خون
فصلنامه پژوهشی
دوره ۱۳ شماره ۱ بهار ۹۵ (۸۲-۷۲)

مقاله پژوهشی

کیفیت زندگی، افسردگی، اضطراب و استرس در بیماران بالای ۱۸ سال مبتلا به تالاسمی ماژور

سعید پورمنصوری[۱]، مهرناز احمدی[۲]، عبدالعلی شریعتی[۳]، بیژن کیخایی[۴]

چکیده

سابقه و هدف

بیماران تالاسمی ماژور در برخورد با عوارض جدی آن دچار مشکلات جسمی و روانی متعددی می‌شوند که بر کیفیت زندگی آن‌ها تأثیرگذار است. هدف این مطالعه، تعیین کیفیت زندگی، افسردگی، اضطراب و استرس در بیماران بالای ۱۸ سال مبتلا به تالاسمی ماژور بود.

مواد و روش‌ها

در این مطالعه مقطعی، ۱۴۲ بیمار (۷۷ زن، ۶۵ مرد) بالای ۱۸ سال تالاسمی ماژور مراجعه‌کننده به درمانگاه تالاسمی بیمارستان شفا اهواز در سال ۱۳۹۳ به روش سرشماری بررسی شدند. ابزار گردآوری اطلاعات شامل پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و کیفیت زندگی SF ۳۶ و DASS ۲۱ بود. داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی، آزمون‌های t مستقل، آنالیز واریانس یک طرفه و ضریب همبستگی پیرسون در نرم افزار آماری SPSS ۱۹ تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها

میانگین نمره کیفیت زندگی ۱۸/۱۲ ± ۶۳/۵۳ ، افسردگی ۵/۰۷ ± ۶/۶۴ ، اضطراب ۳/۹۵ ± ۵/۰۳ و استرس ۴/۹۸ ± ۷/۶۸ بود. بین کیفیت زندگی با افسردگی($p< ۰/۰۰۱$ ، $r = - ۰/۵۸$)، اضطراب($p< ۰/۰۰۱$ ، $r= - ۰/۵۲$) و استرس($p< ۰/۰۰۱$ ، $r = - ۰/۴۵$) ارتباط معنادار و معکوس وجود داشت. افسردگی، اضطراب و استرس به طور معناداری در افراد با سطح تحصیلات دیپلم و پایین‌تر، مبتلا به عوارض بیماری و نامنظم در دریافت داروی آهن‌زدا شیوع بیشتری داشت.

نتیجه گیری

مطالعه نشان داد بیماران مبتلا به تالاسمی ماژور کیفیت زندگی پایینی دارند و درصد بالایی از بیماران از افسردگی، اضطراب و استرس متوسط تا شدیدی رنج می‌برند. بدیهی است با بهبود وضعیت درمانی، اجتماعی و اقتصادی و حمایت‌های روانی از بیماران، کیفیت زندگی آن‌ها به حد مطلوبی ارتقا خواهد یافت.

کلمات کلیدی: **کیفیت زندگی، افسردگی، اضطراب، استرس، بتا تالاسمی**

تاریخ دریافت : ۹۴/۳/۳
تاریخ پذیرش : ۹۴/۹/۲

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری ـ دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی کاشان ـ کاشان ـ ایران
۲- مؤلف مسئول: کارشناس ارشد پرستاری ـ مربی گروه پرستاری ـ دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز ـ اهواز ـ ایران ـ صندوق پستی: ۱۵۷۹۴-۶۱۳۵۷
۳- کارشناس ارشد پرستاری ـ مربی گروه پرستاری ـ دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز ـ اهواز ـ ایران
۴- فوق تخصص خون و انکولوژی ـ استاد گروه هماتولوژی و ا نکولوژی، پژوهشکده سلامت، مرکز تحقیقات تالاسمی و هموگلوبینوپاتی ـ دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز ـ اهواز ـ ایران

[Downloaded from bloodjournal.ir on 2026-11-07]

مقدمه

تالاسمی یک بیماری مادرزادی اتوزوم مغلوب است و نوعی هموگلوبینوپاتی ارثی ناشی از نقص ساخت زنجیره‌های گلوبین می‌باشد که درمان‌های پزشکی ویژه‌ای را می‌طلبد و این بیماران را جهت بقا، نیازمند تزریق مرتب خون و جابه‌جا کننده آهن (شلاتور) می‌سازد(۱). تالاسمی از شایع‌ترین بیماری‌های ژنتیکی در ایران و جهان به شمار می‌رود(۲) حدود ۳۰۰ میلیون بیمار تالاسمی در سراسر جهان وجود دارد که ۵۵ میلیون آن‌ها در جنوب شرقی آسیا زندگی می‌کنند(۳). ایران با حدود ۲۰۰۰۰ بیمار تالاسمیک و ۳ میلیون ناقل تالاسمی، یکی از کشورهایی است که بر روی کمربند تالاسمی در جهان قرار گرفته و به ترتیب بیشترین شیوع در استان‌های مازندران، فارس و خوزستان به‌چشم می‌خورد(۵، ۴).

تالاسمی یک بیماری مزمن است که دامنه وسیعی از مشکلات جسمی، روحی و روانی را در بیماران ایجاد می‌کند. تأثیر تالاسمی در سلامت جسمانی همانند ایجاد تغییرات جسمی، عقب ماندگی رشد و تاخیر در بلوغ جنسی مشکلات عدیده‌ای را در این بیماران به دنبال خواهد داشت و باعث تغییر در تصور از خویشتن در این بیماران می‌شود(۳). این بیماری محدودیت‌های زیادی در زندگی بیماران ایجاد نموده و بالقوه تهدیدکننده زندگی است و باعث ایجاد اختلالات قابل توجه در فعالیت‌های اجتماعی و آموزشی بیمار می‌شود(۱).

امروزه به‌کمک روش‌های درمانی موجود و استفاده از داروهای جدید جهت بهبود کنترل اضافه بار آهن و شروع به موقع درمان، این بیماری به یک بیماری مزمن تبدیل شده و امید به زندگی در این بیماران افزایش یافته است (۷، ۶، ۱). با این حال، استفاده مکرر و طولانی مدت از داروها بر جنبه‌های دیگری از زندگی این بیماران تأثیرگذار بوده و به طور قابل توجهی سلامت عمومی، سلامت روان و کیفیت زندگی این بیماران و خانواده‌های آن‌ها را تحت تأثیر قرار داده است(۸). مطالعه‌ها نشان داده که این بیماران کیفیت زندگی پایین‌تری نسبت به عموم دارند(۹). از سوی دیگر هنگام رسیدن به سن جوانی، علاوه بر مشکلات جسمی و محدودیت‌های عملکردی، مشکلاتی چون تشکیل خانواده، تحصیلات عالی و یافتن شغل مناسب گریبانگیر بیمار، خانواده و نظام درمانی کشور می‌شود و این، خود عاملی است که باعث به وجود آمدن مشکلات روانی متعدد در این بیماران شده و بر کیفیت زندگی آن‌ها تاثیر منفی دارد (۱۲-۱۰).

بیماران مبتلا به تالاسمی، عوارض سایکولوژیکی نظیر اختلالات عاطفی، ناامیدی و مشکل در برقراری ارتباطات اجتماعی نیز دارند(۲). به طور کلی در این بیماری بار روانی بر بسیاری از جنبه‌های زندگی مانند آموزش، اوقات فراغت، فعالیت‌های فیزیکی، مهارت‌ها و قابلیت باروری و تنظیم خانواده تأثیر می‌گذارد که اغلب در نتیجه اضطراب، انزوا و افسردگی بیمار است(۱). دلایل بسیاری از جمله مزمن شدن بیماری، هزینه‌های درمان و انتظار مرگ، باعث ایجاد مشکلات روانی در بیماران مبتلا به تالاسمی شده است(۸). مطالعه محمدی و همکاران نشان داد که ۱۸/۸٪ از بیماران تالاسمی از افسردگی و ۴۹٪ از اضطراب و بی‌خوابی رنج می‌برند و ۸۷/۵٪ دچار اختلال در عملکرد اجتماعی هستند. این مطالعه نشان داد در کل ۶۲/۵٪ از بیماران دچار اختلال در سلامت روان هستند و ۷۲/۵٪ نیز کیفیت زندگی متوسطی را گزارش دادند(۱۲). سایر مطالعه‌ها نیز نشان دادند که بیماران تالاسمی ماژور، افسردگی و اختلالات روانی بیشتر و کیفیت زندگی ضعیفتری نسبت به افراد سالم دارند(۱۵-۱۳، ۳).

سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی را به عنوان "درک افراد از وضعیت زندگی، در قالب فرهنگ و ارزش‌های حاکم بر جامعه و در ارتباط با اهداف، انتظارات و علایق خود " تعریف می‌کند. بر اساس این تعریف، کیفیت زندگی، ارتباط تنگاتنگی با وضعیت حسی، روانی، اعتقادات شخصی، میزان خود اتکایی، ارتباطات اجتماعی و محیط زیست دارد(۱۶). اگر چه مطالعات متعددی در زمینه کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به تالاسمی ماژور در دسترس هستند، ولی اکثر این مطالعه‌ها به بررسی کیفیت زندگی یا تفاوت‌های بین کیفیت زندگی این بیماران و گروه شاهد می‌پردازند و کمتر به بررسی پارامترهای روانی از جمله افسردگی، اضطراب و استرس که خود تاثیرگذار بر کیفیت زندگی بیماران است، پرداخته شده است(۲۰-۱۷، ۱۵-۱۳،

[Downloaded from bloodjournal.ir on 2026-11-07]

۹، ۸، ۱). بهبود کیفیت زندگی افراد مبتلا به تالاسمی ماژور و تدوین سیاست‌های بهداشتی و اجتماعی به منظور برنامه‌ریزی صحیح جهت پیشگیری، تشخیص و درمان به موقع مشکلات جنبه‌های مختلف زندگی این بیماران و ارتقای سطح سلامت آن‌ها، مستلزم داشتن اطلاعات کافی در مورد ابعاد مختلف زندگی و به ویژه وضعیت روحی روانی این افراد است لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین کیفیت زندگی، افسردگی، اضطراب و استرس در بیماران بالای ۱۸ سال مبتلا به تالاسمی ماژور در شهر اهواز انجام شد.

مواد و روش‌ها

این پژوهش یک مطالعه توصیفی تحلیلی بود که در درمانگاه تالاسمی بیمارستان شفا اهواز در سال ۱۳۹۳ جهت تعیین کیفیت زندگی، افسردگی، اضطراب و استرس در بیماران مبتلا به تالاسمی ماژور بالای ۱۸ سال انجام شد. این مطالعه توسط کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی کاشان تصویب شد(کد اخلاق: ۴۸۵۰) و تمام شرکت‌کننده‌ها رضایت کتبی و شفاهی خود را جهت شرکت در پژوهش اعلام نمودند. معیارهای ورود به مطالعه شامل کلیه بیماران مبتلا به تالاسمی ماژور بالای ۱۸ سال بود(۲۲۴ نفر) و جمع‌آوری داده‌ها به روش سرشماری از کل جمعیت صورت گرفت. به این منظور، محقق پس از کسب اجازه از معاون پژوهشی دانشکده پرستاری- مامایی و دانشگاه علوم پزشکی اهواز و رئیس بیمارستان شفا و پس از هماهنگی‌های لازم، به درمانگاه تالاسمی واقع در بیمارستان شفا مراجعه کرد. جهت دستیابی به نمونه‌ها، پرونده کلیه بیماران مبتلا به بیماری تالاسمی که سن آن‌ها بالای ۱۸ سال بود استخراج شد، سپس از اول اردیبهشت تا پایان خرداد ۱۳۹۳ به مدت دو ماه، محقق در درمانگاه حضور یافته ضمن معرفی خود و بیان هدف پژوهش به این بیماران و جلب رضایت ایشان اقدام به تکمیل پرسشنامه‌ها نمود. در طی ۲ ماه مراجعه روزانه به درمانگاه، به ۱۷۵ بیمار از کل جامعه پژوهش دسترسی پیدا شد که از این تعداد حدود ۱۸ بیمار راغب به همکاری نبودند لذا جمعاً ۱۵۷ پرسشنامه توزیع گردید که از این تعداد نیز حدود ۱۵ پرسشنامه ناقص تحویل داده شد که قابل استفاده نبود. بنابراین نمونه‌های این پژوهش را ۱۴۲ بیمار مبتلا به تالاسمی ماژور بالای ۱۸ سال تشکیل دادند که با رضایت خود در پژوهش شرکت نمودند.

ابزار جمع‌آوری اطلاعات شامل پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک، پرسشنامه کیفیت زندگی SF ۳۶ و پرسشنامه DASS ۲۱ بود. پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک شامل سن، جنس، وضعیت تاهل، سطح تحصیلات، شغل و تبعیت از درمان با داروهای آهن‌زدا بود. جهت سنجش کیفیت زندگی از پرسشنامه SF ۳۶ استفاده شد. این پرسشنامه توسط سازمان جهانی بهداشت جهت بررسی ابعاد کیفیت زندگی طراحی شده و به زبان فارسی برگردانده شده است که هشت بعد کیفیت زندگی شامل عملکرد جسمی، محدودیت جسمی، درد جسمانی، سلامت عمومی، نشاط، عملکرد اجتماعی، مشکلات روانی و سلامت روان را بررسی می‌کند و دارای دو سنجش خلاصه نیز می‌باشد که از ادغام مقیاس‌ها به شرح زیر به دست می‌آیند: سلامت جسمی(عملکرد جسمی + محدودیت جسمی + درد جسمی + سلامت عمومی) و سلامت روانی(عملکرد اجتماعی + مشکلات روانی + سلامت روان + نشاط). هر سؤال پرسشنامه از یک مقیاس کمی پیوسته برخوردار بوده که از ۰ تا ۱۰۰ امتیاز دهی می‌شود و امتیاز بالاتر نشان‌دهنده وضعیت بهتر می‌باشد. بر اساس تحقیقات انجام شده، پرسشنامه SF ۳۶ مقیاس معتبر و قابل اعتمادی است و مقیاس‌های گونه فارسی SF ۳۶ ، از حداقل ضرایب استاندارد پایایی در محدوده ۰/۷۷ تا ۰/۹ برخوردارند. روایی و پایایی آن نیز در بیماران تالاسمی ماژور مورد تایید قرار گرفته است(α= ۰/۹۱۵)(۲۲، ۲۱). جهت سنجش میزان افسردگی، استرس و اضطراب در بیماران از پرسشنامه DASS ۲۱ استفاده شد که در سال ۱۹۹۵ توسط لویباند و لویباند تهیه شده است (۲۳). 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

[Downloaded from bloodjournal.ir on 2026-11-07]

صورت ۴ گزینه‌ای است که به صورت خود سنجی تکمیل می‌شود. دامنه پاسخ‌ها از" هیچ وقت " تا " همیشه" متغیر است و نمره‌گذاری از صفر تا سه در نظر گرفته شده است. مجموع نمرات به دست آمده جهت هر مقیاس جمع‌بندی شده و جهت مقیاس افسردگی نمرات صفر تا ۴ نشان‌دهنده وضعیت طبیعی، ۶-۵ افسردگی خفیف، ۱۰-۷ افسردگی متوسط، ۱۳-۱۱ افسردگی شدید و بیشتر یا مساوی ۱۴ افسردگی خیلی شدید در نظر گرفته می‌شود. جهت مقیاس اضطراب نمرات صفر تا ۳ نشان‌دهنده وضعیت طبیعی، ۵-۴ اضطراب خفیف، ۷-۶ اضطراب متوسط، ۹-۸ اضطراب شدید و بیشتر یا مساوی ۱۰ اضطراب خیلی شدید در نظر گرفته می‌شود. جهت مقیاس استرس نمرات صفر تا ۷ نشان‌دهنده وضعیت طبیعی، ۹-۸ استرس خفیف، ۱۲-۱۰ استرس متوسط، ۱۶-۱۳ استرس شدید و بیشتر یا مساوی ۱۷ استرس خیلی شدید در نظر گرفته می‌شود. فرم کوتاه ۲۱ عبارتی توسط لویباند و لویباند (۱۹۹۵) اعتبار سنجی شده است و ضریب آلفای کرونباخ DASS برای مقیاس های افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۳ و ۰/۸۱ گزارش شده است(۲۳). در ایران نیز توسط صاحبی و همکاران ضریب آلفای کرونباخ نسخه فارسی DASS در یک نمونه ۴۰۰ نفری برای افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب ۰/۷، ۰/۶۶ و ۰/۷۶ گزارش شده است(۲۴). این پرسشنامه‌ها در حضور پژوهشگر توسط بیماران و در مواردی که بیماران بی‌سواد بودند توسط پژوهشگر و با رعایت اصول اخلاقی تکمیل گردید.

تجزیه و تحلیل داده‌ها:

پس از جمع‌آوری داده‌ها، تجزیه و تحلیل آن‌ها با نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۹ انجام شد و از آمار توصیفی (فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار) جهت بررسی شاخص‌ها و تعیین مشخصات نمونه پژوهش و از آزمون t مستقل و آنالیز واریانس یک طرفه جهت مقایسه کیفیت زندگی و افسردگی، اضطراب و استرس به تفکیک عوامل دموگرافیک استفاده شد. از آزمون همبستگی جهت سنجش ارتباط بین کیفیت زندگی و افسردگی، اضطراب و استرس استفاده شد.

یافته‌ها

۱۴۲ بیمار بالای ۱۸ سال مبتلا به تالاسمی ماژور شامل ۷۷ زن (۵۴/۲٪) و ۶۵ مرد (۴۵/۸٪) در این مطالعه شرکت داشتند. میانگین سن شرکت‌کنندگان در مطالعه ۵/۱۳ ± ۲۵ سال بود(جدول ۱).

جدول ۱: اطلاعات دموگرافیک شرکت‌کنندگان در مطالعه

مشخصات دموگرافیک		فراوانی	درصد
جنس	زن	۷۷	۵۴/۲
	مرد	۶۵	۴۵/۸
سن	۱۸-۲۵	۸۲	۵۷/۷
	≥ ۲۶	۶۰	۴۲/۳
وضعیت تاهل	مجرد	۱۲۹	۹۰/۸
	متاهل	۱۳	۹/۲
وضعیت تحصیلی	بیسواد	۱	۰/۷
	ابتدایی	۱۱	۷/۷
	دیپلم ≤	۷۱	۵۰
	دانشگاهی	۵۹	۴۱/۵
وضعیت اشتغال	بیکار	۷۹	۵۵/۶
	شاغل	۲۳	۱۶/۲
	محصل	۴۰	۲۸/۲
ابتلا به عوارض	بله	۱۰۴	۷۳/۲
	خیر	۳۸	۲۶/۸

چنانچه نتایج نشان می‌دهد، کیفیت زندگی بیماران در تمامی ابعاد مخصوصاً ابعاد محدودیت جسمی، مشکلات روانی، نشاط و سلامت عمومی به حد قابل توجهی پایین گزارش شده است(جدول ۲).

میانگین حاصل از نمرات افسردگی، اضطراب و استرس بیماران نیز نشان می‌دهد بیماران از نظر این مشکلات در وضعیت متوسطی هستند (جدول ۳). چنانچه نتایج نشان می‌دهد، حدود ۶۰٪ از بیماران از افسردگی و اضطراب و حدود ۵۲٪ از بیماران از استرس مرتبط با بیماری رنج می‌برند.

در بررسی کیفیت زندگی و افسردگی، اضطراب و استرس به تفکیک عوامل دموگرافیک، یافته‌ها اختلاف

[Downloaded from bloodjournal.ir on 2026-11-07]

جدول ۲: میانگین نمرات کیفیت زندگی، افسردگی، اضطراب و استرس در بیماران تالاسمی ماژور بالای ۱۸ سال مراجعه‌کننده به درمانگاه تالاسمی بیمارستان شفا اهواز در سال ۱۳۹۳

متغیر	انحراف معیار ± میانگین
عملکرد جسمی	۷۰/۸۵ ± ۲۴/۹۲
محدودیت جسمی	۵۱/۹۴ ± ۳۷/۹۰
مشکلات روانی	۵۷/۲۸ ± ۳۸/۷۶
نشاط	۶۰ ± ۲۰/۸۲
سلامت روان	۶۲/۹۶ ± ۲۰/۸۰
عملکرد اجتماعی	۷۲/۱۸ ± ۲۲/۷۴
درد جسمانی	۷۲/۲۲ ± ۲۵/۱۷
سلامت عمومی	۵۹/۰۱ ± ۲۲/۹۲
حیطه سلامت جسمی	۶۳/۵۰ ± ۲۰/۹۶
حیطه سلامت روان	۶۳/۱۰ ± ۲۰/۰۷
کیفیت زندگی(نمره کل)	۶۳/۵۳ ± ۱۸/۱۲
افسردگی	۶/۶۴ ± ۵/۰۷
اضطراب	۵/۰۳ ± ۳/۹۵
استرس	۷/۶۸ ± ۴/۹۸

معناداری بین دو گروه سنی زیر ۲۶ سال و بالای ۲۶ سال و هم چنین بین دو گروه زن و مرد نشان نداد. در این مطالعه افراد متأهل کیفیت زندگی بهتر و افسردگی، اضطراب و استرس کمتری را نسبت به افراد مجرد گزارش کردند، هر چند این اختلاف‌ها به جز در حیطه روانی کیفیت زندگی در سایر موارد معنادار نبود(p =۰/۰۴). هم چنین از نظر وضعیت اشتغال، نتایج مطالعه نشان داد افراد شاغل کیفیت زندگی بهتر و افسردگی، اضطراب و استرس کمتری نسبت به افراد بی‌کار و حتی محصل دارند با این حال این اختلاف‌ها فقط در حیطه جسمی کیفیت زندگی و نمره کل کیفیت زندگی معنادار بوده است(p =۰/۰۴). نتایج مطالعه در زمینه کیفیت زندگی و مشکلات روانی در افراد با تحصیلات دانشگاهی و افراد با تحصیلات دیپلم و پایین‌تر نیز نشان داد افراد با تحصیلات دانشگاهی از کیفیت زندگی بهتر و افسردگی، اضطراب و استرس کمتری برخوردارند و این اختلاف در حیطه جسمی کیفیت زندگی(p< ۰/۰۰۱)، حیطه روانی(p =۰/۰۰۴)، نمره کل کیفیت زندگی(p< ۰/۰۰۱)، افسردگی(p =۰/۰۴) و اضطراب (p =۰/۰۰۴) معنادار بوده است. نتایج مطالعه نشان داد بیماران تالاسمی که از داروهای آهن‌زدا به صورت منظم استفاده می‌کردند، کیفیت زندگی بهتر و افسردگی، اضطراب و استرس کمتری در مقایسه با سایر بیماران داشتند و این اختلاف‌ها در هر دو حیطه جسمی و روانی و نمره کل کیفیت زندگی و هم چنین اضطراب و استرس معنادار بوده است(p =۰/۰۱).

جدول ۳: میانگین امتیاز افسردگی، اضطراب و استرس در بیماران تالاسمی ماژور بالای ۱۸ سال مراجعه‌کننده به درمانگاه تالاسمی بیمارستان شفا اهواز در سال ۱۳۹۳

		فراوانی	درصد
افسردگی	طبیعی(۴-۰)	۵۷	۴۰/۱
	خفیف(۶-۵)	۱۶	۱۱/۳
	متوسط(۱۰-۷)	۳۲	۲۲/۵
	شدید(۱۳-۱۱)	۲۳	۱۶/۲
	خیلی شدید(۱۴ ≤)	۱۴	۹/۹
اضطراب	طبیعی(۳-۰)	۵۷	۴۰/۱
	خفیف(۵-۴)	۲۴	۱۶/۹
	متوسط(۷-۶)	۲۴	۱۶/۹
	شدید(۹-۸)	۱۵	۱۰/۶
	خیلی شدید(۱۰ ≤)	۲۲	۱۵/۵
استرس	طبیعی(۷-۰)	۶۸	۴۷/۹
	خفیف(۷-۰)	۲۲	۱۵/۵
	متوسط(۱۲-۱۰)	۳۲	۲۲/۵
	شدید(۱۶-۱۳)	۱۴	۹/۹
	خیلی شدید(۱۷ ≤)	۶	۴/۲

هم چنین نتایج نشان داد در بیمارانی که عوارض بیماری در آن‌ها وجود دارد، شیوع افسردگی، اضطراب و استرس بیشتر و از کیفیت زندگی پایین‌تری برخوردارند که به جز حیطه روانی کیفیت زندگی، اختلاف در سایر موارد معنادار بوده است(p< ۰/۰۵)(جدول ۴). در زمینه ارتباط کیفیت زندگی با افسردگی، اضطراب و استرس، آزمون همبستگی پیرسون نشان داد بین کیفیت زندگی و ابعاد

[Downloaded from bloodjournal.ir on 2026-11-07]

تشکیل‌دهنده آن با افسردگی، اضطراب واسترس ارتباط معنادار و معکوس وجود دارد (جدول ۵).

جدول ۴: مقایسه کیفیت زندگی، افسردگی، اضطراب و استرس در بیماران تالاسمی ماژور بالای ۱۸ سال مراجعه‌کننده به درمانگاه تالاسمی بیمارستان شفا اهواز در سال ۱۳۹۳ به تفکیک عوامل دموگرافیک(p< ۰/۰۵)*

متغیرها		حیطه جسمی	حیطه روانی	کیفیت زندگی (نمره کل)	افسردگی	اضطراب	استرس
		انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین
جنس	مرد	۶۳/۱ ± ۲۲/۰۲	۶۳/۱ ± ۲۲/۰۲	۶۳/۴۱ ± ۱۹/۵	۶/۹ ± ۵/۲۶	۵/۰۷ ± ۴/۰۲	۷/۴۴ ± ۵/۱
	زن	۶۳/۸۵ ± ۲۰/۱۷	۶۳/۸۵ ± ۲۰/۱۷	۶۳/۶۴ ± ۱۶/۹۹	۶/۴۲ ± ۴/۹۲	۵ ± ۳/۹۲	۷/۸۸ ± ۴/۹
سن	۱۸-۲۵	۶۳/۲۵ ± ۲۰/۴۷	۶۳/۲۵ ± ۲۰/۴۷	۶۳/۲۸ ± ۱۸/۲۳	۶/۳۶ ± ۴/۹۳	۴/۹۱ ± ۳/۹۸	۷/۱۵ ± ۵/۲۵
	≥ ۲۶	۶۳/۸۵ ± ۲۱/۷۸	۶۳/۸۵ ± ۲۱/۷۸	۶۳/۸۸ ± ۱۸/۱۱	۷/۰۳ ± ۵/۲۶	۵/۲ ± ۳/۹۳	۸/۴ ± ۴/۵۴
وضعیت تاهل	مجرد	۶۲/۹۳ ± ۲۰/۷۷	۶۲/۹۳ ± ۲۰/۷۷	۶۲/۸۴ ± ۱۷/۹۵	۶/۸۴ ± ۵/۰۲	۵/۱۳ ± ۴/۰۱	۷/۷۹ ± ۵/۰۴
	متاهل	۶۹/۲۳ ± ۲۲/۸۸	۶۹/۲۳ ± ۲۲/۸۸	۷۰/۴۴ ± ۱۹/۰۹	۴/۶۹ ± ۵/۳۶	۴/۰۷ ± ۳/۳۲	۶/۵۳ ± ۴/۳۷
وضعیت تحصیل	دیپلم ≥	*۵۷/۴۶ ± ۲۰/۱۷	*۵۷/۴۶ ± ۲۰/۱۷	*۵۸/۳۷ ± ۱۶/۵	*۷/۳۷ ± ۴/۹۷	*۵/۸۳ ± ۴/۱	۸/۲۵ ± ۴/۹
	دانشگاه	۷۲ ± ۱۹/۱۷	۷۲ ± ۱۹/۱۷	۷۰/۸۱ ± ۱۷/۹۱	۵/۶۲ ± ۵/۰۷	۳/۹۱ ± ۳/۴۶	۶/۸۸ ± ۵/۰۳
وضعیت اشتغال	بیکار	*۵۹/۷۷ ± ۲۱/۱۷	*۵۹/۷۷ ± ۲۱/۱۷	*۶۰/۴۷ ± ۱۷/۷۷	۷/۲۷ ± ۵/۰۷	۵/۶۴ ± ۴/۰۰۹	۸/۴۹ ± ۴/۶۶
	شاغل	۷۰/۷۶ ± ۱۷/۴۳	۷۰/۷۶ ± ۱۷/۴۳	۷۰/۲۵ ± ۱۴/۸	۵/۲۶ ± ۴/۹۹	۴/۵۶ ± ۳/۷۶	۶/۶۵ ± ۵/۲۱
	محصل	۶۶/۷ ± ۲۱/۲۵	۶۶/۷ ± ۲۱/۲۵	۶۵/۷۲ ± ۱۹/۵۲	۶/۲ ± ۵/۰۲	۴/۱ ± ۳/۸۲	۶/۶۷ ± ۵/۲۸
استفاده منظم از داروی آهن‌زدا (تزریقی یا خوراکی)	بله	*۶۴/۹۸ ± ۲۰/۷۸	*۶۴/۹۸ ± ۲۰/۷۸	*۶۴/۸۷ ± ۱۷/۸۹	۶/۳۸ ± ۵/۰۶	*۴/۷۵ ± ۳/۸۷	*۷/۳۱ ± ۴/۹۸
	خیر	۵۱/۲۱ ± ۱۸/۹۳	۵۱/۲۱ ± ۱۸/۹۳	۵۲/۲ ± ۱۶/۵۲	۸/۸۶ ± ۴/۷	۷/۴ ± ۳/۹۷	۱۰/۸ ± ۳/۸۵
ابتلا به عوارض	خیر	*۶۹/۸۷ ±۱۹/۹	*۶۹/۸۷ ± ۱۹/۹	*۶۸/۴۲ ± ۱۶/۹۷	*۴/۸۴ ± ۴/۶۴	*۳/۶۳ ± ۳/۶۹	*۶/۲۳ ± ۵/۱۶
	بله	۶۱/۱۸ ± ۲۰/۹۵	۶۱/۱۸ ± ۲۰/۹۵	۶۱/۷۵ ± ۱۸/۲۷	۷/۳ ± ۵/۰۸	۵/۵۴ ± ۳/۹۴	۸/۲۱ ± ۴/۸۳

جدول ۵: ارتباط کیفیت زندگی و حیطه‌های تشکیل‌دهنده آن با افسردگی، اضطراب، استرس در بیماران تالاسمی ماژور بالای ۱۸ سال مراجعه‌کننده به درمانگاه تالاسمی بیمارستان شفا اهواز در سال ۱۳۹۳

حیطه‌های کیفیت زندگی	افسردگی	اضطراب	استرس
	p value (r)	p value (r)	p value (r)
حیطه جسمی	< ۰/۰۰۱ (-۰/۶۱)	< ۰/۰۰۱ (-۰/۴۸)	< ۰/۰۰۱ (-۰/۳۵)
حیطه روانی	< ۰/۰۰۱ (-۰/۵)	< ۰/۰۰۱ (-۰/۴۹)	< ۰/۰۰۱ (-۰/۵۳)
کیفیت زندگی (نمره کل)	< ۰/۰۰۱ (-۰/۵۸)	< ۰/۰۰۱ (-۰/۵۲)	< ۰/۰۰۱ (-۰/۴۵)

[Downloaded from bloodjournal.ir on 2026-11-07]

بحث

هدف این مطالعه تعیین کیفیت زندگی، افسردگی، اضطراب و استرس در بیماران بالای ۱۸ سال مبتلا به تالاسمی ماژور بود. نتایج این مطالعه نشان داد که بیماران مبتلا به تالاسمی ماژور از کیفیت زندگی ضعیف و افسردگی و اضطراب و استرس مرتبط با بیماری رنج می‌برند. طبق یافته‌های این پژوهش بیماران مبتلا به تالاسمی ماژور در تمامی ابعاد از کیفیت زندگی پایینی برخوردار بودند و این آسیب‌پذیری در ابعاد محدودیت جسمی، مشکلات روانی، نشاط و سلامت عمومی مشهودتر بود. نتایج مطالعه حق پناه و همکاران در شیراز و صفی‌زاده و همکاران در کرمان نیز با نتایج مطالعه حاضر شبیه است(۱۸، ۹).

در بررسی کیفیت زندگی به تفکیک عوامل دموگرافیک، یافته‌ها نشان داد کیفیت زندگی بیماران تحت تأثیر عواملی هم‌چون، تحصیلات، اشتغال، تأهل و دریافت داروهای آهن‌زدا است. مطالعه حاضر نشان داد فقط ۴۱/۵٪ از شرکت‌کنندگان در پژوهش تحصیلات بالاتر از دیپلم دارند و تنها ۱۶/۲٪ از بیماران ارزیابی شده، شاغل هستند با این حال نتایج نشان داد که که افراد شاغل و دارای تحصیلات بالاتر از دیپلم کیفیت زندگی بهتری نسبت به افراد بی‌کار و دارای تحصیلات زیر دیپلم داشتند و این اختلاف معنادار بوده است. در مطالعه انصاری و همکاران نیز با بالا رفتن سطح تحصیلات، کیفیت زندگی به طور معناداری ارتقا می‌یافت(۱۵). در مطالعه کاهنی و همکاران نیز ارتباط معناداری بین کیفیت زندگی و سطح تحصیلات یافت شد اما بین اشتغال و کیفیت زندگی ارتباط معناداری وجود نداشت که شاید بتوان علت آن را کمی حجم نمونه دانست زیرا با توجه به این که سطح تحصیلات بالا و داشتن شغل مناسب منجر به افزایش درآمد و رضایت از زندگی می‌شود، لذا بدیهی است که کیفیت زندگی بهبود یابد. در مطالعه حاضر فقط ۹/۲٪ از افراد متاهل بودند. شاید عواملی هم چون عوارض متعدد بیماری، ناباروری و وابستگی به تزریق خون علت این مسأله باشد. به هر حال این مطالعه نتوانست ارتباط معناداری بین تأهل با نمره کل کیفیت زندگی بیابد هر چند افراد متأهل کیفیت زندگی بهتری نسبت به افراد مجرد گزارش دادند و در حیطه سلامت روان نیز اختلاف معناداری مشاهده شد. در مطالعه حق پناه نیز رابطه معناداری بین کیفیت زندگی و وضعیت تأهل وجود نداشت(۹). در این مطالعه سن و جنس به عنوان عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی مورد بررسی قرار داده شد. نتایج نشان داد اختلاف معناداری بین دو گروه سنی از نظر کیفیت زندگی وجود ندارد. مطالعه کاهنی، صفی‌زاده و حق پناه نیز نتوانست ارتباط معناداری بین کیفیت زندگی و سن بیابد(۱۸، ۹، ۸). با این حال در مطالعه تاورن کاروئن ساب، ارتباط معناداری بین سن و کیفیت زندگی مشاهده شد(۳). سوبوتا و همکاران نیز نشان دادند بیماران در سنین بالاتر کیفیت زندگی پایین‌تری دارند(۲۵). هم چنین در مقایسه کیفیت زندگی مردان و زنان نیز نتایج نشان داد مردان کیفیت زندگی بهتری نسبت به زنان دارند هر چند این اختلاف معنادار نبوده است. مطالعه‌های مشابه نیز نشان دادند که کیفیت زندگی زنان مبتلا به تالاسمی از مردان پایین‌تر است(۲۵، ۹). به نظر می‌رسد سیر پیشرونده این بیماری مزمن در طول زمان منجر به افت کیفیت زندگی شده و زنان از حساسیت بیشتری در این زمینه برخوردارند. هم چنین در این مطالعه افرادی که به طور منظم از داروهای آهن‌زدا استفاده می‌کردند(داروهایی که قادر به کاهش تجمع رسوبات آهن در اندام‌های بدن به خصوص در قلب، کبد و لوزالمعده می‌شوند)، کیفیت زندگی بهتری گزارش دادند و افراد مبتلا به عوارض بیماری تالاسمی ماژور، کیفیت زندگی ضعیف‌تری در مقایسه با سایرین داشتند. مطالعه حق پناه و همکاران نیز نشان داد بیماران مبتلا به تالاسمی ماژور که مبتلا به عوارض بیماری بودند و از داروهای آهن‌زدا به درستی استفاده نمی‌کردند، کیفیت زندگی پایین‌تری داشتند ودر حیطه سلامت جسمی این اختلاف معنادار بود(۹). سوبوتا و همکاران، هم چنین شالیگرام و همکاران نیز ارتباط معناداری بین کیفیت زندگی و عوارض مرتبط با بیماری یافتند(۲۶، ۲۵). به نظر می‌رسد عوارض مرتبط با بیماری می‌تواند به نحو چشمگیری کیفیت زندگی مرتبط با سلامت را در بیماران تالاسمی ماژور کاهش دهد. از سوی دیگر استفاده از داروهای آهن‌زدا، که خود در کاهش ابتلا به عوارض

[Downloaded from bloodjournal.ir on 2026-11-07]

بیماری نقش عمده‌ای ایفا می‌کند، در نگرش مثبت بیماران به بیماری و ارتقای سطح کیفیت زندگی این بیماران تأثیرگذار بوده است. این نتایج با نتایج مطالعه ایمانی نیز هم راستا است. مطالعه ایمانی و همکاران در بندر عباس نیز نشان داد دفعات استفاده از داروی دسفرال(داروی آهن‌زدای تزریقی) در ماه، بر ارتقای سطح کیفیت زندگی بیماران به طور معناداری تاثیر گذار بوده است(۲). مطالعه حاضر ارتباط معناداری بین کیفیت زندگی و هر دو حیطه جسمی و روانی آن با هر سه مقیاس افسردگی، استرس و اضطراب نشان داد به گونه‌ای که با افزایش میزان افسردگی، اضطراب و استرس، کیفیت زندگی بیماران به نحو چشمگیری کاهش می‌یابد. مطالعه شالیگرام نیز یک ارتباط قوی و مثبت بین کیفیت زندگی و اختلالات روانی از جمله افسردگی و اضطراب یافت که با نتایج مطالعه حاضر هم‌خوانی دارد(۲۶). اختلالات روانی در بیماران تالاسمی شیوع دارد و بعضی از بررسی‌ها نشان داده‌اند که ۸۰٪ بیماران تالاسمی حداقل از یکی از اختلالات روانی رنج می‌برند(۱۵). نتایج مطالعه حاضر نیز نشان داد تقریباً نیمی از جمعیت این بیماران از اختلالات روانی هم چون افسردگی، اضطراب و استرس رنج می‌برند که از این نظر نتایج با مطالعه نادری همسو است(۲۷). مطالعه انصاری نیز نشان داد مقیاس روانی بیماران تالاسمی ماژور به طور معناداری از جمعیت سالم پایین‌تر است(۱۵). در مطالعه یحیی و همکاران نیز شیوع افسردگی و اضطراب در جمعیت بیماران تالاسمی در مقایسه با جمعیت سالم به طور معناداری بیشتر بوده است(۲۸). به هر حال نتایج این مطالعه نشان‌دهنده کمبود شدیدی در میزان دسترسی به مشاوره‌های روانپزشکی در مرکز تالاسمی اهواز می‌باشد. در بررسی عوامل دموگرافیک مطالعه حاضر نشان داد که افسردگی، اضطراب و استرس در بیماران بالای ۲۶ سال از شیوع بالاتری برخوردار بوده است با این حال این اختلاف معنادار نبود. در مطالعه نادری و همکاران نیز هیچ اختلاف معناداری بین سن و بروز اختلالات روانی مشاهده نشده است(۲۷). شاید بتوان علت شیوع بیشتر این مشکلات را در سنین بالاتر به بروز مشکلاتی هم چون تشکیل خانواده، اشتغال و رویارویی با مسئولیت‌های بیشتر در زندگی در کنار بیماری و عوارض ناشی از آن نسبت داد.

بر اساس یافته‌های این مطالعه افراد بیکار و دارای سطح تحصیلات پایین‌تر از دیپلم از افسردگی، اضطراب و استرس بیشتری رنج می‌برند، هر چند این اختلاف‌ها فقط در بروز اختلالات اضطرابی و افسردگی در آن‌ها معنادار بوده است. نادری به نقل از گلدبک می‌نویسد شیوع بالای اختلالات روانی به خصوص اختلالات خلقی و اضطراب در دهه‌های قبل، از شرایط سخت زندگی و انتظار مرگ مشتق شده است و همیشه یک پس زمینه از دوره‌های افسردگی گذرا در این بیماران وجود داشته اما امروزه با پیشرفت درمان، این بیماران با شرایط متفاوت زندگی و از جمله مشکلات اجتماعی و اقتصادی و بلاتکلیفی در مواجه با این مشکلات روبرو هستند(۲۷).

در این مطالعه اختلاف معناداری از نظر بروز افسردگی، اضطراب و استرس بین مردان و زنان و هم چنین افراد متأهل و مجرد مشاهده نشد، هر چند نتایج نشان داد میزان بروز این اختلالات در افراد متأهل پایین‌تر است و استرس در زنان و افسردگی و اضطراب در مردان از شیوع بالاتری برخوردار می‌باشد. به طور متفاوت با یافته‌های ما، در مطالعه نادری میزان شیوع اختلالات روانی مخصوصاً افسردگی و اضطراب در زنان از مردان بیشتر بوده است با این حال در مطالعه آن‌ها نیز بین جنس و وضعیت تأهل با بروز این اختلالات ارتباط معناداری یافت نشد(۲۷).

علاوه بر این، مطالعه حاضر نشان داد که عوارض بیماری می‌تواند یک عامل پیش‌بینی کننده بروز افسردگی، اضطراب و استرس در بیماران تالاسمی ماژور باشد به گونه‌ای که میزان افسردگی، اضطراب و استرس در افرادی که ابتلا به عوارض بیماری را گزارش کرده بودند، به طور معناداری بالاتر بود.

مطالعه یحیی نیز ارتباط معناداری بین وجود عوارضی هم چون بیماری‌های قلبی، دیابت، کوتاهی قد و تأخیر در بلوغ با بروز اختلالات روانی هم چون افسردگی و اضطراب نشان داد(۲۸). بدیهی است بروز عوارض، نیاز به درمان‌های اضافی و بستری‌های مکرر در بیمارستان را افزایش خواهد داد که خود بار روانی زیادی را در بیماران به همراه دارد.

[Downloaded from bloodjournal.ir on 2026-11-07]

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان داد کیفیت زندگی بیماران تحت تأثیر عواملی همچون اشتغال، تحصیلات، ازدواج، کاهش بروز عوارض، استفاده منظم از داروی آهن زدا و کاهش مشکلات روانی است. بدیهی است با بهبود وضعیت اجتماعی و اقتصادی و بهبود وضعیت درمان بیماران از طریق معاینات بالینی منظم، آموزش در زمینه مزایای درمان و استفاده از داروهای آهن زدا و فرآیندهای پیشگیری، هم چنین حمایت‌های روانی از بیماران از طریق حضور یک روان شناس یا مشاور در مرکز به منظور پیشگیری و درمان مشکلات بهداشت روان بیماران، کیفیت زندگی آنها به حد مطلوبی ارتقا خواهد یافت.

این مطالعه به دلیل عدم وجود یک گروه کنترل که نتایج مطالعه را بتوان با جمعیت سالم مورد مقایسه قرار داد دارای محدودیت بوده است لذا انجام این مطالعه به صورت دو گروهه جهت مقایسه کیفیت زندگی و بروز اختلالات روانی بین دو جمعیت سالم و مبتلا به تالاسمی ماژور در گروه سنی مورد مطالعه قابل پیشنهاد است.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل طرح پژوهشی به شماره: ۹۲۱۶۱ مصوب معاونت تحقیقات و فن‌آوری دانشگاه علوم پزشکی کاشان می‌باشد. بدین وسیله از معاونت پژوهشی این دانشگاه سپاسگزاری می‌گردد. هم چنین از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز که اجازه اجرای این طرح را در بیمارستان آموزشی شفا صادر نمودند و از پرسنل کوشای بخش تالاسمی و همه بیماران تالاسمی که صمیمانه در انجام این طرح ما را یاری نمودند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

References :

1- Caocci G, Efficace F, Ciotti F, Roncarolo MG, Vacca A, Piras E, *et al*. Health related quality of life in Middle Eastern children with beta-thalassemia. BMC Blood Disord 2012; 12: 6.

2- Imani E, Asadi Nooghabi F, Hosseini Teshnizi S, Yosefi P, Salari F. Comparison quality of life in patients with Thalassemia major based on participating in group activities, Bandar Abbas. Sci J Iran Blood Transfus Organ 2013; 10(2): 198-206. [Article in Farsi]

3- Thavorncharoensap M, Torcharus K, Nuchprayoon I, Riewpaiboon A, Indaratna K, Ubol BO. Factors affecting health-related quality of life in Thai children with thalassemia. BMC Blood Disord 2010; 10: 1.

4- Center for Disease Control, Ministry of Health and Medical Education. Information and statistics of non-contagious diseases in Iran. Vol 1; 2006. p. 43. [Persian]

5- Behrouzian F, Khajehmougahi N, Ziaee kajbaf A. Relationship of coping mechanism of mothers with mental health of their major thalassemic children. Sci J Iran Blood Transfus Organ 2014; 10(4): 387-93. [Article in Farsi]

6- Gollo G, Savioli G, Balocco M, Venturino C, Boeri E, Costantini M, Forni GL. Changes in the quality of life of people with thalassemia major between 2001 and 2009. Patient Prefer Adherence 2013; 7: 231-6.

7- Levine L, Levine M. Health care transition in thalassemia: pediatric to adult-oriented care. Ann N Y Acad Sci 2010; 1202: 244-7.

8- Kaheni S, Yaghobian M, Sharefzadah GH, Vahidi A, Ghorbani H, Abderahemi A. Quality of life in children with β-thalassemia major at center for special diseases. Iran J Ped Hematol Oncol 2013; 3(3): 108-13.

9- Haghpanah S, Nasirabadi S, Ghaffarpasand F, Karami R, Mahmoodi M, Parand S, Karimi M. Quality of life among Iranian patients with beta-thalassemia major using the SF-36 questionnaire. Sao Paulo Med J 2013; 131(3): 166-72.

10- Hadi N, Karami D, Montazeri A. Health-related quality of life in major thalassemic patients. Quarterly Journal Payesh 2009; 8(4): 387-93. [Article in Farsi]

11- Malek Shahi F, Tollabi T, Ravanshad F. Assess of psychiatric and behavior problems in patients with thalassemia referred to Thalassemia center of Khoramabad madani martyr hospital. Quarterly Journal of Fundamentals of Mental Health 2001; 3(11): 114-21. [Article in Farsi]

12- Zeighami Mohammadi Sh, Tajvidi M, Ghazizadeh Sh. The relationship between spiritual well-being with quality of life and mental health of young adults with beta-thalassemia major. Sci J Iran Blood Transfus Organ 2014; 11(2): 147-54. [Article in Farsi]

13- Mikelli A, Tsiantis J. Brief report: Depressive symptom and quality of life in adolescents with beta thalassemia. J Adolesc 2004; 27(2): 213-6.

14- Khani H, Majdi M, Azad Marzabadi E, Montazeri A, Ghorbani A, Ramezani M. Quality of life of Iranian beta-thalassaemia major patients living on the southern coast of the Caspian Sea. East Mediterr Health J 2012; 18(5): 539-45.

15- Ansari Sh, Baghersalimi A, Azarkeivan A, Nojomi M, Hassanzadeh Rad A. Quality of life in patients with thalassemia major. Iran J Ped Hematol Oncol 2014; 4(2): 57-63.

16- World Health Organization. Measuring Quality of Life; 2005. Available from:// www. who. int/ mental_ health /media/68.pdf.

[Downloaded from bloodjournal.ir on 2026-11-07]

17- Poormovahed Z, Dehghani K, Yasini Ardakani M. Assessment Of hopeless and anxiety in adolescents with Beta-thalassemia major. Yazd J Med Res 2004; 2(1): 45-52. [Article in Farsi]
18- Safizadeh H, Farahmandinia Z, Nejad SS, Pourdamghan N, Araste M. Quality of life in patients with thalassemia major and intermedia in Kerman-Iran. Mediterr J Hematol Infect Dis 2012; 4(1): e2012058.
19- Zarea K, Baraz Pordanjani Sh, Pedram M, Pakbaz Z. Quality of Life in Children with Thalassemia who Referred to Thalassemia Center of Shafa Hospital. Jundishapur J Chronic Dis Care 2012; 1(1): 45-53. [Article in Farsi]
20- Khaledi S, Moridi G, Valiee S. Comparison the quality of life of healthy and Thalassemic children. Iranian Journal of Nursing Research 2013; 8(2): 87-94. [Article in Farsi]
21- Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, Gandek B. The Short Form Health Survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version. Quarterly Journal Payesh 2005; 5(1): 49-56. [Article in Farsi]
22- 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. J Postgrad Med 2008; 54(4): 273-5.
23- Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: comparison of the depression anxiety stress scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. Behave Res Ther 1995; 33(3): 335-43.
24- Sahebi A, Asghari MJ, Salari RS. Validation of depression anxiety and stress scale for an Iranian population. Journal of Iranian Psychologists 2005; 1(4): 299-312. [Article in Farsi]
25- Sobota A, Yamashita R, Xu Y, Trachtenberg F, Kohlbry P, Kleinert DA, *et al*. Quality of life in thalassemia: a comparison of SF-36 results from the thalassemia longitudinal cohort to reported literature and the US norms. Am J Hematol 2011; 86(1): 92-5.
26- Shaligram D, Girimaji SC, Chaturvedi SK. Psychological problems and quality of life in children with thalassemia. Indian J Pediatr 2007; 74(8): 727-30.
27- Naderi M, Hormozi MR, Ashrafi M, Emamdadi A. Evaluation of Mental Health and Related Factors among Patients with Beta-thalassemia Major in South East of Iran. Iran J Psychiatry 2012; 7(1): 47-51
28- Yahia S, El-Hadidy MA, El-Gilany AH, Anwar R, Darwish A, Mansour AK. Predictors of anxiety and depression in Egyptian thalassemic patients: a single center study. Int J Hematol 2013; 97(5): 604-9.

[Downloaded from bloodjournal.ir on 2026-11-07]

Sci J Iran Blood Transfus Organ 2016; 13(1): 72-82

Original Article

Quality of life, depression, anxiety and stress in over-18-year-old patients with beta-Thalassemia major

Poormansouri S.[1], Ahmadi M.[2], Shariati A.A.[2], Keikhaei B.[3]

[1]Nursing and Midwifery School, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran.
[2]Nursing and Midwifery School, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran
[3]Health Research Institute, Research Center of Thalassemia and Hemoglobinopathy, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran

Abstract

Background and Objectives

Patients with beta-Thalassemia major (β-TM) in dealing with the serious complications of the disease experience many physical and psychological problems that affect their quality of life (QOL). The aim of this study was to determine QOL, depression, anxiety and stress in β-TM patients over 18 years of age.

Materials and Methods

The participants of this cross-sectional study were 142 β-TM patients (77 female, 65 male) having referred to the Thalassemia Clinic of Shafa Hospital in 2014; they were entered into the study by the census method. Data collection instrument consisted of three parts including demographic questions, the SF-36 questionnaire and the DAS-21 scale. The data were analyzed using descriptive statistics, independent sample t- test, one way ANOVA and correlation in SPSS software v.19.

Results

The participants obtained a mean score of 63.53 ± 18.12 for QOL, 6.64 ± 5.07 for depression, 5.03 ± 3.95 for anxiety and 7.68 ± 4.98 for stress. The significant inverse correlations were found between QOL and that of depression ($p < 0.001$, $r = -0.58$), anxiety ($p < 0.001$, $r = -0.52$), and stress scores ($p < 0.001$, $r = -0.45$). The mean scores of QOL were higher in the patients with college degrees, being employed, being married, under regular chelation therapy without presence of comorbidities. The mean scores of depression, anxiety, and stress were higher in patients with education ≤ high school diploma, being poorly complied with iron-chelating therapy in presence of comorbidities.

Conclusions

The study showed that β-TM patients experienced a considerable decrease in their QoL. A majority of the patients also suffered from mild to severe depression, anxiety and stress. Obviously, the health improvement, and social and economic as well as psychological support may raise their QOL.

Key words: Quality of Life, Depression, Anxiety, beta Thalassemia

Received: 24 May 2015
Accepted: 23 Nov 2015

Correspondence: Ahmadi M., MSc of Nursing. Nursing and Midwifery School, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.
P.O.Box: 61357-15794, Ahvaz, Iran. Tel: (+9861) 33910499; Fax: (+9861) 33337690
E-mail: *mer.ahmadi@gmail.com*

[Downloaded from bloodjournal.ir on 2026-11-07]