

بررسی تأثیر برنامه آموزشی مبتنی بر الگوی خودمدیریتی بر افسردگی، اضطراب و استرس بیماران سلول داسی شکل (۲۴ هفته پیگیری)

مهرناز احمدی^۱، سعید پورمنصوری^{۲*}

تاریخ دریافت ۱۳۹۴/۰۹/۲۸ تاریخ پذیرش ۱۳۹۴/۱۱/۲۰

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: بیماران سلول داسی شکل در برخورد با عوارض جدی و غیرقابل پیش‌بینی بیماری دچار مشکلات روانی عدیده‌ای می‌گردند که در سازگاری با بیماری آن‌ها را دچار مشکل می‌سازد و منجر به کاهش سطح کیفیت زندگی این بیماران می‌گردد. هدف این مطالعه تعیین تأثیر برنامه خودمدیریتی بر افسردگی، اضطراب و استرس در بیماران مبتلا به بیماری سلول داسی شکل است.

مواد و روش‌ها: نمونه‌های این پژوهش نیمه تجربی را ۶۹ بیمار سلول داسی شکل مراجعه‌کننده به درمانگاه تالاسمی بیمارستان شفا اهواز تشکیل می‌دادند که به روش سرشماری وارد مطالعه شدند. بیماران برنامه خودمدیریتی را با استفاده از الگوی خودمدیریتی SA (بررسی، راهنمایی، توافق، کمک، پیگیری) به مدت ۱۲ هفته دریافت نمودند. میزان افسردگی، اضطراب و استرس بیماران قبل از مداخله، هفته دوازدهم و هفته سی‌وششم با استفاده از پرسشنامه DASS-۲۱ ارزیابی گردید. تجزیه و تحلیل داده‌ها به‌وسیله نرم‌افزار آماری SPSS ویرایش ۱۹ و با استفاده از آمار توصیفی، آزمون‌های تی‌زوجی، ویل‌کاکسون و آزمون اندازه‌های مکرر صورت گرفت.

یافته‌ها: بین میانگین امتیازات افسردگی، اضطراب و استرس قبل و بعد از مداخله تفاوت معنی‌داری مشاهده شد ($p < 0/001$). آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر اختلاف معنی‌داری بین میانگین نمرات افسردگی، اضطراب و استرس در هفته دوازدهم و هفته سی و ششم بعد از مداخله در مقایسه با قبل از مداخله نشان داد ($p < 0/001$).

بحث و نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج این پژوهش برنامه خودمدیریتی در کاهش سطح افسردگی، اضطراب و استرس بیماران مبتلا به بیماری سلول داسی شکل مؤثر بوده است. بنابراین اجرای برنامه‌های خودمدیریتی به‌عنوان یک روش مؤثر در کاهش سطح مشکلات روانی بیماران سلول داسی شکل قابل توصیه است.

کلیدواژه‌ها: خودمدیریتی، افسردگی، اضطراب، استرس، بیماری سلول داسی شکل

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره سیزدهم، شماره دوازدهم، پی‌درپی ۷۷، اسفند ۱۳۹۴، ص ۱۰۴۹-۱۰۳۹

آدرس مکاتبه: دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور اهواز، تلفن: ۰۶۱۳۳۷۳۸۳۳۳

Email: Mer.ahmadi@gmail.com

مقدمه

و بلوچستان، هرمزگان، بوشهر، فارس و به خصوص خوزستان) یافت می‌شود. بر طبق آخرین آمار حدود ۵۰۰ بیمار مبتلا به بیماری سلول داسی شکل ثبت شده در استان خوزستان وجود دارد (۴). افراد مبتلا به بیماری سلول داسی شکل به دلیل تولید گلبول‌های قرمز غیرطبیعی در معرض خطر عوارض کشنده‌ای همچون سکته مغزی، کم‌خونی، اختلال عملکرد ریوی و عوارض وخیمی همچون صدمات مزمن به اندام‌ها هستند اما شایع‌ترین

بیماری سلول داسی شکل^۱ یکی از شایع‌ترین اختلالات ژنتیکی هموگلوبین در سراسر جهان است (۱) و مشخصه اصلی بیماری بروز بحران‌های دردناک به دنبال انسداد عروق است (۲) این بیماری حدود ۱۰۰۰۰۰ نفر در ایالات متحده را درگیر نموده است و یکی از شایع‌ترین بیماری‌های ژنتیکی در این کشور می‌باشد (۳). در ایران نیز این بیماری در استان‌های جنوبی کشور (سیستان

۱ کارشناس ارشد پرستاری، مربی گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور اهواز، اهواز، ایران
۲ واحد نظارت، معاونت درمان، دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور اهواز، اهواز، ایران (نویسنده مسئول)

نداشتند، نشان داد (۳). از سوی دیگر شیوع افسردگی با مواردی همچون پایبندی ضعیف به درمان، اختلال در خواب و بروز بیشتر دردهای روزانه در ارتباط بوده است (۳). اضطراب نیز به‌عنوان یک عامل مؤثر در میزان بروز درد و عامل تقویت‌کننده شدت درد و استرس به‌عنوان یک عامل مستعدکننده بروز درد در بیماران سلول داسی شکل عنوان شده است (۷،۲۱). همچنین بروز مشکلاتی چون عدم تمرکز، فکر خودکشی، بی‌خوابی، بی‌اشتهایی، تحریک‌پذیری، خشم، غم، ترس و غیره در این بیماران گزارش شده است که به‌طور مستقیم با درد مرتبط هستند (۵).

در مدل رفتاری درد متغیرهای زیادی علاوه بر شدت بیماری بر درک افراد از درد تأثیرگذار است دسته‌ای از این عوامل به محیط خانواده و حمایت اجتماعی مربوط می‌شود اما دسته دیگر این عوامل به وضعیت عملکرد افراد، نحوه مقابله با درد و سازگاری روانی افراد مربوط است (۲۲) لذا این بیماران نیاز دارند که چگونگی مدیریت علائم بیماری و کنترل آن را بیاموزند تا بتوانند بر درد و افسردگی و اضطراب و استرس ناشی از آن غلبه نموده و به سطح قابل قبولی از کیفیت زندگی دست یابند (۲۳). مطالعات شرکت در جلسات مشاوره و شرکت در گروه‌های خودمدیریتی را که منجر به یادگیری مهارت حل مسئله و بهره‌مندی از تجرب دیگران می‌شود، جهت بهبود مشکلات روحی و روانی در این بیماران مؤثر دانسته‌اند (۵،۶،۱۲،۱۹،۲۲).

خودمدیریتی اشاره به روندی دارد که در آن بیماران نقش فعالی در سلامتی و رفاه خود دارند و دربرگیرنده مهارت‌ها، نگرش‌ها و توانایی‌هایی است که افراد جهت مقابله با یک بیماری مزمن نیازمند آن هستند (۲۴). درواقع مداخلات خودمدیریتی آگاهی‌های لازم را در اختیار بیماران قرار می‌دهد و آن‌ها را تشویق به فراگیری و یا بهبود مهارت‌های سازگاری مؤثر جهت کاهش علائم و دستیابی به یک کیفیت زندگی بهتر می‌کند (۲۵).

مطالعات نشان داده است که وقتی بیماران و مراقبین سلامتی با هم اهداف را برنامه‌ریزی می‌کنند و وقتی بیماران در داخل گروه‌ها به مهارت‌های مدیریت بیماری دست می‌یابند دانش و اعتمادبه‌نفس آن‌ها افزایش می‌یابد و وضعیت سلامت جسمی و روحی روانی آن‌ها ارتقاء یافته و کیفیت زندگی آن‌ها بهبود می‌یابد و آن‌ها کم‌تر از سرویس‌های سلامتی استفاده می‌کنند (۲۶-۲۸). شواهد زیادی وجود دارد که تأکید می‌کند خودمدیریتی نتایج سلامتی را در بیماری‌های مزمن و بیماران سلول داسی شکل بهبود می‌بخشد (۲۷-۳۱). مطالعات متعددی نیز در زمینه اثربخشی برنامه‌های خودمدیریتی در کاهش سطح افسردگی، اضطراب و

مشکلات بیماران که به دنبال ایسکمی بافتی ایجاد می‌شود درد در ناحیه شکم، قفسه سینه، کمر و مفاصل است (۵) که بیشترین علت مراجعه به اورژانس و بیمارستان جهت دریافت مراقبت‌های پزشکی در این بیماران می‌باشد (۳-۶).

اگرچه بیماران سلول داسی شکل مرگومیر بالایی را در سنین جوانی تجربه می‌کنند با این حال استفاده از آنتی‌بیوتیک‌های پیشگیری‌کننده مانند پنی‌سیلین، واکسیناسیون و درمان‌های کاهنده شدت بیماری مانند هیدروکسی اوره (۷) باعث شده است میانگین طول عمر این بیماران تا حد سن ۵۰ سالگی افزایش یابد (۸) اما علی‌رغم افزایش امید به زندگی، کاهش در بعضی حوزه‌های سلامتی در بیماران مشاهده می‌شود. دردهای پیش‌بینی‌نشده و مزمن، مراجعات مکرر به اورژانس و بیمارستان، نداشتن شغل و بیکاری منجر به کاهش اعتمادبه‌نفس، احساس ناامیدی (۹) افسردگی (۹-۱۱)، اضطراب و استرس (۱۰) اختلال در روابط بین فردی و عزت‌نفس پائین (۱۲) و کیفیت زندگی ضعیف (۱۳-۱۶) در این بیماران شده است. مطالعه باکری^۱ و همکاران شیوع بالایی افسردگی، اضطراب و استرس را در بیماران سلول داسی شکل در مقایسه با افراد سالم نشان داد (۱۲). مطالعه سوگوتلو^۲ و همکاران نیز نشان داد ۶۰ درصد از بیماران سلول داسی شکل مبتلا به اضطراب و ۳۷/۵ درصد به افسردگی مبتلا هستند (۱۷) و آنیه^۳ در مطالعه خود نشان داد تقریباً نیمی از بیماران مبتلا به بیماری سلول داسی از علائم افسردگی و احساس نگرانی و اضطراب و تنفر از خود رنج می‌برند (۹). بسیاری از مطالعات نیز کاهش مهارت‌های سازگاری (۱۹،۱۸) را در بیماران سلول داسی شکل نشان داده‌اند. لذا درک جنبه‌های روانی اجتماعی زندگی این بیماران حائز اهمیت است چراکه بیماران در برخورد با عوارض جدی و غیرقابل‌پیش‌بینی بیماری دچار مشکلات روانی اجتماعی عدیده‌ای می‌گردند که در سازگاری با بیماری آن‌ها را دچار مشکل می‌سازد (۵).

شیوع افسردگی در مطالعات گوناگون در بیماران سلول داسی شکل در محدوده ۱۸ تا ۴۴ درصد اعلام شده است (۳،۲۰) که به‌شدت بر کیفیت زندگی بیماران تأثیرگذار بوده و منجر به کاهش سطح کیفیت زندگی در این بیماران گردیده است (۵،۲۰). مطالعه والن^۴ و همکاران (۲۰۱۴) علائم افسردگی را در ۹۷ درصد از بیماران سلول داسی شکل نشان داد. ۲۰/۶ درصد از این بیماران از افسردگی شدید مرتبط با بیماری رنج می‌بردند و حدود نیمی از این بیماران سابقه خودکشی داشتند. همچنین مطالعه آن‌ها شیوع بالای سردرد، بحران‌های درد مرتبط با بیماری و کاهش سطح هموگلوبین را در افراد افسرده در مقایسه با بیمارانی که افسردگی

³ Anie
⁴ Wallen

¹ Bakri
² Sogutlu

استرس در بیماران مزمن انجام شده است (۳۵-۳۲)؛ اما نظر به آنکه تاکنون مطالعه‌ای در زمینه کاربرد این برنامه در کاهش سطح افسردگی، اضطراب و استرس بیماران سلول داسی شکل انجام نشده لذا این مطالعه باهدف تعیین اثر برنامه خودمدیریتی بر افسردگی، اضطراب و استرس بیماران مبتلا به بیماری سلول داسی شکل انجام شد.

بر این اساس فرضیه‌های زیر به محک آزمایش گذاشته شد:

فرضیه اول: برنامه آموزشی مبتنی بر الگوی خودمدیریتی بر کاهش سطح افسردگی بیماران سلول داسی شکل مؤثر است.

فرضیه دوم: برنامه آموزشی مبتنی بر الگوی خودمدیریتی بر کاهش سطح اضطراب بیماران سلول داسی شکل مؤثر است.

فرضیه سوم: برنامه آموزشی مبتنی بر الگوی خودمدیریتی بر کاهش سطح استرس بیماران سلول داسی شکل مؤثر است.

مواد و روش کار

این پژوهش یک مطالعه نیمه تجربی (تک گروهی قبل و بعد) بوده است که در درمانگاه تالاسمی بیمارستان شفا تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور اهواز انجام شده است. این مطالعه توسط کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی اهواز تصویب شده است (کد اخلاق ۷۳۹-ETH) و تمام بیماران رضایت شفاهی و کتبی خود را جهت شرکت در پژوهش اعلام نمودند. معیارهای ورود به مطالعه کلیه افراد مبتلا به بیماری سلول داسی شکل یا سلول‌داسی بتاتالاسمی بالای ۱۸ سال (به دلیل محدود بودن جامعه پژوهش نمونه‌ها مبتنی بر جامعه پژوهش بوده است)، دارای سواد خواندن و نوشتن، دارای قدرت درک زبان فارسی، ساکن شهر اهواز یا برخوردار از امکان حضور در جلسات و عدم ابتلا به بیماری شناخته شده روانی بود. شرکت‌کنندگان در صورت غیبت در جلسات آموزشی فردی و گروهی (یک جلسه غیبت از جلسات اصلی) و عدم رعایت برنامه عملی (در ویزیت‌های ماهیانه مشخص می‌شد) از مطالعه حذف می‌شدند.

جهت دستیابی به نمونه‌ها، پرونده کلیه بیماران مبتلا به بیماری سلول داسی شکل که سن آن‌ها بالای ۱۸ سال بود و در سال‌های ۹۲-۹۰ به درمانگاه تالاسمی بیمارستان شفا اهواز مراجعه نموده بودند که جمعاً ۱۶۸ بیمار بودند استخراج شد. سپس طی تماس تلفنی توضیحاتی در مورد هدف و کلیات پژوهش به بیماران ارائه شد و از آن‌ها جهت شرکت در پژوهش دعوت به عمل آمد، علی‌رغم تماس‌های متعدد به برخی از این بیماران دسترسی پیدا نشد لذا جهت دسترسی بهتر به کل جامعه پژوهش، پژوهشگر به

مدت ۶ ماه از بهمن ۹۱ تا تیر ۹۲ در درمانگاه حضور داشت و از بیماران مراجعه‌کننده به درمانگاه جهت شرکت در پژوهش دعوت به عمل آورد. در این مدت به ۲۷ نفر از بیماران دسترسی پیدا نشد و ۵۹ بیمار نیز به دلیل عدم رضایت جهت شرکت در پژوهش یا دارا نبودن شرایط ورود، به پژوهش راه نیافتند. نهایتاً ۸۲ بیمار واجد شرایط به پژوهش راه پیدا کردند که از این تعداد نیز ۱۳ نفر در طول مدت انجام پژوهش به دلیل عدم شرکت در جلسات آموزشی از مطالعه حذف شدند و ۶۹ بیمار دوره مداخله را تکمیل نمودند. در پیگیری ۲۴ هفته‌ای که بعد از اتمام پژوهش به عمل آمد نیز به ۱۶ نفر دسترسی پیدا نشد بنابراین تجزیه و تحلیل در هفته سی‌وششم با استفاده از ۵۳ نمونه انجام یافت.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها شامل پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک، فرم بررسی رفتارهای سلامتی و پرسشنامه DASS-۲۱ بود که قبل از مداخله، هفته ۱۲ و هفته ۳۶ توسط شرکت‌کننده‌ها تکمیل شد. پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک شامل ۸ سؤال (سن، جنس، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، نوع بیماری، قومیت، شغل و تعداد دفعات بستری به دلیل بحران درد در سال گذشته) بود. فرم بررسی رفتارهای سلامتی حاوی ۱۳ سؤال بود که با استفاده از راهنمایی‌های اساتید صاحب‌نظر تنظیم شد و جهت نیازسنجی و تنظیم اهداف رفتاری مورداستفاده قرار گرفت. پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و فرم بررسی رفتارهای سلامتی پژوهشگر ساخته بودند و جهت تعیین روایی علمی این ابزار از روش اعتبار محتوا استفاده شد. جهت سنجش میزان افسردگی، استرس و اضطراب در بیماران از پرسشنامه DASS-۲۱ استفاده شد. این فرم دارای ۲۱ عبارت می‌باشد که هر یک از سازه‌های روانی افسردگی، اضطراب و استرس را توسط ۷ عبارت متفاوت مورد ارزیابی قرار می‌دهد. این مقیاس توانایی تشخیص و غربالگری نشانه‌های اضطراب، افسردگی و استرس را در طی یک هفته گذشته دارد. نحوه پاسخ‌دهی به پرسش‌ها به صورت ۴ گزینه‌ای است که به صورت خود سنجی تکمیل می‌شود. دامنه پاسخ‌ها از "هیچ‌وقت" تا "همیشه" متغیر است و نمره‌گذاری از "صفر" تا "سه" در نظر گرفته شده است. فرم کوتاه ۲۱ عبارتی توسط لویباند^۱ و لویباند (۱۹۹۵) تهیه و اعتبارسنجی شده است (۳۶) و روایی و پایایی آن در ایران نیز توسط صاحبی و همکاران آزمون شده است (۳۷). در این مطالعه نیز پایایی این ابزار در بیماران سلول داسی شکل با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، بر اساس یک مطالعه پایلوت بر روی ۲۰ تن از بیمارانی که به صورت تصادفی از جامعه پژوهش انتخاب شدند، محاسبه گردید و ضریب آلفا ۰/۸۹ برآورد گردید.

^۱ Lovibond

در این مطالعه از یک الگو تحت عنوان الگوی خود مدیریتی 5A (بررسی، راهنمایی، توافق، کمک و پیگیری)^۱ جهت اجرای برنامه خودمدیریتی در بیماران سلول داسی شکل استفاده شد. این الگو که چارچوب مفیدی را جهت اجرای مداخلات تغییر رفتار مبتنی بر شواهد فراهم می‌آورد توسط ویت لوک^۲ و گلاسگو^۳ ارائه شده است (۳۸،۳۹). این برنامه طی ۵ مرحله به اجرا در آمد.

در مرحله اول با استفاده از فرم بررسی رفتار و نیازسنجی میزان خودآگاهی افراد و شناخت آن‌ها از سطح عملکرد و انتظارات از خود بررسی شد. نتایج آزمایش‌های موجود در پرونده بیماران نیز مورد بررسی قرار گرفت. این بررسی‌ها در نیازسنجی و تنظیم اهداف رفتاری در مراحل بعدی الگو، کمک‌کننده بود.

در مرحله راهنمایی موارد غیرطبیعی مشاهده‌شده در مرحله بررسی به اطلاع بیمار رسید و خطرات سلامتی شناسایی شده در هر یک از بیماران به آن‌ها گوشزد گردید همچنین مزایای تغییر رفتار و ارتباط آن با سلامتی، عواقب عدم کنترل و منافع کنترل بیماری به‌صورت واضح و روشن جهت بیماران بیان شد.

در مرحله توافق از بیماران خواسته شد تا اولویت‌های خود را جهت تغییر در زندگی بیان نمایند، سپس اهداف رفتاری بر اساس نیازهای تشخیص داده‌شده و بر اساس اولویت‌بندی بیماران، تدوین و برنامه‌های عملی جهت هر بیمار طراحی گردید و در چک‌لیست مربوط به برنامه عملی ثبت گردید. سپس از بیماران درخواست شد که وضعیت خود را در چک‌لیست‌های ثبت روزانه به مدت ۱۲ هفته ثبت کنند. علاوه بر این در رابطه با شرکت در سایر جلسه‌های مشاوره فردی و مشاوره گروهی و مراجعه جهت ویزیت‌های ماهیانه بین پژوهشگر و مددجو توافق به عمل آمد. این سه مرحله در یک جلسه تقریباً دوساعته به‌صورت کاملاً فردی جهت هر بیمار انجام شد و مرحله چهارم و پنجم یعنی مراحل کمک و پیگیری به‌طور هم‌زمان از بعد از اجرای این سه مرحله آغاز می‌شدند.

در مرحله کمک در هفته دوم مداخله جهت هر بیمار یک جلسه آموزش انفرادی ترتیب داده شد. در این جلسه درباره بحران درد و تسکین درد با استفاده از درمان‌های خانگی و تکنیک‌های شناختی و رفتاری مقابله با درد شامل آرام‌سازی، تنفس عمیق، فنون منحرف کردن توجه از جمله تصویرسازی ذهنی و تکرار جمله‌های مثبت جهت سازگار شدن با درد به هر بیمار به‌صورت کاملاً انفرادی آموزش داده شد و از بیماران درخواست شد روزانه دو بار هر بار به مدت ۱۰ تا ۱۵ دقیقه تمرینات آرام‌سازی و تنفس عمیق را انجام داده و در چک‌لیست‌های ثبت روزانه ثبت نمایند. همچنین در این جلسه در زمینه استرس، عوامل استرس‌زا و

واکنش‌های فیزیولوژیکی نسبت به استرس، افسردگی و اضطراب مرتبط با درد و روش‌های مدیریت استرس، افسردگی و اضطراب بحث شد. سپس از شرکت‌کننده‌ها خواسته شد تا با استفاده از یادداشت‌های روزانه مواردی را که باعث شروع حملات درد در آن‌ها می‌شد، همچنین افکار و احساساتی که باعث ایجاد حس افسردگی یا استرس و اضطراب در آن‌ها می‌شد را یادداشت نمایند و سپس این یادداشت‌ها را برای تنظیم اهداف رفتاری در ماه بعد همراه بیاورند. یک جلسه گروهی ۱۵-۱۰ نفره در هفته سوم ترتیب داده شد و در زمینه بیماری، عوارض آن و راه‌های پیشگیری با کمک اسلاید و تصاویر به بیماران آموزش داده شد. این جلسه گروهی حدوداً ۴ ساعت به طول انجامید و در پایان جلسه یک بروشور و یک سی‌دی حاوی مطالب آموزشی مطرح‌شده در جلسه در اختیار هر بیمار قرار گرفت. بین هفته‌های چهارم تا دوازدهم مداخله برحسب نیاز بیماران مجدداً جلسات آموزش انفرادی ترتیب داده شد همچنین دو جلسه آموزش گروهی کوچک در قالب گروه‌های همگن ۳-۴ نفره برگزار شد. در این جلسات مفاد آموزشی موردنیاز به بیماران آموزش داده می‌شد علاوه بر آن در مورد تجربیات موفق افراد مشابه در زمینه کنترل درد و نحوه برخورد با موانع و مشکلات در زندگی بحث می‌شد و شرکت‌کنندگان وارد بحث هدفمند می‌شدند تا تجربیات موفق افراد مشابه را راحت‌تر بپذیرند. در این مرحله تکنیک‌های حل مسئله به‌عنوان مؤلفه مرکزی خودمدیریتی به بیماران آموزش داده شد و به آن‌ها کمک شد تا موانع تغییر رفتار را شناسایی نمایند و راهبردهای لازم جهت غلبه بر موانع را مشخص نمایند و بازخورد کافی به عمل آمد. تعامل بین پژوهشگران و شرکت‌کنندگان دوستانه بود و زمان کافی برای پاسخ‌گویی به سؤال‌های بیماران صرف می‌شد. جلسات انفرادی حدوداً ۲ ساعت و مدت‌زمان جلسات گروهی بین ۲ تا ۴ ساعت متغیر بود. مرحله کمک در تمام طول مدت پیگیری ادامه داشت.

مرحله پیگیری به مدت ۳۶ هفته ادامه داشت و از اولین هفته مداخله بعد از توافق با بیمار، آغاز شد. پیگیری در دو مرحله ۱۲ هفته (طول مدت مداخله) و ۲۴ هفته (پیگیری بعد از اتمام مداخله) انجام شد. در ۱۲ هفته اول وضعیت پیشرفت بیمار هفته‌ای یک‌بار یا در صورت نیاز در فواصل زمانی کم‌تر به‌صورت تلفنی پیگیری می‌شد همچنین شماره تلفن محقق در اختیار بیماران قرار داده شده بود که تعامل دائمی بین محقق و بیماران برقرار باشد. هر ۴ هفته یک‌بار نیز بیماران ویزیت می‌شدند و در این جلسات ویزیت ماهیانه که تقریباً نیم تا یک ساعت طول می‌کشید، برنامه‌های عملی توافق شده و چک‌لیست‌های مربوطه موردبررسی قرار

² Whitlock

³ Glasgow

¹ Assess, Advise, Agree, Assistant, and Arrange

براساس یافته‌های این مطالعه میانگین سنی افراد شرکت کننده ۲۳/۷±۲۵/۸۴ سال بود، ۵۲ نفر (۷۵/۴ درصد) از شرکت‌کنندگان زن و ۱۷ نفر (۲۴/۶ درصد) مرد بودند. سایر اطلاعات دموگرافیک در جدول شماره ۱ نمایش داده شده است. مقایسه نمرات میزان افسردگی، اضطراب و استرس بیماران قبل و بعد از مداخله نشان داد میانگین امتیازات استرس قبل و بعد از مداخله اختلاف معنی‌داری باهم داشتند ($p < 0/001$). همچنین میانگین امتیازات اضطراب قبل و بعد از مداخله تفاوت معنی‌داری نشان دادند ($p < 0/001$). میانگین افسردگی نمونه‌های موردبررسی نیز قبل و بعد از مداخله اختلاف معنی‌داری باهم داشتند ($p < 0/001$) (جدول شماره ۲). تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر که بر روی ۵۳ بیمار انجام شد، اختلاف معنی‌داری بین میانگین نمرات افسردگی، اضطراب و استرس در هفته دوازدهم و هفته سی و ششم بعد از مداخله در مقایسه با قبل از مداخله نشان داد ($p < 0/001$)؛ اما در مقایسه میانگین نمرات در هفته سی و ششم نسبت به هفته دوازدهم اختلاف معنی‌داری مشاهده نشد (جدول شماره ۳).

می‌گرفت و اگر نیاز به تغییر بود با توافق مجدد تغییرات لازم در اهداف و برنامه عملی اعمال می‌شد. در ۲۴ هفته بعد از اتمام مداخله ارتباط با بیماران به صورت تلفنی (ماهانه) به منظور ارزیابی بازخورد آموزش‌ها و کمک به بیماران و ارائه راهنمایی‌ها و آموزش‌های لازم حفظ شد و هر زمان که نیاز به ملاقات حضوری بود پژوهشگر در درمانگاه حاضر شده و به صورت حضوری با بیمار مربوطه ملاقات می‌نمود.

بعد از جمع‌آوری داده‌ها اطلاعات وارد نرم‌افزار آماری SPSS ویرایش ۱۹ شد. برای تعیین فراوانی، میانگین و انحراف معیار متغیرها از آمار توصیفی و پس از آزمون متغیرها با آزمون برازندگی کولموگروف اسمیرنوف، جهت مقایسه میانگین اضطراب و استرس بیماران قبل و بعد از مداخله از آزمون تی زوجی و جهت مقایسه میانگین افسردگی بیماران قبل و بعد از مداخله از آزمون ویل کاکسون استفاده شد. جهت بررسی افسردگی، اضطراب و استرس بیماران در پایه مداخله، هفته ۱۲ و هفته ۳۶ مداخله از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده شد. سطح معناداری $P < 0/05$ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

جدول (۱): مشخصات جمعیت شناختی افراد شرکت کننده در مطالعه

نمونه‌ها (۶۹ نفر)		متغیر	
درصد	تعداد		
۲۴/۶	۱۷	مرد	جنس
۷۵/۴	۵۲	زن	
۶۸/۱	۴۷	مجرد	وضعیت تأهل
۲۹	۲۰	متأهل	
۲/۹	۲	مطلقه	
۵۰/۷	۳۵	زیر دیپلم	وضعیت تحصیلات
۳۴/۸	۲۴	دیپلم	
۱۴/۵	۱۰	بالای دیپلم	
۶۳/۸	۴۴	کم‌خونی سلول داسی شکل	نوع بیماری
۳۶/۲	۲۵	سلول داسی بتا تالاسمی	
۱۸/۸	۱۳	بستری نشده‌اند	تعداد دفعات بستری در
۸۱/۲	۵۶	حداقل ۱ بار بستری شده‌اند	سال گذشته
۲۳/۱	۱۶	شاغل	وضعیت اشتغال
۷۶/۹	۵۳	غیر شاغل	

ءءول (٢): مءاقسه مءانءن نمراء افسرءءى؁ اضطراب و اسءرس بءماران قبل و بعء از مءاخله با اسءفءه از آزمون ءى زوجى و وءل كاكسون

كل نمونهها (٦٩ نفر)

مءءبر	قبل از مءاخله	بعء از مءاخله	آماره	p
افسرءءى	٩/٠٨ ± ٥/٦٠	٤/٣٣ ± ٣/٦٨	Z=-6.25	<٠/٠٠١
اضطراب	٨/٨٩ ± ٤/٤٦	٥/٠١ ± ٣/٦٥	٧/٧٩٢=	<٠/٠٠١
اسءرس	١٢/٣٤ ± ٤/٧٣	٧/٣١ ± ٣/٦٦	١٠/٦٢٤=	<٠/٠٠١

ءءول (٣): مءاقسه ءءبءراء افسرءءى؁ اضطراب و اسءرس ءر بءماران با اسءفءه از آزمون ءءللل وارئانس با انءازه ءبءرىهائى مكرر

مءاقسه بءن مءانءنهائى

افسرءءى؁ اضطراب و اسءرس

بءماران قبل از مءاخله؁ هءءه ١٢ و

هءءه ٣٦

كل نمونهها (٥٣ نفر)

مءءبر	قبل از مءاخله (١)	هءءه ١٢ (٢)	هءءه ٣٦ (٣)	F	p	١ و ٢	١ و ٣	٢ و ٣
						p	p	p
افسرءءى	٩/١٣ ± ٥/٧١	٣/٨٤ ± ٣/٣٣	٣/٩٢ ± ٤/٠٣	٤٥/٤٢	<٠/٠٠١	<٠/٠٠١	<٠/٠٠١	٠/٩٩
اضطراب	٩ ± ٤/٥٤	٤/٧٥ ± ٣/٥٩	٤/٤٧ ± ٣/٢٩	٤٣/٦٨	<٠/٠٠١	<٠/٠٠١	<٠/٠٠١	٠/٨٩
اسءرس	١٢/٣٩ ± ٤/٩٣	٧/٠١ ± ٣/٨٥	٧/١٥ ± ٤/٦١	٥٣/٢٣	<٠/٠٠١	<٠/٠٠١	<٠/٠٠١	٠/٩٩

سطء ءوءآءاهى و ءمائء عاطفى از بءماران سلول ءاسى شكل بهءنوان اسءراءءىهائى بهءوء سلامت ءسمى و روانى مءصوءاً افسرءءى و اضطراب اشاره شده اسء (٤٠).

ءءاء مءالعه ءاضر نءشان ءاء مءانءن نمراء افسرءءى؁ اضطراب و اسءرس بءماران قبل از مءالعه به ءء قابل ءوءهى بالا بوءه و بعء از اءراءى برءامه ءوءمءبءرىءى به ءوء ءشمءبءرى ءاهش يافءه اسء به نظر مىرسء وءءءىهائى مءاخله مورءاسءفءه ءر ءءوهش يعنى ارزىابى ءءقق بءماران و ءراءى برءامه ءوءمءبءرىءى بر اساس نءاز هر بءمار؁ آموزشهائى روءرو و فرءى و ءوافت با بءمار ءر مورء اهءءاف رءءارى ءه از وءءءىهائى منءصربهفرء الءوى ءوءمءبءرىءى 5A مىباشء؁ ءءمءل ءءءلسءءهائى برءامه عملى؁ بءءهائى ءروهى با بءماران ءر زمءنه به اشءءراك ءءارى ءءارب؁ برءقراءى ارءباط مسءءمر با بءماران و اءءاء ءءبءراء مورءنءاز ءر برءامههائى عملى ءهء ءسءىابى به اهءاف رءءارى؁ ءوصىههائى ءنءرل ءرء و ءءنءكههائى شءناءى و رءءارى مءابله با ءرء و آموزش اسءراءءىهائى مءبءرىء اسءرس؁ افسرءءى و اضطراب و ءرءهائى ءلاش ءهء ارءقاءءءءن سطء ءوءآءاهى بءماران از ءرءق ياءءاشءءهائى روزانه ءه نقش مهمى ءر به ءسء ءرفءن ءنءرل ءنءءى ءوسء بءماران ءاشء ءر ءاهش سطء اءن اءءلاء ءر بءماران مءءلا به بءمارى سلول ءاسى شكل مؤءر بوءه اسء.

بءء و نءءءه ءبءرى

هءء اءن مءالعه ءءبءن ءأءبر برءامه ءوءمءبءرىءى بر افسرءءى؁ اضطراب و اسءرس بءماران مءءلا به بءمارى سلول ءاسى شكل بوء. بءماران مءءلا به بءمارى سلول ءاسى ءر ءول ءنءءى ءوء از عوارض مءءءء اءن بءمارى رءء مىبرءء ءه اءراء ءسمى؁ روانى و اءءماعى اءن عوارض بر ءنءءى بءماران؁ افراد مءءلا به اءن بءمارى را ءر مءرض ءءر افسرءءى؁ اضطراب و اسءرس و ساىر مءشءلاء روءى و روانى فرار مىءءء (٣؁٥). نءاءء مءالعات ءءشءءه نءشان مىءءء بءماران سلول ءاسى شكل از افسرءءى؁ اضطراب و اسءرس مرءبط با فرآءنء بءمارى رءء مىبرءء ءه از عوامل مسءءء ءنءءه بروء ءرء ءر اءن بءماران بوءه و ءأءبر منءى بر ءبءء ءنءءى بءماران ءءاشءه اسء (٢١؁٢٠؁٥).

مءالعات نءشان ءاءهءء مءاخلاءى ءه منءر به بهءوء سطء ءبءء ءنءءى؁ ارءقاء سطء ءوءءارآءءى؁ ارءقاء سطء ساءءءارى بءماران و مءبءرىء اءءلاء ءءقى شوء ءر بهءوء وءءء ءسمى و روانى اءن بءماران؁ ءاهش مءزان افسرءءى و ءاهش مرءءه به مرءكز ءرمانى مؤءر اسء (٥؁١٥) بسءارى از مءالعات ءءءر نءز بر مشاءوره؁ ءمائءهائى اءءماعى؁ مءبءرىء بءمارى و مءبءرىء ءرء ءهء ءاهش سطء اءءلاء روانى و بهءوء سطء ءبءء ءنءءى اءن بءماران ءأءء ءاشءهءءء (٢٢؁١٩؁١٢؁٦). همءءنء بر ارءقاء

مطالعات زیادی در زمینه اجرای برنامه‌های خودمدیریتی در بیماران سلول داسی شکل انجام نشده است که نتایج آن قابل مقایسه با نتایج مطالعه کنونی باشد اما مطالعه‌ای توسط آنیه در لندن انجام شده است که از نظر اجرای برنامه خودمدیریتی مبتنی بر مداخلات رفتاری به مطالعه حاضر شبیه است. مطالعه آنیه و همکاران (۲۰۰۲) نیز که از نوع نیمه تجربی قبل و بعد بود، نشان داد میزان افسردگی و اضطراب بیماران سلول داسی شکل بعد از مداخله به حد قابل توجهی کاهش یافت که این اختلاف در اضطراب معنادار بود که از این نظر نتایج مطالعه فوق با مطالعه حاضر همسو است (۲۵).

والن و همکاران (۲۰۱۴) نیز مطالعه‌ای باهدف تعیین اثربخشی هیپنوتیزم به‌عنوان یک استراتژی مدیریت بیماری و درد به مدت ۶ هفته در بیماران سلول داسی شکل انجام دادند که به‌کارگیری این برنامه نیز در کاهش سطح افسردگی و اضطراب بیماران سلول داسی شکل تا حدی مؤثر بود با این حال اختلاف معنی‌داری در مطالعه آن‌ها مشاهده نشد (۲). اختلاف در نتایج مطالعه والن و همکاران با مطالعه حاضر را شاید بتوان به نوع مطالعه آن‌ها که کارآزمایی بالینی بوده و همچنین کمی حجم نمونه در مقایسه با مطالعه ما نسبت داد با این حال در مطالعه فوق تنها از هیپنوتیزم به‌عنوان یک استراتژی مدیریت بیماری و درد استفاده شده است در حالی که در مطالعه حاضر سعی شد یک برنامه خودمدیریتی کامل با استفاده از الگوی خودمدیریتی 5A و با تکیه بر نیازهای بیماران در زمینه مدیریت بیماری، مدیریت درد، مدیریت استرس، افسردگی و اضطراب به اجرا در آید که از این نظر وجه تمایز مشهودی بین نوع مداخله در دو مطالعه وجود دارد.

در مطالعه دیگری توماس^۱ (۲۰۱۰) یک مطالعه کارآزمایی بالینی جهت بررسی اثر لمس درمانی همراه با موزیک بر استرس، اضطراب و کاهش درد در مقایسه با گروه موزیک درمانی در بیماران سلول داسی شکل انجام داد. نتایج مطالعه او هیچ اختلاف معنی‌داری بین دو گروه از نظر کاهش استرس و اضطراب نشان نداد. با این حال در مقایسات درون‌گروهی کاهش معنی‌داری در سطح اضطراب در گروه کنترل (موزیک درمانی) و سطح استرس در هر دو گروه کنترل و مداخله مشاهده شد که از این نظر نتایج مطالعه فوق با مطالعه حاضر همسو است (۲۱).

بررسی مطالعات گوناگون در ارتباط با اجرای برنامه‌های خودمدیریتی نیز حاکی از اثربخش بودن این روش‌ها بر کاهش سطح افسردگی، اضطراب و استرس در بیماران مزمن است. نتایج مطالعه حاضر با مطالعه‌ای که توسط هیولت^۲ و همکاران (۲۰۱۱)

در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید انجام شده است سازگار می‌باشد. بیماری سلول داسی شکل و آرتریت روماتوئید هر دو بیماری‌های مزمنی هستند که با مواردی همچون درد، ناامیدی، افسردگی و اضطراب همراه هستند و لذا نیازمند استفاده از برنامه‌های خودمدیریتی می‌باشند. نتایج مطالعه هیولت و همکاران نیز نشان داد که میزان افسردگی، ناامیدی و اضطراب در این بیماران بعد از اجرای برنامه خودمدیریتی به‌طور معنی‌داری کاهش یافته است هرچند مطالعه آن‌ها نتوانست اختلاف معنی‌داری در میزان اضطراب بیماران بین دو گروه مداخله و کنترل نشان دهد با این حال اختلاف بین دو گروه از نظر افسردگی و ناامیدی معنی‌دار بود که نشان‌دهنده تأثیر مداخلات خودمدیریتی بر مشکلات روانی این بیماران است (۳۲).

در مطالعه دیگری رحیمی و همکاران (۱۳۸۵) مطالعه‌ای باهدف تعیین اثربخشی مدل مراقبت پیگیر بر بیماران همودیالیزی انجام دادند که به نظر می‌رسد مراحل حساس سازی و شبیه‌سازی در الگوی مذکور تا حد زیادی به مراحل بررسی و راهنمایی در الگوی استفاده شده در مطالعه حاضر شبیه باشد. نتایج مطالعه رحیمی و همکاران نیز اختلاف معنی‌داری در میزان افسردگی، اضطراب و استرس بیماران همودیالیزی قبل و بعد از مداخله نشان داد (۳۳). در مطالعه الز^۳ و همکاران (۲۰۱۵) نیز اجرای مداخلات خودمدیریتی بر کاهش میزان اضطراب در بیماران مبتلا به سرطان پستان اثربخشی مثبتی داشته است (۳۴) و در مطالعه دیخاکوان^۴ و همکاران (۲۰۱۴) نیز اجرای برنامه خودمدیریتی بر کاهش سطح افسردگی و اضطراب در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر مؤثر بوده است (۳۵) که نتایج این مطالعات با مطالعه حاضر همسو است.

این مطالعه به دلیل محدود بودن جامعه پژوهش و عدم امکان همسان‌سازی به‌صورت تک‌گروهی قبل و بعد و بدون داشتن گروه کنترل انجام یافته است لذا این مسئله بر قابلیت تعمیم نتایج تأثیر می‌گذارد. بنابراین انجام این پژوهش به‌صورت کارآزمایی بالینی در جمعیت‌های دیگر از این بیماران و همچنین سنجش اثربخشی این برنامه در زمان طولانی‌تر قابل توصیه است.

نتیجه‌گیری: نتایج مطالعه حاضر نشان داد اجرای برنامه خودمدیریتی بر اساس الگوی خودمدیریتی 5A در کاهش سطح افسردگی، اضطراب و استرس و بهبود وضعیت روان‌شناختی در بیماران سلول داسی شکل مؤثر بوده است بنابراین استفاده از الگوی خودمدیریتی 5A که کم‌هزینه و قابل دستیابی است و می‌تواند با مشارکت دادن بیماران در امر مراقبت از خود جهت

³ Eyles

⁴ Deechakawan

¹ Thomas

² Hewlet

پزشکی اهواز به شماره ۹۲۰۳۰ - U است که بر اساس نامه کمیته اخلاق، کد اخلاق ۷۳۹-ETH برای این طرح ثبت گردیده است و با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی اهواز انجام شده است. بدین وسیله از معاونت پژوهشی این دانشگاه قدردانی می‌گردد. همچنین نویسندگان این مقاله از همکاری صمیمانه اساتید محترم گروه آموزش پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی و مشارکت کنندگان در این پژوهش که علی‌رغم وجود مشکلات مربوط به بیماری صادقانه با آن‌ها همکاری داشتند همچنین از پرسنل کوشای بخش تالاسمی بیمارستان شفای اهواز که در انجام این پژوهش آن‌ها را یاری نمودند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آورند.

تغییر رفتار در آن‌ها ایجاد انگیزه نماید به‌عنوان یک گزینه آسان برای پرستاران جهت کاهش عوارض این بیماری و در نتیجه بهبود وضعیت روانی و ارتقاء سطح کیفیت زندگی این بیماران پیشنهاد می‌شود. همچنین مدیران پرستاری می‌توانند با استفاده از نتایج این پژوهش دید وسیع‌تری در زمینه مشکلات روانی ناشی از بیماری سلول داسی شکل پیدا کنند و استفاده از برنامه‌های خودمدیریتی در قالب الگوهای پرستاری را در برنامه‌های بازآموزی و سمینارها و کارگاه‌های آموزشی مطرح نمایند.

تقدیر و تشکر

پژوهش حاضر حاصل طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم

References:

1. Wright J, Ahmedzai SH. The management of painful crisis in sickle cell disease. *Curr Opin Support Palliat Care* 2010;4(2):97-106.
2. Wallen GR, Middleton KR, Ames N, Brooks AT, Handel D. Randomized Trial of Hypnosis as a Pain and Symptom Management Strategy in Adults with Sickle Cell Disease *Integr Med Insights* 2014;9:25-33.
3. Wallen GR, Minniti CP, Krulmauf M, Eckes E, Allen D, Oguhebe A, *et al.* Sleep disturbance, depression and pain in adults with sickle cell disease. *BMC Psychiatry* 2014;14(207):1-8.
4. Azarkeivan A. sickle cell disease: treatment protocol. Tehran: Mezrab; 2012. P.5,17,18. (Persian)
5. Imhonde HO, Ndom RJE, Ehon A. Social-support, self-esteem and depression as determinants of quality of life among sickle cell patients. *Ife Psychol* 2013; 21(1): 101-13.
6. Levenson JL. Psychiatric Issues in Adults with Sickle Cell Disease. *Primary Psychiatry* 2008;15(5):45-9.
7. Hassell KL. Population estimates of sickle cell disease in the u.s. *Am J Prev Med* 2010;38(4S):512-21.
8. Cashaw AC. Feasibility of a nutrition training program on improving self-efficacy and life skill development for adolescents with sickle cell disease. (Dissertation). Philadelphia: Philadelphia College of Osteopathic Medicine Department of Psychology; 2013.
9. Anie KA, Egunjobi FE, Akinyanju OO. Psychosocial impact of sickle cell disorder: perspectives from a Nigerian setting. *Globalization and Health* 2010;6(2):1-6.
10. Mahdi N, Al-Ola Kh, Abdel Khalek, N, Almawi WY. Depression, anxiety, and stress comorbidities in sickle cell anemia patients with vaso-occlusive crisis. *J Pediatr Hematol Oncol* 2010;32(5):345-9.
11. Asnani MR, Fraser R, Lewis NA, Reid ME. Depression and loneliness in Jamaicans with sickle cell disease. *BMC Psychiatry* 2010;10(40):1-7.
- 12.
13. Dale JC, Cochran CJ, Jernigan E. Health-related Quality of Life in Children and Adolescents With Sickle Cell Disease. *J Pediatric Health Care* 2011;25(4):208-15.
14. Monhem Amr MA, Amin TT, Al-Omair OA. Health related quality of life among adolescents with sickle cell disease in Saudi Arabia. *Pan African Med J* 2011;8(10):1-16.
15. Anie KA, Grocott H, White L, Dzingina M, Rogers G, Cho G. Patient self-assessment of hospital pain,

- mood and health-related quality of life in adults with sickle cell disease. *BMJ Open* 2012;2(4):1-8.
16. Santos JPD, Neto MG. Sociodemographic aspects and quality of life of patients with sickle cell anemia. *Rev Bras Hematol Hemoter* 2013;35(4):242-5.
17. Sogutlu A, Levenson JL, McClish DK, Rosef SD, Smith WR. Somatic symptom burden in adults with sickle cell disease predicts pain, depression, anxiety, health care utilization, and quality of life: the PiSCES project. *Psychosomatics* 2011;52(3):272-9.
18. Aisiku I, Smith W, McClish D, Levenson J, Penberthy L, Roseff S, et al. Comparisons of high versus low emergency department utilizers in sickle cell disease. *Annals Emergency Med* 2009; 53(5):587-93.
19. Ziadni MS, Patterson ChA, Pulgaro'n ER, Robinson MR, Barakat LP. Health-Related Quality of Life and Adaptive Behaviors of Adolescents with Sickle Cell Disease: Stress Processing Moderators. *J Clin Psychol Med Settings* 2011; 18:335-44.
20. Vilela RQ, Cavalcante JC, Cavalcante BF, Araujo DL, Lobo Mde M, Nunes FA. Quality of life of individuals with sickle cell disease followed at referral centers in Alagoas, Brazil. *Rev Bras Hematol Hemoter* 2012; 34(6): 442-6.
21. Thomas LS. A pilot study: the effect of healing touch on anxiety, stress, pain, pain medication usage, and physiological measures in hospitalized sickle cell disease adults experiencing a vaso-occlusive pain episode. (Dissertation). East Carolina: The Faculty of the College of Nursing East Carolina University;2010.
22. Barakat LP, Patterson Ch A, Daniel LC, Dampier C. Quality of life among adolescents with sickle cell disease: mediation of pain by internalizing symptoms and parenting stress. *Health Quality Life Outcomes* 2008; 6(60): 1-9.
23. Jenerette CM, Murdaugh C. Testing the theory of self-care management for sickle cell disease. *Res Nurs Health* 2008; 31(4): 355-69.
24. Lenoci JM, Telfair J, Cecil H, Edwards RF. Self-care in adults with sickle cell disease. *West J Nurs Res* 2002; 24(3): 228-45.
25. Anie KA, Green J, Tata Ph, Fotopoulos ChE, Oni L, Davies SC. Self-help manual-assisted cognitive behavioural therapy for sickle cell disease. *Behav Cognitive Psychotherapy*2002;30:451-58.
26. Misan, G, Harvey P, Warren K, Fuller J, Petkov J. Chronic disease self-management: a pilot training program for people with chronic conditions. In: Larson, A. and Lyle, D. (eds.). *A Bright Future for Rural Health: Evidence-Based Policy and Practice in Rural and Remote Australian Health Care*. Canberra: Aust Rural Health Educ Network. 2010: 13-6.
27. Ahmadi M, Jahani S, Poormansouri S, Shariati A, Tabesh H. The Effectiveness of self management program on quality of life in patients with sickle cell disease. *Iran J Ped Hematol Oncol* 2015;5(1):18-26.
28. Ritter PL, Lee J, Lorig K. Moderators of chronic disease self-management programs: who benefits? *Chronic Illn* 2011; 7(2): 162-72.
29. Ahmadi M, Shariati A, Jahani S, Poormansouri S. Self-efficacy following the self-management training program in patients with Sickle Cell Disease (24 weeks of follow-up). *Sci J Hamadan Nurs Midwifery Faculty* 2015;22(4):12-22.(Persian)
30. Edwin AK, Edwin F, Etwire V. Controlling sickle cell disease in Ghana - ethics and options. *Pan African Med J* 2011; 10(14): 1-9.
31. Ahmadi M, Poormansouri S. Effectiveness of self-management educational program on fatigue in sickle cell patients. *J Clin Nurs Midwifery* 2015; 4(2): 29-42. (Persian)

32. Hewlett S, Ambler N, Almeida C, Cliss A, Hammond A, Kitchen K et al. Self-management of fatigue in rheumatoid arthritis: a randomised controlled trial of group cognitive-behavioural therapy. *Ann Rheum Dis* 2011;70(6):1060-7.
33. Rahimi A, Ahamadi F, Gholiaf M. Effects of applying continuous care model (CCM) on stress, anxiety and depression in hemodialysis patients . *Pejouhesh* 2006; 30 (4) :361-9. (Persian)
34. Eyles C, Leydon GM, Hoffman CJ, Copson ER, Prescott P, Chorozioglou M, *et al.* Mindfulness for the Self-Management of Fatigue, Anxiety, and Depression in Women With Metastatic Breast Cancer: A Mixed Methods Feasibility Study. *Integr Cancer ther* 2015;14(1):42-56.
35. Deechakawan W, Heitkemper MM, Cain KC, Burr RL, Jarrett ME. Anxiety, depression, and catecholamine levels after self-management intervention in irritable bowel syndrome. *Gastroenterol Nurs* 2014;37(1):24-32.
36. Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of depression anxiety stress scales (DASS) with the beck depression and anxiety inventories. *Behave Res Ther* 1995; 33: 335-43.
37. Sahebi A, Asghari A, Salari RS. Validation of depression anxiety and stress scale for an Iranian population. *J Iran psychologists* 2005; 1(4): 299-312. (Persian)
38. Whitlock EP, Orleans CT, Pender N, Allan J. Evaluating primary care behavioral counseling interventions: an evidence-based approach. *Am J Prev Med* 2002;22(4):267-84.
39. Glasgow RE, Davis CL, Bonomi AE, *et al.* Implementing practical interventions to support chronic illness self-management in health care settings: lessons learned and recommendations, joint commission. *Jt Comm J Qual Saf* 2003;29(11):563-74.
40. Tanabe P, Porter J, Creary M, Kirkwood E, Miller S, Ahmed-Williams E, *et al.* A qualitative analysis of best self-management practices: sickle cell disease. *J Natl Med Assoc* 2010;102(11):1033-41.

EFFECTIVENESS OF EDUCATIONAL PROGRAM BASED ON SELF MANAGEMENT MODEL ON DEPRESSION, ANXIETY AND STRESS IN PATIENTS WITH SICKLE CELL DISEASE (24 WEEKS FOLLOW UP)

Ahmadi M¹, Poormansouri S^{2*}

Received: 19 Dec, 2015; Accepted: 19 Feb, 2016

Abstract

Background & Aim: Patients suffering from sickle cell disease may indeed vary in their psychological adaptation to the unpredictability and seriousness of the complication and lead to lower quality of life in these patients. The aim of this study was to determine the effectiveness of self-management program on Depression, Anxiety and Stress in patients with sickle cell disease.

Materials & Methods: Samples of this quasi-experimental study, which included 69 patients with sickle cell disease referring to the Thalassemia Clinic of Shafa Hospital, were entered into the study by census method. Patients received a self-management program using the 5A model (Assess, Advice, Agree, Assist and Arrange) for 12 weeks, while the Depression, Anxiety and Stress of patients before the intervention was assessed at the twelfth week and thirty-sixth week using Doss-21 questionnaire. Data were analyzed by descriptive statistics, paired t-test, Wilcoxon test and repeated measures test in SPSS software v.19.

Results: There were significant differences between Depression, Anxiety and Stress levels before and after intervention ($p < 0.001$). Repeated measures test showed a significant difference between the scores of the Depression, Anxiety and Stress in the twelfth week and thirty-sixth week after intervention comparing to the pre-intervention ($p < 0.001$).

Conclusion: It is concluded that self management program can be used, as an interventional method, to decrease stress, anxiety, and depression in patients with sickle cell disease. Therefore, self-management program as an effective way is advisable to decrease mental health problems in the sickle cell patients.

Keywords: Self-management, Depression, Anxiety, Stress, Sickle cell disease

Address: Nursing and Midwifery School, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences

Tel: (+98) 6133738333

Email: Mer.ahmadi@gmail.com

¹ Master of Nursing, Instructor, Department of Nursing, Nursing and Midwifery School, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran

² Supervisory Office, Treatment Deputy, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran. (Corresponding Author)