشتر از شیوه‌های مقابله‌ای سازگارانه استفاده می‌کنند و ۱۹/۴۴٪ از آن‌ها، بیشتر شیوه‌های مقابله‌ای ناسازگارانه را به کار می‌برند. در مطالعه‌های قبلی، اگر چه درصد مشخصی عنوان نگردیده اما در مطالعه انجام شده روی مادران چینی کودکان مبتلا به سندرم داون، بیشترین مکانیسم‌های مقابله‌ای به کار رفته توسط آن‌ها، اجتناب، اتکا به خود و جستجوی حمایت‌های اجتماعی بود(۱۹). هم چنین در مطالعه انجام شده توسط ساویولو و همکاران در بررسی روش‌های مقابله‌ای مادران کودکان هموفیلی، آن‌ها بیشتر از روش‌های مقابله‌ای سازگارانه استفاده کرده بودند(۹). نتایج حاصل از مطالعه حاضر هم چنین نشان داد بین شیوه‌های مقابله‌ای ناسازگارانه مادران و مشکلات روانی کودکان آن‌ها همبستگی مثبت وجود دارد. یعنی کودکانی که از شیوه‌های مقابله‌ای ناسازگارانه استفاده می‌کردند، مشکلات روانی بیشتری داشتند. هم خوان با مطالعه فوق، مطالعه شپرد نشان داد، استفاده از روش‌های مقابله‌ای سازگارانه‌ای چون جستجوی حمایت‌های اجتماعی، بیشترین پیش‌آگهی مثبت را در رشد کودک و والدینش دارد و استفاده از مکانیسم‌های مقابله‌ای ناسازگارانه اجتنابی، انکار یا پذیرش حداقل تاثیر در این زمینه را دارد و موجب افزایش علایم افسردگی می‌شود(۱۱). هم چنین برخی مطالعه‌ها نشان می‌دهد استفاده از برنامه‌های مشاوره‌ای و حمایتی روان‌شناختی می‌تواند منجر به استفاده بیشتر از راهبردهای مقابله‌ای مشکل مدار(سازگارانه) در مادران بیماران شود(۲۰).

استرس‌های والدین با افزایش فرسودگی، منجر به افسردگی یا اختلالات زناشویی می‌شود. با افزایش استرس‌های خانواده، توجه به سایر کودکان غیر بیمار و نیز ظرفیت درمان کودک بیمار کاهش می‌یابد. استرس‌های روانشناختی هم‌چنین گاها" می‌تواند مستقیما" روی پروسه فیزیولوژیک فرد اثر بگذارد. این وضعیت با ایجاد یک سیکل معیوب، خود می‌تواند با بدتر شدن بیماری کودک بیمار، منجر به تشدید استرس‌های والدین گردد(۲۱). کمک به والدین در متعادل کردن شیوه‌های مقابله‌ای می‌تواند در جلوگیری از این سیکل معیوب و یا شکستن آن نقش حیاتی داشته باشد(۲۱).

پیشنهاد می‌شود در مطالعه‌های آینده بررسی مکانیسم‌های مقابله‌ای والدین در سطحی گسترده‌تر انجام شود. هم چنین پیشنهاد می‌گردد پس از آموزش راهبردهای مقابله‌ای سازگارانه به والدین، نقش آموزش در سلامت کودکان تالاسمی مورد بررسی قرار گیرد.

## نتیجه‌گیری

نتیجه کلی پژوهش حاضر نشان داد بین مکانیسم‌های



[ Downloaded from bloodjournal.ir on 2026-11-19 ]

مـدارای ناسـازگارانه مـادران، بـا مشـکلات روانشـناختی کودکان مبتلا به تالاسمی مـاژور، همبسـتگی مثبـت وجـود دارد بدین معنی کـه مشـکلات روانشـناختی کودکـانی کـه مادرانشـان از مکانیسـم‌هـای مـدارای ناسـازگارانه اسـتفاده مـی‌کننـد بیشـتراز کودکـانی اسـت کـه مادرانشـان از مکانیسم‌هـای مدارای سازگارانه استفاده می‌کنند. از این رو با توجه به نقش بیشتر مـادران و درگیـری بیشـتر آن‌هـا بـا مسایل و مشکلات بیمار مبتلا بـه تالاسـمی مـاژور، وجـود برنامه‌های مشـاوره‌ای روانشـناختی و آمـوزش روش‌هـای مقابله‌ای سازگارانه به آن‌ها اهمیت ویژه‌ای دارد.

**تشکر و قدردانی**

مطالعه فوق برگرفته از پایـان‌نامـه دانشـجویی در دانشـگاه جندی شاپور اهواز است.

## References:

1- Aydin B, Yaprak I, Akarsu D, Okten N, Ulgen M. Psychosocial aspects and psychiatric disorders in children with thalassemia major. Acta paediatr Jpn 1997; 39(3): 354-7.
2- Hosseini Sh, Khani H, Khalilian A, Vahidshahi K. Psychological aspects in young adults with Beta-Thalassemia major, control group. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences 2007; 17(59): 51-60. [Article in Farsi]
3- Ministry of health and medical education. Non communicable Disease program (Brief report 2003). Tehran: Nasher-e-Seda Publications; 2004. p. 7.
4- Latifi SM, Zandian Kh. Survival analysis of b-thalassemia major patients in Khouzestan province referring to Shafa hospital. Jundishapur Scientific Medical Journal 2010; 9(1): 83-91. [Article in Farsi]
5- Kaplan HI, Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of psychiatry. 8th ed. New York: Lippincott Williams & Wilkins. p. 722-818.
6- Keikhaie B, Zandian Kh., Pedram M. Prenatal Diagnosis and Frequency Determination of α, β-Thelassemia, S, D and C Hemoglobinopathies Globin Mutations among Ahwazian Volunteers. Jundishapur Sci Med J 2006; 50: 628-32. [Article in Farsi]
7- Aydinok Y, Erermis S, Bukusoglu N, Yilmaz D, Solak U. Psychosocial implications of Thalassemia Major. Pediatr Int 2005; 47(1): 84-9.
8- Noroozinejad Gh. A surrey on prevalence of depressive symptom and severity among parents of malignant children. Jundishapur Sci Med J 2004; 40: 55-60. [Article in Farsi]
9- Saviolo-Negrin N, Cristante F, Zanon E, Canclini M, Stocco D, Girolami A. Psychological aspects and coping of parents with a haemophilic child: a quantitative approach. Haemophilia 1999; 5(1): 63-8.
10- Sharghi A, Karbakhsh M, Nabaei B, Meysamie A, Farrokhi A. Depression in mothers of children with thalassemia or blood malignancies: a study from Iran. Clin Pract Epidemiol Ment Health 2006; 2: 27.
11- Sheppard M. High thresholds and prevention in children's services: The impact of mother's coping strategies on outcome of child and parenting problems-six month follow-up. Br J Soc Work 2009; 39(1): 46-63.
12- Marriage and Family Encyclopedia. Chronic Illness-Sickness In Historical Context, The Rise Of Chronic Illness, Living With Chronic Illness, Family Caregiving. Available from: http://family.jrank.org/pages/262/Chronic-Illness.html.
13- Rafiee H. [Introduction to Psychology]. Tehran: Arjomand Publication; 2003. p. 126-50.
14- Najarian B, Asghari Moghadam MA, Dehghani M. [Pathological Psychology]. Tehran: Roshd Publications; 1998. p. 36-8.
15- Kuo HT, Peng CT, Tsai MY. Pilot study on parental stress and behavioral adjustment to the thalassemia major disease process in children undergoing iron-chelation in western Taiwan. Hemoglobin 2006; 30(2): 301-9.
16- Sapountzi-Krepia D, Roupa Z, Gourni M, Mastorakou F, Vojiatzi E, Kouyioumtzi A, *et al*. A qualitative study on the experiences of mothers caring for their children with thalassemia in Athens, Greece. J Pediatr Nurs 2006; 21(2): 142-52.
17- Boyers J. Coping styles Questionnaire. In: Davis M. Eshelman EB, Mckay M. The Relaxation & stress reduction workbook. Oakland, CA: New Harbinger Publications; 2000. p. 9-10.
18- Mizaee R. Evaluation of reliability and validity SCL90-R in Iran [dissertation]. Tehran: Tehran University of Medical Sciences; 1980.
19- Low LW, Mackenzie AE. Coping with a child with Down syndrome: the experiences of mothers in Hong Kong. Qual Health Res 2002; 12(2): 223-37.
20- Bottos AM, Zanon E, Sartori MT, Girolami A. Psychological aspects and coping styles of parents with Haemophilic child undergoing a programme of counselling and psychological support. Haemophilia 2007; 13(3): 305-10.
21- Major DA. Utilizing role theory to help employed parents cope with children's chronic illness. Health Educ Res 2003; 18(1): 45-57.



[ Downloaded from bloodjournal.ir on 2026-11-19 ]

*Sci J Iran Blood Transfus Organ 2014; 10(4): 387-393*

***Original Article***

# Relationship of coping mechanism of mothers with mental health of their major thalassemic children

***Behrouzian F.[1,2], Khajehmougahi N.[1], Ziaee kajbaf A.[1]***

[1]*Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran*
[2]*Golestan Hospital, Ahvaz, Iran*

## Abstract

***Background and Objectives***

Beta-thalassemia major is a chronic, hematological disorder with psychological adverse effects on patients and their families. Parents, in particular mothers who are mostly the primary caregiver, are the ones to deal with the stress of their kid thalassemics and use different coping styles either adaptive or maladaptive. The aim of this study is to assess the relationship of coping strategies of mothers with the mental health of their thalassemic children.

***Materials and Methods***

In this cross-sectional study, out of the patients referring to the Thalassemic Clinic of Ahwaz Shafa Hospital, 36 patients with thalassemia major (12-16 y/o) and their mothers were selected by the convenient sampling method. The subjects were assessed using the demographic data questionnaire, the coping styles questionnaire (CSQ) (for mothers), and SCL90-R questionnaire (for children). The data were finally analyzed by the spss software.

***Results***

Out of the total number of the children with thalassemia major, 91.2% suffered from psychosocial problems. Among the mothers, 80.55% more frequently used the adaptive coping styles; a significant positive correlation was found between mothers' maladaptive coping mechanism and psychological problems of their children (p= 0.33)(r= 0.356).

***Conclusions***

Educational planning aimed at increasing the coping skills in mothers with thalassemic children can be useful in decreasing psychological problems of children.

***Key words:*** Thalassemia Major, Mental Health, Children, Mothers

*Received: 25 May 2012*
*Accepted: 7 May 2013*

*Correspondence:* Behrouzian F., MD. Psychiatrist. Assistant Professor of Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences and Golestan Hospital.
Postal code: 3311861357, Ahvaz, Iran. Tel: (+98611) 3743038; Fax: (+98611) 3743038
E-mail: *fbehrouzian@gmail.com*



[ Downloaded from bloodjournal.ir on 2026-11-19 ]