Pajouhan Scientific Journal Volume 16, Issue 3, Spring 2018, Pages: 11-19

Original Article

doi: 10.18869/psj.16.3.11

The Effect of Group Counseling on the Quality of Life in Patients with Major Thalassemia Referred to the Thalassemia Treatment Center in Bushehr

Rezvan Bakhshi (MSc)[1], Sherafat Akaberian (MSc)[1,*], Masoud Bahreini (PhD)[1], Kamran Mirzaei (PhD)[2], Jamileh Kiani (MSc)[3]

[1] *Nursing Department, Faculty of Nursing and Midwifery, Bushehr University of Medical Science, Bushehr, Iran*
[2] *Social Medicine Department, Faculty of Medicine, Bushehr University of Medical Science, Bushehr, Iran*
[3] *Bushehr University of Medical Science, Bushehr, Iran*

**** Corresponding Author:*** *Sherafat Akaberian, Nursing Department, Faculty of Medicine, Bushehr University of Medical Science, Bushehr, Iran. Email: sh.akabarian@bpums.ac.ir*

Received: 12/04/2017
Accepted: 21/03/2018

How to Cite this Article:
Bakhshi R, Akaberian Sh, Bahreini M, Mirzaei K, Kiani J. The Effect of Group Counseling on the Quality of Life in Patients with Major Thalassemia Referred to the Thalassemia Treatment Center in Bushehr. *Pajouhan Scientific Journal*. 2018; 16(3): 11-19. DOI: 10.18869/psj.16.3.11

Abstract

Background and Objective: Major Thalassemia is the most common hereditary disease in the world and in Iran. The chronic nature of the disease and complications associated with clinical signs and protests of the disease and its treatment make multiple physical, psychological and social problems and effects on the quality of life in these patients. The aim of this study was to determine the effect of group counseling on quality of life in patients with thalassemia major.

Materials and Methods: This study was a randomized controlled clinical trial. The total number of subjects included 62 patients with thalassemia major from thalassemia treatment center in the Bushehr in 2016, were randomly divided into two groups of 31 people of intervention and control. For intervention group, four sessions of group counseling in behavioral cognitive approach held in two weeks. The quality of life in patients in both groups evaluated before the intervention and one month after the intervention, using the SF-36 questionnaire. The results were analyzed by SPSS software version 23 at a significant level of 0.05.

Results: The results of analytical tests showed that there was no statistically significant difference between the two groups in demographic variables ($P > 0.05$). However, the intervention group gained a significant increase in total score of quality of life and its sub-domains after counseling. ($P < 0/001$). Also, the difference between the mean total scores of quality of life and its sub-domains in the intervention and control groups was statistically significant ($P < 0.001$).

Conclusion: This study showed that the treatment group counseling with cognitive behavioral approach significantly improves the quality of life in patients with Thalassemia major. Therefore it is recommended that this treatment helped to improve the quality of life in these patients.

Keywords: Beta Thalassemia; Cognitive-Behavioral Approach; Counseling; Quality of Life

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-11-30]

[DOI: 10.21859/psj.16.3.11]

Copyright © 2018 Pajouhan Scientific Journal. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (*http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/*) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cite.

مقاله پژوهشی
doi: 10.18869/psj.16.3.11

بررسی تاثیر مشاوره گروهی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به تالاسمی ماژور مراجعه کننده به مرکز درمانی تالاسمی بوشهر

رضوان بخشی[۱]، شرافت اکابریان[۲،*]، مسعود بحرینی[۳]، کامران میرزایی[۴]، جمیله کیانی[۵]

[۱] دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری کودکان، دانشکده ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران
[۲] مربی، گروه پرستاری، دانشکده ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران
[۳] دانشیار، گروه پرستاری، دانشکده ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران
[۴] دانشیار، گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران
[۵] کارشناس ارشد روان شناسی، بیمارستان شهدای خلیج فارس، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران

* **نویسنده مسئول:** شرافت اکابریان، گروه پرستاری، دانشکده ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران.
ایمیل: sh.akabarian@bpums.ac.ir

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۰۱/۲۳
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۷/۰۱/۰۱

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی همدان محفوظ است.

چکیده

سابقه و هدف: تالاسمی ماژور شایع ترین بیماری ارثی در دنیا و کشور ایران است. ماهیت مزمن این بیماری همراه با علائم و تظاهرات بالینی و عوارض ناشی از بیماری و درمان آن، فرد را با مشکلات متعدد جسمانی، روانی و اجتماعی روبرو می سازد و ابعاد مختلف کیفیت زندگی را در این بیماران تحت تاثیر قرار می دهد. هدف از انجام مطالعه حاضر تعیین تاثیر مشاوره گروهی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به تالاسمی ماژور بود.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر یک کارازمایی بالینی شاهد دار بود. تعداد کل نمونه ها شامل ۶۲ بیمار مبتلا به تالاسمی ماژور مرکز درمانی تالاسمی شهر بوشهر در سال ۱۳۹۵ بود که به صورت تصادفی به دو گروه ۳۱ نفره مداخله و کنترل تقسیم شدند. برای گروه مداخله، چهار جلسه مشاوره گروه درمانی با رویکرد شناختی رفتاری در مدت دو هفته برگزار شد. کیفیت زندگی بیماران هر دو گروه، قبل از انجام مداخله و یک ماه پس از پایان آن با استفاده از پرسشنامه SF-36 بررسی شد. تحلیل نتایج با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۳ در سطح معنی داری ۰/۰۵ انجام شد.

یافته‌ها: نتایج حاصل از آزمون های تحلیلی نشان داد که بین متغیرهای دموگرافیک دو گروه مداخله و کنترل، تفاوت آماری معناداری وجود ندارد (P>۰/۰۵). با این وجود، گروه مداخله پس از انجام مشاوره افزایش قابل توجهی در نمرات کل کیفیت زندگی و زیرحیطه های آن نسبت به قبل از مدخله کسب کرد (P<۰/۰۰۱). همچنین اختلاف میانگین نمرات کل کیفیت زندگی و زیرحیطه های آن در دو گروه مداخله و کنترل به لحاظ آماری معنادار بود (P<۰/۰۰۱).

نتیجه‌گیری: پژوهش حاضر نشان داد که اجرای برنامه درمانی مشاوره گروهی با رویکرد شناختی رفتاری به طور موثری باعث بهبود کیفیت زندگی بیماران تالاسمی ماژور می گردد. بنابراین توصیه می شود که از این رویکرد درمانی برای کمک به ارتقاء کیفیت زندگی این بیماران استفاده شود.

واژگان کلیدی: بتا تالاسمی؛ رویکرد شناختی رفتاری؛ کیفیت زندگی؛ مشاوره

مقدمه

امروزه بیماری های مزمن علت عمده مسائل بهداشتی درکشورهای توسعه یافته است. بیماری های مزمن در همه گروه های سنی، طبقات اجتماعی- اقتصادی و فرهنگ های مختلف بروز می کند. یکی از این بیماری های مزمن که سلامت کودکان را تهدید می کند بیماری بتا تالاسمی ماژور است [۱].

سندرم های بتا تالاسمی گروهی از اختلالات وراثتی خونی هستند که با کاهش و یا عدم سنتز زنجیره های بتا گلوبین و در نتیجه کاهش هموگلوبین و گلبول های قرمز خون و کم خونی مشخص می شوند[۲]. شدیدترین شکل آن بتا تالاسمی ماژور است که همراه با کم خونی هیپوکروم میکروسیتیک

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-11-30]
[DOI: 10.21859/psj.16.3.11]

شدید می باشد[۳]. سازمان جهانی بهداشت تالاسمی را به عنوان شایع ترین اختلال مزمن ژنتیکی در جهان شناخته که سالانه بر زندگی حدود صد هزارکودک تاثیر می گذارد [۱]. کشور ایران نیز دارای تعداد زیادی موارد ابتلا می باشد که فراوانی آن در مناطق جغرافیایی مختلف متغیر می باشد [۴]. طبق آمار سازمان جهانی بهداشت، حدود ۴ درصد از مردم، ناقل ژن تالاسمی هستند و بیش از ۱۸ هزار مورد تالاسمی در سراسر کشور در استان های مختلف پراکنده شده اند[۵].

بیماران تالاسمی به طور کلی با علائم و نشانه های یک آنمی مزمن و شدید، عدم رشد مناسب، بزرگی طحال وکبد، اختلالات استخوانی به ویژه تغییرات قابل مشاهده در استخوان های سر و صورت همراه با تغییر قیافه مشخص می گردند [۶]. ترکیب فعلی تزریق خون و درمان آهن زدا امید به زندگی بیماران تالاسمی را به طور چشمگیری افزایش داده است [۷]. امروزه با توجه به پیشرفت های بسیار مهم در عرصه علم پزشکی وکاهش مرگ و میر ناشی از تالاسمی و افزایش امید به زندگی این بیماران، کیفیت زندگی آنها به عنوان یکی از شاخص های مهم مراقبت بهداشتی مد نظر است[۸]. برای یک بیماری مزمن مانند تالاسمی، که به مدیریت مادام العمر نیاز دارد، کیفیت زندگی و نه فقط بقای بیمار به جنبه مهمی برای ارائه مراقبت های بهداشتی و سلامتی کامل تبدیل شده است [۹]. کیفیت زندگی مرتبط با سلامت به طورکلی به عنوان یک مفهوم و یا ساختارچند بعدی تصور می شود که به درک بیمار از تاثیر بیماری و درمان بر عملکرد جسمی، روانی، اجتماعی و رفاه و خوب بودن اشاره دارد [۱۰]. بین بیماری و کیفیت زندگی به ویژه مبتلایان به بیماری مزمن که در تمام مراحل زندگی درگیر مسائل متعدد می باشند، یک ارتباط متقابل وجود دارد و اختلالات جسمانی و وجود علائم فیزیکی اثر مستقیم روی تمام جنبه های کیفیت زندگی دارد [۱۱]. Ismail و همکاران در مطالعه خود در سال ۲۰۰۶ تاثیر تالاسمی برکیفیت زندگی مرتبط با سلامت این کودکان را به صورت کاهش عملکرد فیزیکی، اجتماعی و تحصیلی در حدود ۱۰ تا ۲۴ درصد نشان دادند [۱۲]. در مطالعه مشابه دیگری توسط باقیانی مقدم و همکاران درسال۲۰۱۱ مشخص شد که تالاسمی کیفیت زندگی را در محدوده فعالیت های جسمی، اجتماعی و روانی درحدود ۱۴ تا ۲۳ درصد کاهش می دهد [۱۳]. مشکلات جسمی و روانی می تواند به ناامیدی، کاهش عملکرد اجتماعی و برقراری ارتباطات اجتماعی و بالاخره کاهش کیفیت زندگی مبتلایان به تالاسمی منجر شود [۱۴]. یافته های پژوهش صالحی و همکاران درسال ۱۳۹۳ نشان داد که بیماران مبتلا به بتا تالاسمی ماژور برای برقراری تعادل اجتماعی مناسب با مشکلات بیشتری مواجهه اند و از نظر سلامت عمومی دچار دو مشکل اصلی اختلال کارکرد اجتماعی و افسردگی هستند [۱۵]. از آنجایی که پرستاران نقش اساسی در امر مراقبت از بیماران را برعهده دارند، باید به مهارت های زندگی این بیماران توجه بیشتری داشته باشند. توجه پرستاران به مهارت های زندگی در جهت ارتقاء سلامت جسمی و روانی و کیفیت زندگی آنها حائز اهمیت می باشد [۱]. پس هدف از مراقبت های بهداشتی تنها تلاش برای زنده ماندن و بقاء نیست، بلکه افزایش کیفیت زندگی مرتبط با سلامت به عنوان هدف اصلی و مرکزی است و تمام توجه به سمت خوب بودن و رفاه بیماران معطوف شده است [۱۶]. ترکیبی از مراقبت های پزشکی و حمایت روانی- اجتماعی از بیمار باعث افزایش طول عمر و نیز پذیرش بیماری و اعتماد به نفس مطلوب در بیمار می گردد [۶]. با این وجود حمایت های روانی- اجتماعی با هدف کاهش ناراحتی عاطفی، بهبود تطابق با درمان و تقویت راهبرد های مقابله برای انطباق بهتر در زندگی روزانه ضروری می باشد [۱۷]. هدف از درمان های روانی، کمک به افراد تالاسمی برای مقابله بهتر، انجام نقش ها و رسیدن به کیفیت بهتر زندگی می باشد. مداخلات روانشناختی، در صورت موثر بودن، منجر به کسب و یا بهبود راهبرد های مقابله موثر برای کاهش علائم و مشکلات عاطفی خواهد شد [۱۸]. کمک های مشاوره روانی به افرادی که دچار مشکلات روانی، اجتماعی و خانوادگی شده اند، یکی ازاهداف بهداشت روانی است. زیرا مشاوره مقاومت فرد را در برابر پیامد های زیانبار بیماری افزایش می دهد. مشاوره افزون بر اینکه گستره ارتباطات میان بیماران را افزایش می دهد سبب افزایش آگاهی، فعالیت، تاثیر در اتخاذ تصمیم، کاهش نگرانی و افزایش اعتماد به نفس می گردد [۱۹]. که از یک نظر ممکن است نشان دهنده دادن آگاهی و اطلاعات در یک بحث کوتاه و مختصر باشد و از جنبه ای دیگر می تواند به عنوان یک مداخله درمانی طولانی مدت و رسمی بر پایه گفتگو در نظر گرفته شود [۲۰]. با این وجود، مداخلات روانی بر پایه مشاوره، تمام ابعاد روانشناختی را پوشش می دهد و تغییرات متنوعی در باورها، احساسات و رفتار فرد ایجاد می کند و افراد درگروهی که مشکلات مشابه دارد، احساس امنیت و آرامش بیشتری کرده و با آزادی و رغبت بیشتری به بحث و گفتگو درباره مسائل شخصی، خانوادگی و عینی خود می پردازند و از تجربه دیگران در یک فضای قابل اعتماد بهره می گیرند [۲۱]. یک مشاوره مناسب، به مددجویان اطمینان می دهد، روشی را که انتخاب می نمایند متناسب با نیازهایشان است [۲۲]. به همین منظور و با توجه به اینکه انجام برنامه های روان درمانی و مشاوره گروهی و نیز ارتقاء کیفیت زندگی در بیماران با بیماری های مزمن از اهمیت زیادی برخوردار است و مطالعه ای نیز در این مورد انجام نشده است، این پژوهش با هدف تعیین تاثیر مشاوره بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به تالاسمی ماژور طراحی گردید.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک کارازمایی بالینی تصادفی شاهد دار با

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-11-30]

[DOI: 10.21859/psj.16.3.11]

طراحی پیش آزمون- پس آزمون بود که در سال ۱۳۹۵ و در شهر بوشهر انجام شد. جمعیت مورد مطالعه بیماران مبتلا به تالاسمی ماژور مرکز درمانی تالاسمی شهر بوشهر بودند. با توجه به مطالعه هادی و همکاران [۲۳] و میانگین (انحراف معیار) کیفیت زندگی در بیماران تالاسمی و سالم در پایین ترین زیر حیطه کیفیت زندگی یعنی شادابی و نشاط به ترتیب (۱۸/۲۲±) ۶۹/۰۲ و (۷/۵۹±) ۱۵/ ۶۷ و با فرض α=۰/۰۵ و β=۰/۲ و با استفاده از Altman Normogram حجم نمونه در گروه مداخله با احتساب target difference معادل % ۱۵ حداقل ۳۵ نفر در هر گروه و در مجموع ۷۰ نفر محاسبه گردید. از این میان، هشت نفر به دلیل عدم وجود معیارهای لازم، از مطالعه حذف شده و تعداد کل نمونه ها ۶۲ نفر در نظر گرفته شد. معیارهای ورود شامل بیماران با حداقل سن ۱۲ سال مبتلا به تالاسمی ماژور که دارای پرونده پزشکی در مرکز درمانی تالاسمی شهر بوشهر بوده و توانایی تکمیل پرسشنامه و تمایل برای شرکت در مطالعه داشته باشند. معیارهای خروج شامل ابتلا به بیماری مشخص روانی تحت درمان یا بیماری مزمن دیگر علاوه بر تالاسمی که مانع از شرکت در روند مطالعه شده و یا غیبت بیش از دو جلسه در جلسات مربوط به مشاوره گروه درمانی بود. ابزار گردآوری اطلاعات شامل پرسشنامه خودساخته اطلاعات جمعیت شناختی و پرسشنامه کیفیت زندگی با ساختار کوتاه ۳۶ سوالی (SF-36) بود. پرسش نامه SF-36 یک ابزار بررسی سلامت با ساختار کوتاه و چند منظوره است و از هشت مقیاس عملکرد جسمی، محدودیت عملکرد جسمی، درد بدنی، شادابی و نشاط، سلامت روان، محدودیت نقش عاطفی، عملکرد اجتماعی و سلامت عمومی تشکیل شده است. محدوده امتیازات از ۰ تا ۱۰۰ می باشد. به این صورت که در هرگزینه در صورت وجود مشکل کمترین نمره و درصورت عدم وجود مشکل بالاترین نمره به آن اختصاص می یابد. این پرسشنامه برای ارزیابی سلامت از دیدگاه بیمار طراحی شده است و به سنجش کیفیت زندگی از منظر سلامت جسمی، روانی و اجتماعی افراد می پردازد[۲۳] و در سطح وسیعی برای بررسی وضعیت سلامت عمومی، ارزشیابی کارایی مداخلات، ارزیابی وضعیت سلامت در بیماران با بیماری مزمن و تعیین نسبی بار بیماری های مختلف استفاده می شود [۲۴]. در چندین مطالعه انجام شده روایی و پایایی پرسشنامه SF-36 مورد تایید قرار گرفته است [۲۶-۲۴]. همچنین جعفری و همکاران در سال ۲۰۰۸ در مطالعه خود روایی و پایایی نسخه فارسی پرسشنامه SF-36 را در بررسی کیفیت زندگی بیماران تالاسمی ماژور ارزیابی کردند که نتایج آن نشان دهنده مناسب و قابل اعتبار و اعتماد بودن این ابزار در اندازه گیری کیفیت زندگی بیماران تالاسمی ماژور بود [۲۷].

برای اجرای پژوهش پس از تصویب و کسب مجوز از معاونت پژوهشی و مراجعه به مرکز درمانی تالاسمی، در مرحله پیش آزمون، ابتدا براساس تعداد بیماران مبتلا به تالاسمی ماژور با حداقل سن ۱۲ سال و دارای پرونده پزشکی، به صورت سرشماری و با توجه به معیارهای ورود و خروج، سهم تعداد نمونه ها مشخص شده و پرسشنامه های اطلاعات جمعیت شناختی و کیفیت زندگی SF-36 در اختیار آنها قرار گرفت. جهت رعایت ملاحظات اخلاقی مطالعه، قبل از توزیع پرسشنامه رضایت آگاهانه از نمونه ها گرفته شد و توضیح درخصوص روش اجرای مداخله و اختیاری بودن شرکت در پژوهش و محرمانه بودن اطلاعات نمونه ها داده شد. سپس نمونه ها به صورت تخصیص تصادفی و بر اساس شماره پرونده بیماران در دوگروه ۳۱ نفره مداخله وکنترل قرار داده شدند. در مرحله آزمون، گروه آزمودنی به عنوان گروه مداخله شونده در سه گروه (دو گروه ۱۰ نفره و یک گروه ۱۱ نفره) قرار گرفتند که برای تشکیل گروه ها و دعوت به شرکت در مشاوره با هریک از اعضای گروه آزمون تماس گرفته و برای هرکدام، چهار جلسه مشاوره شناختی- رفتاری (طبق نظریه آلبرت الیس) و به صورت هر هفته دو جلسه و هر جلسه حدودا ۹۰-۶۰ دقیقه توسط یک مشاورکارشناس ارشد روانشناسی و در یک اتاق آرام و یک برنامه مدون، اجرا و دنبال شد. این جلسات بر پایه مداخله شناختی- رفتاری گروهی آلبرت الیس و براساس اصلاح فکر و شناخت درمانی طراحی شده است که به منظور کاهش مقاومت آزمودنی‌ها و رسیدن به مرحله گذار و فعالیت، فرصت کافی جهت مکاشفه و برقراری جو اطمینان و اعتماد به اعضای گروه داده و با استفاده از تکنیک‌ها و عوامل درمانی مختلف مانند ایفای نقش، بارش فکری، معکوس سازی نقش، جانشین سازی افکار مثبت به جای افکار منفی، خود گویی کلامی مثبت و ارائه پسخوراندهای هیجانی و رفتاری مناسب، موضوع جلسات به سمت طرح مشکلات مربوط به درمان مادام العمر بیماری تالاسمی و پیامدهای آن بر عملکرد اجتماعی ایشان و اعضای خانواده آنان و تأثیرات منفی این مشکلات بر جنبه های کیفیت زندگی بیماران سوق داده شد و عوامل شناختی و باورهای غیرمنطقی اعضاء گروه را که می‌توانست منجر به نا امیدی و یا مقاومت آنان در مقابل دریافت خدمات درمانی گردد، شناسایی و اصلاح گردید. همچنین استفاده کاربردی از شیوه های اصلاح فکر و تغییر رفتار در زندگی روزمره بیماران، به وسیله تکالیف خانگی پس از پایان هر جلسه مورد آموزش قرار گرفت. این برنامه دارای پنج بخش و چهار جلسه درمان گروهی بود که شامل اجزاء مختلف شناختی و رفتاری می شد. لازم به ذکر است که هر جلسه مستقل نیز دارای ۵ مرحله شامل گرم کردن، توضیح اعضا درباره یکی از مشکلات خود (یا بررسی تکلیف جلسه قبل)، برون ریزی و ابراز احساسات و عواطف نسبت به مشکل، تبادل نظر و استفاده از اطلاعات اعضا از یکدیگر، جمع بندی و دادن تکلیف جهت جلسه بعد می شد (جدول ۱). برای گروه کنترل هیچ گونه مداخله و آموزشی در

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-11-30]

[DOI: 10.21859/psj.16.3.11]

جدول ۱: محتوای جلسات گروه درمانی

جلسات	محتوا
اول	شرح هدف از تشکیل گروه، جهت گیری عمومی درمان و بیان نظرات اعضا، توانایی ها و علایق خود و ارائه حمایت از جانب اعضای گروه
دوم	ارتقاء خود هوشیاری افراد، بررسی مشکلات محیطی و عوامل ناخوشایند در رابطه با بیماری و تجربیات مثبت و منفی اعضا در رویارویی با مشکلات
سوم	بررسی عوامل شناختی در رابطه با رفتار ناسازگارانه و نحوه شکل گیری افکار مخرب و تجربیات ناخوشایند و دلایل ایجاد آن
چهارم	توسعه روش های سازگاری با هیجانات منفی و آموزش نحوه جایگزینی رفتار لذت بخش و تفکر سازگار با آن و انتقال آموزش به آینده و بازخورد درمانگر و اعضا به یکدیگر

نظر گرفته نشد و تنها تحت مراقبت های معمول بخش درمانی قرار گرفتند. در مرحله پس آزمون، یک ماه پس از پایان جلسات مشاوره، مجددا پرسشنامه کیفیت زندگی در اختیار هر دو گروه مداخله و کنترل قرارگرفت. . تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از آماره های توصیفی و آزمون مجذورکای انجام شد. همچنین برای مقایسه میانگین نمرات از آزمون های تی زوجی و تی مستقل (در صورت نرمال نبودن توزیع مشاهدات از آزمون‌های ویلکاکسون و من ویتنی یو) استفاده شد. نرمال بودن توزیع داده‌ها با استفاده از آزمون کلوموگروف- اسمیرونوف مورد بررسی قرار گرفت. همه نتایج با کمک نرم افزار SPSS نسخه ۲۳ و در سطح معنی داری ۰/۰۵ بدست آمدند.

یافته‌ها

در این پژوهش، ۶۲ بیمار مبتلا به تالاسمی ماژور با حداقل سن ۱۲ سال (۴۶-۱۲) شرکت کردند که از این تعداد، ۲۶ نفر مرد و ۳۶ نفر زن بودند. میانگین سن شرکت کنندگان در مطالعه در گروه مداخله ۷/۶۴ ± ۲۶/ ۷۷ و در گروه کنترل ۸/۸۱ ± ۲۵/۰۶ بود. با توجه به اینکه توزیع سن در گروه های مداخله و کنترل، نرمال بود برای مقایسه متغیر سن در دو گروه از آزمون تی مستقل استفاده شد که نشان داد تفاوت معناداری از لحاظ توزیع سنی بین دو گروه وجود ندارد (P>۰/۰۵). همچنین برای مقایسه متغیرهای دموگرافیک بین دو گروه مداخله و کنترل براساس فراوانی و درصد آن از آزمون مجذورکای استفاده شد که تفاوت آماری معناداری را در این زمینه نشان نداد (P>۰/۰۵) (جدول ۲).

برای مقایسه میانگین نمرات کیفیت زندگی و زیرحیطه های آن قبل و بعد از مداخله در هر دو گروه، از آزمون های تی زوجی و ویلکاکسون استفاده شد. یافته‌ها حاکی از آن

جدول ۲: فراوانی مشخصات دموگرافیک شرکت کنندگان در مطالعه به تفکیک دو گروه مداخله وکنترل

اطلاعات دموگرافیک		گروه مداخله فراوانی (درصد فراوانی)	گروه کنترل فراوانی (درصد فراوانی)	p-value
جنس	مرد	۱۴ (۴۵/۲)	۱۲ (۳۸/۷)	۰/۶۰۷
	زن	۱۷ (۵۴/۸)	۱۹ (۶۱/۳)	
تحصیلات	زیر دیپلم	۱۰ (۳۲/۳)	۱۶ (۵۱/۶)	۰/۲۸۷
	دیپلم	۱۱ (۳۵/۴)	۷ (۲۲/۶)	
	بالاتر از دیپلم	۱۰ (۳۲/۳)	۸ (۲۵/۸)	
تحصیلات پدر	زیر دیپلم	۱۲ (۳۸/۷)	۱۵ (۴۸/۴)	۰/۶۶۸
	دیپلم	۱۱ (۳۵/۵)	۸ (۲۵/۸)	
	بالاتر از دیپلم	۸ (۲۵/۸)	۸ (۲۵/۸)	
تحصیلات مادر	زیر دیپلم	۱۸ (۵۸/۱)	۲۱ (۶۷/۷)	۰/۷۳۲
	دیپلم	۹ (۲۹/۰)	۷ (۲۲/۶)	
	بالاتر از دیپلم	۴ (۱۲/۹)	۳ (۹/۷)	
شغل پدر	کارمند	۱۹ (۶۱/۳)	۱۷ (۵۴/۸)	۰/۶۰۷
	آزاد	۱۲ (۳۸/۷)	۱۴ (۴۵/۲)	
شغل مادر	کارمند	۴ (۱۲/۹)	۷ (۲۲/۶)	۰/۳۱۹
	خانه دار	۲۷ (۸۷/۱)	۲۴ (۷۷/۴)	
وضعیت اقتصادی خانواده	خوب	۵ (۱۶/۱)	۹ (۲۹/۰)	۰/۰۷۵
	متوسط	۱۶ (۵۱/۶)	۱۹ (۶۱/۳)	
	ضعیف	۱۰ (۳۲/۳)	۳ (۹/۷)	

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-11-30]

[DOI: 10.21859/psj.16.3.11]

بود که به جز در حیطه محدودیت عملکرد جسمی (P=۰/۰۵۹)، در سایر حیطه‌ها و نیز نمره کل قبل و بعد از مداخله در گروه مداخله، تفاوت آماری معناداری مشاهده شد (P<۰/۰۵) و این نمرات پس از انجام مداخله نسبت به قبل، افزایش نشان دادند. مقایسه اختلاف میانگین نمرات کیفیت زندگی و زیرحیطه های آن بین دو گروه مداخله و کنترل نیز با استفاده از آزمون های آماری من ویتنی یو و تی مستقل انجام شد و نتایج به دست آمده نشان دهنده این بود که به جز در حیطه عملکرد جسمی (P=۰/۳۸۸)، در سایر حیطه ها و نیز نمره کل کیفیت زندگی تفاوت آماری معناداری بین دو گروه وجود دارد (P<۰/۰۵). به گونه ای که اجرای مداخله، منجر به بهبود کیفیت زندگی و زیرحیطه های آن به میزان بیشتری در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل شد (جدول ۳).

جدول ۳: مقایسه اختلاف میانگین و انحراف معیار نمرات کیفیت زندگی و زیرحیطه های آن به تفکیک دو گروه مداخله وکنترل

حیطه ها	گروه مداخله			گروه کنترل		p-value**
	قبل از مداخله	بعد از مداخله	p-value*	قبل از مداخله	بعد از مداخله	p-value*
عملکرد جسمی	۸۰/۳۲± ۱۹/۴۰	۸۴/۳۵ ± ۱۷/۵۴	۰/۰۱۶	۷۸/۵۴ ± ۲۰/۸۶	۷۷/۲۵ ± ۱۸/۵۲	۰/۳۶۰	۰/۳۸۸
محدودیت عملکرد جسمی	۷۵/۰۰ ± ۳۷/۰۸	۸۳/۰۶ ± ۲۶/۹۱	۰/۰۵۹	۶۳/۷۰ ± ۳۵/۲۶	۵۵/۶۴ ± ۴۱/۱۸	۰/۰۱۹	۰/۰۰۴
محدودیت نقش عاطفی	۶۳/۴۴ ± ۴۰/۶۹	۷۵/۲۶ ± ۳۴/۳۹	۰/۰۱۹	۶۳/۴۴ ± ۳۴/۸۰	۵۸/۰۶ ± ۴۱/۲۴	۰/۳۴۲	۰/۰۴۰
شادابی و نشاط	۶۴/۰۳ ± ۲۲/۵۲	۷۱/۹۳ ± ۱۹/۰۴	۰/۰۰۱	۶۱/۴۵ ± ۲۰/۰۹	۶۲/۵۸ ± ۱۹/۶۵	۰/۶۲۸	۰/۰۳۹
سلامت روان	۶۳/۳۵ ± ۲۷/۰۳	۷۲/۲۵± ۱۸/۴۱	۰/۰۰۱	۶۳/۰۹ ± ۲۲/۱۴	۵۸/۰۶ ± ۲۳/۹۹	۰/۰۸۹	<۰/۰۰۱
عملکرد اجتماعی	۷۲/۰۶ ± ۳۰/۱۸	۸۵/۶۲ ± ۲۰/۳۵	۰/۰۰۲	۷۸/۰۳ ± ۱۸/۹۱	۷۶/۱۲ ± ۲۲/۱۴	۰/۶۱۴	<۰/۰۰۱
درد بدنی	۷۳/۷۹ ± ۲۵/۶۵	۸۱/۸۸ ± ۲۲/۵۳	۰/۰۰۸	۷۴/۸۲ ± ۲۴/۵۱	۷۱/۳۸ ± ۲۲/۰۷	۰/۲۹۸	۰/۰۰۴
سلامت عمومی	۵۹/۴۱ ± ۲۲/۹۴	۷۲/۳۹ ± ۲۱/۱۲	<۰/۰۰۱	۵۹/۳۲ ± ۲۴/۶۹	۵۲/۳۲ ± ۲۶/۰۵	۰/۰۷۳	<۰/۰۰۱
نمره کل	۶۸/۹۲ ± ۲۱/۹۵	۷۸/۳۴ ± ۱۶/۵۷	<۰/۰۰۱	۶۷/۸۰ ± ۱۹/۳۴	۶۳/۹۳ ± ۲۰/۷۰	۰/۱۴۳	<۰/۰۰۱

* مقایسه میانگین نمرات قبل و بعد از مداخله در دو گروه

** مقایسه میانگین تغییر نمرات قبل و بعد از مداخله بین دو گروه

بحث

تالاسمی ماژور، شایع ترین بیماری ارثی در دنیا و کشور ایران است. این بیماری به علت خوشایند نبودن، طولانی و مکرر بودن رژیم های درمانی مورد استفاده برای درمان و به بیان دیگر اثرگذاری تشخیص بیماری و درمان، شرایط مزمن و نیز عوارض ناشی از بیماری می تواند جنبه های مختلف زندگی و نیز میزان تعاملات با محیط فیزیکی و اجتماعی را در بسیاری از بیماران تحت تاثیر قرار دهد. به گونه ای که اثرات شدید و قابل ملاحظه ای بر سلامت عمومی، سلامت روانی و کیفیت زندگی بیماران و خانواده های آنها داشته باشد [۲۷،۲۸]. لذا این مطالعه با هدف تعیین تاثیر مشاوره بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به تالاسمی ماژور انجام شد.

کیفیت زندگی و به طور بسیار تخصصی سلامتی در رابطه با کیفیت زندگی حیطه های سلامت جسمی، روانی و اجتماعی را در بر می گیرد و به وضوح دیده می شود که این سلامتی تحت تأثیر عقاید، تجارب و انتظارات و درک فرد قرار می گیرد [۲۸]. از طرفی هم در بین بیماران مبتلا به بیماری مزمن، سیر بیماری طولانی مدت، لزوم درمان مداوم و ناتوان کننده و عواقب جسمی، عاطفی و اجتماعی از جمله عوامل مرتبط با کیفیت زندگی هستند [۲۹]. یافته های پژوهش خالدی و همکاران نشانگر این بود که کیفیت زندگی کودکان مبتلا به تالاسمی در ابعاد جسمی، عاطفی، اجتماعی و عملکرد مدرسه به طور معناداری پایین تر از گروه کنترل بود (P=۰/۰۰۱) [۲۸]. نتایج نشان داد که بین میانگین نمرات به دست آمده قبل و بعد از مداخله در گروه مداخله، به جز در حیطه محدودیت عملکرد جسمی، در سایر حیطه های کیفیت زندگی تفاوت های آماری معنی داری وجود دارد و نمرات این حیطه ها بعد از انجام مداخله افزایش یافتند. در مطالعات توفیقیان و همکاران [۳۰] و باقری و همکاران [۳۱] بر روی بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد، Cajanding [۲۹] بر روی بیماران با نارسایی قلبی، Costa و همکاران [۳۲] در اختلال دوقطبی و Caller و همکاران [۳۳] در اپی لپسی نیز انجام مداخله به صورت مشاوره گروه درمانی و آموزش های گروهی و پرستارمحور درگروه مداخله باعث افزایش قابل ملاحظه در نمرات میانگین هریک از ابعاد و حیطه های کیفیت زندگی(جسمی، عاطفی، روانی و اجتماعی) شده بود و اختلاف آماری معناداری بین نمرات قبل و بعد از اجرای مداخله وجود داشت. همچنین در مطالعات انجام شده توسط هروی کریموی و همکاران [۳۴،۳۵] که بر روی بیماران مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی درمانی انجام شده

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-11-30]

[DOI: 10.21859/psj.16.3.11]

بود، اجرای مشاوره باعث بهبود قابل توجه در نمرات مقیاس های عملکردی جسمانی، احساسی و اجتماعی و کاهش میزان خستگی و درد بدنی بیماران شده بود.

در این پژوهش نمره عملکرد جسمی بیماران گروه مداخله بعد از انجام مداخله افزایش معناداری داشت ولی در حیطه محدودیت جسمی این تفاوت معنادار نبود. در مطالعه پروین و همکاران [۳۶] نیز که تاثیر گروه درمانی را بر ابعاد سلامت روان مادران بیماران مبتلا به تالاسمی بررسی کرده بودند، انجام مشاوره گروه درمانی باعث بهبود بعد جسمی سلامت روان در گروه مداخله شده بود. درحالیکه در مطالعه Rufer و همکاران [۳۷] عملکرد فیزیکی در مبتلایان به اختلال هراس و در پژوهش Lechner و همکاران [۳۸] رفاه جسمی زنان مبتلا به ایدز بعد از انجام گروه درمانی تفاوت آماری معناداری نسبت به قبل نداشت. ممکن است نتایج این مطالعات به نوع بیماری و وضعیت فردی و استرس های محیطی بیماران مربوط باشد. در اختلال هراس، سلامت جسمی، بیشتر با اضطراب و نگرانی های مرتبط با علائم هراس در مورد سلامتی مرتبط بوده است. در پژوهش Lechner و همکاران نیز نمونه ها را فقط زنان تشکیل می دادند و این افراد نسبت به عوامل استرس زای حاد از جمله کاهش عملکرد فیزیکی در نتیجه عفونت های فرصت طلب، مشکلات مالی و کاهش توانایی برای انجام نقش ها بیشتر مستعد و آسیب پذیر هستند.

نمره شادابی و نشاط در بیماران گروه مداخله پس از اجرای مشاوره افزایش معناداری نسبت به قبل از آن داشت. این یافته با مطالعه Watanabe و همکاران [۳۹] در بیماران با اختلال اضطراب اجتماعی همخوانی داشت. درحالیکه در پژوهش های Rufer و همکاران [۳۷] در اختلال هراس و Lechner و همکاران [۳۸] بر روی زنان مبتلا به ایدز، بیماران بهبود قابل توجهی در انرژی و نشاط کسب نکردند. به نظر می رسد یافته های این مطالعات متاثر از وضعیت روانی بیماران و یا عدم اثربخشی کافی و مناسب مداخله در این زمینه بوده است. همچنین در زنان مبتلا به ایدز تاثیر همزمان مصرف داروها با عوارض جانبی گسترده با کاهش احساس خوب بودن همراه است.

نمره عملکرد اجتماعی بیماران در گروه مداخله بعد از انجام مداخله نسبت به قبل از آن به صورت معناداری افزایش پیدا کرد. در مطالعه Diefenbach و همکاران [۴۰] عملکرد اجتماعی در اختلال وسواسی جبری و در مطالعه پروین و همکاران [۳۶] نیز بعد اجتماعی سلامت روان در گروه مداخله پس از گروه درمانی بهبود یافت. این درحالی بود که در پژوهش Lechner و همکاران [۳۸]در عملکرد اجتماعی بیماران مبتلا به ایدز تحت گروه درمانی تفاوت معناداری نسبت به قبل مشاهده نشد. این تفاوت ممکن است متاثر از نوع بیماری مورد مطالعه و مداخله باشد که می تواند همراه با عوامل فردی و استرس زای محیطی بر نقش پذیری اجتماعی تاثیر بگذارد.

طبق نتایج مطالعه خانی و همکاران که یک پژوهش توصیفی مقطعی بود، بیماران مبتلا به تالاسمی ماژور سلامت روانی مطلوبی نداشتند و در معرض ابتلا به انواع اختلالات روانپزشکی قرار داشتند و کیفیت زندگی آنها در سطح پایینی بود [۴۱]. در حیطه سلامت روان، بیماران گروه مداخله بعد از اجرای مشاوره بهبود قابل ملاحظه ای پیدا کردند و تفاوت میانگین نمره قبل و بعد این حیطه کیفیت زندگی معنادار بود. در مطالعات Lechner و همکاران [۳۸] و Watanabe و همکاران [۳۹] نیز افزایش معناداری در نمره سلامت روان کسب شد. همچنین در پژوهش پروین و همکاران [۳۶] بهبود قابل توجهی در بعد اضطراب و افسردگی سلامت روان در گروه مداخله بعد از انجام گروه درمانی ایجاد شدکه با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت. این درحالی بود که یافته های حاصل از پژوهش Karlsen و همکاران [۴۲] بر روی بیماران دیابت نوع I و II که در آن گروه مداخله بعد از انجام برنامه گروه درمانی بهبود قابل توجهی در سلامت روانی کسب نکردند با نتایج مطالعه حاضر غیر همسو بود. به نظر می رسد شرایط بیماری دیابت، رژیم روزانه درمانی و نگرانی در مورد خطر توسعه عوارض بلند مدت بیماری به عنوان یک منبع مداوم استرس، بر سلامت روان بیماران اثرگذار بوده است.

همچنین نتایج آزمون های آماری نشان داد که به جز حیطه عملکرد جسمی، در سایر حیطه ها و نیز نمره کل کیفیت زندگی، اختلاف آماری معناداری در میانگین این نمرات بین دو گروه مداخله و کنترل وجود دارد. به گونه ای که مداخله، منجر به بهبود کیفیت زندگی و زیرحیطه های آن به میزان بیشتری در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل شده بود. این یافته با نتایج مطالعات باقری و همکاران [۳۱]، هروی کریموی و همکاران [۳۴،۳۵] ، Cajanding [۲۹] و Caller و همکاران [۳۳] همخوانی داشت. یافته های پژوهش پروین و همکاران [۳۶] نیز در همه ابعاد سلامت روان و سلامت کل پس از انجام مداخله درمانی اختلاف معنی دار آماری را بین دو گروه مداخله و کنترل نشان داد. با این وجود در مطالعه توفیقیان و همکاران [۳۰] با عنوان تاثیر مشاوره فردی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد، اختلاف آماری در بعد سلامت روانی بین دو گروه مداخله و کنترل بعد از انجام مشاوره معنادار بود ولی این اختلاف در ابعاد سلامت جسمی و اجتماعی و همچنین نمره کل کیفیت زندگی بیماران بین دو گروه پس از مشاوره معنادار نبود. این اختلاف ممکن است به علت تفاوت در روش اجرای پژوهش باشد چرا که در مطالعه اخیر مشاوره به صورت فردی انجام شده است. همچنین خصوصیات، باورها و استعدادهای فردی بیماران نیز می تواند در این نتیجه دخیل باشد.

در اجرای این پژوهش محدودیتهایی در زمینه همکاری

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-11-30]

[DOI: 10.21859/psj.16.3.11]

برخی بیماران در شرکت در جلسات مشاوره و همچنین تعداد کل نمونه ها وجود داشت که سعی بر آن شد که با انتخاب حداکثر افراد واجد شرایط برای شرکت در مطالعه و ارائه توضیحات لازم در خصوص هدف انجام پژوهش و تاثیرگذاری آن بر بیماران، این محدودیت ها کاهش یابند.

نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که اجرای برنامه درمانی مشاوره گروهی با رویکرد شناختی رفتاری به طور موثری باعث بهبود کیفیت زندگی بیماران تالاسمی ماژور می گردد. همچنین استفاده از تکنیک ها و مهارت های درمان شناختی رفتاری در قالب جلسات مشاوره گروهی باعث اصلاح افکار منفی و خطاهای شناختی و نیز تغییر رفتار در جهت توسعه روش های سازگاری بیماران گردید. بنابراین پیشنهاد می شود که برنامه های آموزش و مشاوره گروهی با رویکرد های شناختی رفتاری با هدف ایجاد بیشتر حس مشارکت و افزایش سازگاری با بیماری و کیفیت زندگی برای بیماران مبتلا به تالاسمی ماژور اجرا شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله از پایان نامه کارشناسی ارشد دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی بوشهر استخراج شده است و مصوب شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی بوشهر بوده و با کد IRCT2016070328750N1 در مرکز مطالعات کارآزمایی بالینی ایران ثبت شده است. از مرکز توسعه پژوهش های این مطالعه برای نویسنده هیچ‌گونه تضاد منافعی نداشته است.بالینی بیمارستان شهدای خلیج فارس بوشهر، مسئولین محترم مرکز درمانی تالاسمی بوشهر و تمامی بیمارانی که در اجرای این این مطالعه برای نویسنده هیچ‌گونه تضاد منافعی نداشته است.پژوهش ما را یاری نمودند، سپاسگزاریم.

تضاد منافع

این مطالعه برای نویسنده هیچ‌گونه تضاد منافعی نداشته است.

REFERENCES

1. Shasti S, Mirhaghjou S N, Masouleh Sh R, Emami Sigarodi A, Atrkar Roshan Z. Study the Life Skills of 11-19 year old Children affected by Thalassemia referring to Educational and Remedial Centers in Rasht city from their Mothers' Point of View 2009-2010. Journal of School of Nursing and Midwifery, Guilan. 2010; 20(63):16 – 21 .(Persian)
2. Galanello R, Origa R. Beta-thalassemia.Orphanet. Journal of Rare Diseases. 2010; 5(11):1-15
3. El Dakhakhny A M, Hesham M A, Mohamed S E, Mohammad F N. Quality of Life of School Age Thalassemic Children at Zagazig City. Journal of American Science. 2011;7(1):186 - 97
4. Saki N, Dehghanifard A, Kaviani S, Jalali Far M A, Mousavi S H, Al Ali K,et al. Beta Thalassemia: Epidemiology and Diagnostic and Treatment Approaches in Iran. Genetics in the Third Millennium. 2012; 10(1):2674-83 (Persian)
5. Khodaei Gh H, Farbod N, Zarif B, Nateghi S, Saeidi M. Frequency of thalassemia in Iran and Khorasan Razavi. International journal of Pediatrics. 2013; 1(1): 45-50. (Persian)
6. Zarea K, Baraz Pordanjani Sh, Pedram M, Pakbaz Z. Quality of Life in Children with Thalassemia who Referred to Thalassemia Center of Shafa Hospital. Care of chronic diseases Jundishapur J. 2012; 1(1):45-53. (Persian)
7. Surapolchai P, Satayasai W, Sinlapamongkolkul Ph, Udomsubpayakul U. Biopsychosocial Predictors of Health-Related Quality of Life in Children with Thalassemia in Thammasat University Hospital. J Med Assoc Thai. 2010; 93(7): 65-75
8. Yazdi Kh, Sanagou A, Jouybari L. Psychosocial, social and financial problems with coping strategies among families with thalassemic patients. Journal of Gorgan University of Medical Sciences .2007; 9(2):71-5. (Persian)
9. Siddiqui S H, Ishtiaq R, Sajid F, Sajid R. Quality of Life in Patients with Thalassemia Major in a Developing Country. Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan. 2014; 24(7):477- 80.
10. Caocci G, Efficace F, Ciotti F, Roncarolo M G,Vacca A, Piras E,et al. Health related quality of life in Middle Eastern children with beta-thalassemia. BMC Blood Disorders .2012; 12(6):1-7
11. Alijany-Renany H, Tamaddoni A, Haghighy-zadeh M H, Pourhosein S. The effect of using partnership care model on the quality of life in the school-age children with β-thalassemia. Journal of Shahrekord University of Medical Sciences. 2012; 14(1): 41- 9. (Persian)
12. Ismail A, Campbell M J, Ibrahim H M, Jones G L. Health related quality of life in Malaysian children with thalassemia. Health and Quality of Life Outcomes. 2006; 4(39):1-8
13. Baghianimoghadam M H, Sharifirad G h, Rahaei Z, Baghianimoghadam B, Heshmati. Health Related Quality of Life in children with Thalassemia assessed on the basis of SF-20 Questionnaire in Yazd, Iran: A Case-Control Study. Central European journal of public health. 2011; 19(3): 165-69. (Persian)
14. Zeighami Mohammadi Sh, Tajvidi M. Relationship between spiritual well-being with hopelessness and social skills in Beta-thalassemia major adolescents (2010). Modern Care Journal. 2011; 8(3):116 – 24. (Persian)
15. Salehi M, Mirbehbahani N B, Jahazi A, Aghebati Amlashi Y. General health of beta-thalassemia major patients in Gorgan , Iran. Journal of Gorgan University of Medical Sciences. 2014; 16 (1):120- 5. (Persian)
16. Hajibeigi B, Azarkeyvan A, Alavian S M, Moghani Lankarani M, Assari Sh. Anxiety and depression affects life and sleep quality in adults with beta-thalassemia. Indian Journal of Hematology and Blood Transfusion. 2009; 25(2): 59- 65. (Persian)
17. Mazzone L, Battaglia L, Andreozzi F, Romeo M A, Mazzone D. Emotional impact in β-thalassemia major children following cognitive - behavioural family therapy and quality of life of caregiving Mothers. Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health. 2009; 5(5):1- 6
18. Anie KA, Massaglia P. Psychological therapies for thalassemia (Review). The Cochrane Library. 2014; (3):1-12
19. Ramezani T. Depression and counselling needs in women with breast cancer reffering to chemotherapy in Kerman. Andeesheh Va Raftar. 2000; 6(4):70 -7 (Persian)
20. Chesson R A, Chisholm D, Zaw W. Counseling children with chronic physical illness. Patient Education and Counseling. 2004;55(3):331-8
21. Kheirkhah M, Vahedi M, Jenani S P. The Effect of Group Counseling on Infertility Adjustment of infertile women in Tabriz Al-Zahra clinic. The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility. 2014; 17(113):7-14. (Persian)
22. Modarres M, Rahimikian F, Mehran A. Impact of Pre-Hysterectomy Counseling on Depression among Patients

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-11-30]

[DOI: 10.21859/psj.16.3.11]

Reffered to TUMS Hospitals. Hayat, Journal of hayat. 2013; 19(2): 40-50. (Persian)
23. Hadi N, karami D, Montazeri A. Health-related quality of life in patients with thalassemia major .Payesh quarterly. 2009; 8(4): 387-93. (Persian)
24. Qu B, Guo HQ, Liu J, Zhang Y, Sun G. Reliability and validity testing of the SF-36 questionnaire for the evaluation of the quality of life of Chinese urban construction workers. Journal of International Medical Research. 2009; 37(4):1184- 90
25. Ware J E, Gandek B. Overview of the SF-36 Health Survey and the International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. Journal of Clinical Epidemiology. 1998; 51(11): 903-12
26. Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M. Translation, reliability and validity of the Persian version of the SF-36 standard tool. Journal of Payesh. 2006; 5(1): 49-56. (Persian)
27. Jafari H, Lahsaeizadeh S, Jafari P, Karimi M. Quality of life in thalassemia major: Reliability and validity of the Persian version of the SF-36 questionnaire. Journal of postgraduate medicine. 2008; 54(4):273-5. (Persian)
28. Khaledi Sh, Moridi G, Valiee S. Comparison the quality of life of healthy and Thalassemic children.Nursing Research. 2013;8(29):87-94. (Persian)
29. Cajanding RJ M. The Effectiveness of a Nurse-Led Cognitive–Behavioral Therapy on the Quality of Life, Self-Esteem and Mood Among Filipino Patients Living With Heart Failure: a Randomized Controlled Trial. Applied Nursing Research. 2016; 31:86-93
30. Tofighiyan T, Najjar L, Akaberi A, Shegarf Nakhaei M R. The effect of individual counseling on quality of life of patients with myocardial infarction .J Sabzevar Univ Med Sci. 2010; 16(4):206-12. (Persian)
31. Bagheri H, Memarian R, Elhani F. The effects of group counseling on quality of life in patients with myocardial infarction admitted to Hospital Clinic of Imam Khomeini and Shariati Tehran. Hakim Research Journal. 2006; 6(4):89- 95. (Persian)
32. Costa RT, Cheniaux E, Rangé B P, Versiani M, Nardi A E. Group cognitive behavior therapy for bipolar disorder can improve the quality of life. Brazilian Journal of Medical and Biological Research. 2012; 45(9): 862- 8
33. Caller TA, Ferguson R J, Roth R M, Secore K L, Alexandre F P, Zhao W,et al. A cognitive behavioral intervention (HOBSCOTCH) improves quality of life and attention in epilepsy. Epilepsy & Behavior. 2016; 57:111- 7
34. Heravi Karimoi M, Pourdehghan M, Faghih Zadeh S, Montazeri A, jadid Milani M.The effects of Group Counseling on Symptom Scales of Life Quality in Patients with Breast Cancer Treated by Chemotherapy. J Kermanshah Univ Med Sci. 2006; 10(1):10 -22. (Persian)
35. Heravi Karmoi M, Pourdehghan M, Faghih Zadeh S, Montazeri.The effects of Group Counseling on Functional Scales of Life Quality in Patients with Breast Cancer Treated by Chemotherapy. Scientific Journal of Shahed University. 2006; 13(62):69 -78. (Persian)
36. Parvin N, Alavi A, Alidoust E, Forouzandeh N, Hosein zadeh Sh, Kamkhah A, et al. The effects of group therapy on mental health condition in mothers of thalassemic patients. Journal of Shahrekord Uuniversity of Medical Sciences. 2008;10(3): 37-43. (Persian)
37. Rufer M, Albrecht R, Schmidt O, Zaum J, Schnyder U, Hand I, et al. Changes in quality of life following cognitive-behavioral group therapy for panic disorder. European Psychiatry. 2010; 25(1): 8-14
38. Lechner S C, Antoni M H, Lydston D, LaPerriere A, Ishii M, Devieux J,et al. Cognitive–behavioral interventions improve quality of life in women with AIDS. Journal of Psychosomatic Research. 2003; 54(3): 253- 61
39. Watanabe N, Furukawa TA, Chen J, Kinoshita Y, Nakano Y, Ogawa S,et al. Change in quality of life and their predictors in the long-term follow-up after group cognitive behavioral therapy for social anxiety disorder: a prospective cohort study. BMC psychiatry. 2010;10(1): 1-10
40. Diefenbach G H, Abramowitz J S, Norberg M M, Tolin D S. Changes in quality of life following cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. Behaviour Research and Therapy. 2007; 45(12):3060- 8
41. Khani H, Majdi M R, Azad Marzabadi E, Montazeri A,Ghorbani A, Ramezani M,et al. Quality of life in Iranian Beta-thalassemia major patients of southern coastwise of the Caspian Sea. Journal of Behavioral Sciences. 2009; 2(4):325 -32. (Persian)
42. Karlsen B, Idsoe Th, Dirdal I, Hanestad B R, Bru E. Effects of a group-based counselling program on diabetes-related stress, coping, psychological well-being and metabolic control in adults with type 1 or type 2 diabetes. Patient Education and Counseling. 2004; 53(3): 299 – 308

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-11-30]

[DOI: 10.21859/psj.16.3.11]