مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد
دوره بیست و هفتم، شماره چهار، تیر ۱۳۹۸
تاریخ دریافت:۱۳۹۷/۷/۲
تاریخ پذیرش:۱۳۹۷/۱۰/۸

اثربخشی آموزش شناختی–رفتاری و امید درمانی بر کیفیت زندگی، امید به زندگی و تاب‌آوری بیماران مبتلا به تالاسمی‌ماژور

جمیله کیانی[۱]، علیرضا حاجیونی[۲]، فاطمه قلی‌زاده[۳]، فرهاد عباسی*[۴]

مقاله پژوهشی

مقدمه: هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی آموزش شناختی- رفتاری و امید درمانی بر کیفیت زندگی، امید به زندگی و تاب‌آوری در بیماران مبتلا به تالاسمی‌ماژور مراجعه‌کننده به مرکز درمانی تالاسمی بوشهر در سال ۱۳۹۶ بود.

روش بررسی: این پژوهش به روش تجربی انجام شد. نمونه‌گیری به روش سرشماری بود و ۲۱ بیمار مبتلا به تالاسمی استان بوشهر به روش تصادفی به ۲ گروه آزمایشی آموزش شناختی-رفتار و آموزش امید درمانی و یک گروه کنترل تقسیم شدند. جهت بررسی پژوهش حاضر از پرسش‌نامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی، امید به زندگی اشنایدر و تاب‌آوری کانر و دیویدسون استفاده گردید. همه بیماران پیش از مداخله و پس از آن، پرسش‌نامه‌های مذکور را تکمیل کردند. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و تحلیل کوواریانس در نرم افزار SPSS Inc., Chicago, IL; Version 16 استفاده شد.

نتایج: در گروه آزمایش اکثریت بیماران زن، مجرد، و دارای مدرک لیسانس بودند. به‌طور مشابه، اکثریت در گروه کنترل به زنان و متاهلین تعلق داشت اما بیماران دارای مدرک لیسانس در اقلیت بودند. نتایج نشان داد آموزش شناختی–رفتاری و امیددرمانی نسبت به گروه کنترل به طور معناداری اثربخش بوده است (p-value<۰/۰۵). آموزش شناختی–رفتاری بر کیفیت زندگی، امید به زندگی و تاب‌آوری تاثیر گذار بود و به ترتیب موجب افزایش (۳۷٪)، (۱۴٪) و (۲۰٪) آن‌ها شد. امیددرمانی نیز بر کیفیت زندگی، امید به زندگی و تاب‌آوری تاثیرگذار بود و به ترتیب موجب افزایش (۹۸٪)، (۲۹٪) و (۱۱٪) آن‌ها شد. هم‌چنین یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد آموزش امیددرمانی نسبت به آموزش شناختی-رفتاری از اثربخشی بالاتری در افزایش کیفیت زندگی، امید به زندگی و تاب‌آوری برخوردار بوده است.

نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش بیانگر اثربخشی آموزش شناختی–رفتاری و امیددرمانی بر افزایش کیفیت زندگی، امید به زندگی و تاب‌آوری بیماران مبتلا به تالاسمی بود، بنابراین توجه به مداخلات روان‌شناختی فوق، علاوه بر درمان‌های جسمی بیماران، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است.

واژه‌های کلیدی: شناختی–رفتاری، امید درمانی، کیفیت زندگی، امید به زندگی، تاب آوری، تالاسمی

IRCT20190227042861N1

ارجاع: کیانی جمیله، قلی زاده فاطمه، عباسی فرهاد. **اثربخشی آموزش شناختی–رفتاری و امید درمانی بر کیفیت زندگی، امید به زندگی و تاب‌آوری بیماران مبتلا به تالاسمی ماژور**. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد ۱۳۹۷؛ ۲۷ (۴): ۹۵-۱۴۸۲

۱- دانشجوی دکترای روانشناسی عمومی، مرکز توسعه پژوهش های بالینی، بیمارستان شهدای خلیج فارس، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران
۲- دانشجوی دکترای سلامت در حوادث و بلایا، گروه سلامت در حوادث و بلایا دانشکده بهداشت، علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۳- کارشناسی ارشد آمار زیستی، مرکز توسعه پژوهش های بالینی، بیمارستان شهدای خلیج فارس، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران
۴- استادیار بیماری‌های عفونی، گروه عفونی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران
*(نویسنده مسئول)؛ تلفن: ۳۳۴۵۵۳۷۵-۰۷۷، پست الکترونیکی: f_abbasi55@yahoo.com ، کدپستی: ۷۵۱۷۹۳۳۷۵۵

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.18502/ssu.v27i4.1357]

مقدمه

یکی از این بیماری‌های مزمن که کودکان را تهدید می‌کند بیماری بتاتالاسمی ماژور است (۱). سندرم‌های بتا تالاسمی گروهی از اختلالات وراثتی خونی هستند که با کاهش و یا عدم سنتز زنجیره‌های بتاگلوبین و در نتیجه کاهش هموگلوبین و گلبول‌های قرمز خون و کم‌خونی مشخص می‌شوند (۲). تالاسمی شایع‌ترین اختلال مزمن ژنتیکی در جهان است (۱). شیوع جهانی این بیماری حدود ۲ نفر در هر هزار تولد می‌باشد در حالی که در ایران حدود ۴ تا ۸ نفر به ازای هر هزار تولد می‌باشد. طبق آمارهای رسمی معرفی شده توسط مقامات بهداشتی ایران تعداد بیماران بتاتالاسمی ماژور بیشتر از بیست هزار نفر می‌باشد که با این تعداد بیمار، ایران از نظر نسبت مبتلایان به تالاسمی به کل جمعیت مقام نخست را در جهان دارد (۳).

امروزه با توجه به پیشرفت‌های بسیار مهم درعرصه پزشکی و کاهش مرگ‌ومیر ناشی از تالاسمی و افزایش امید به زندگی این بیماران، کیفیت زندگی آن‌ها به عنوان یکی از شاخص‌های مهم مراقبت بهداشتی مدنظر است (۵, ۴). تعریف سازمان بهداشت جهانی از کیفیت زندگی درک فرد از موقعیت زندگی خویش که تحت تاثیر سیستم فرهنگی، ارزشی و موقعیتی است که فرد در آن زندگی می‌کند. برهمین اساس اهداف، انتظارات، استانداردها و خواسته‌های فرد به میزان زیادی متاثر از وضعیت جسمانی، روانی، میزان استقلال، روابط اجتماعی و میزان اعتقادات او است (۱). اغلب دانشمندان توافق دارند که مفهوم کیفیت زندگی همواره پنج بعد فیزیکی، روانی، اجتماعی، روحی و علایم مربوط به بیماری یا تغییرات مربوط به درمان را در نظر می‌گیرد (۶). بین بیماری و کیفیت زندگی به ویژه مبتلایان به بیماری مزمن، یک ارتباط متقابل وجود دارد و اختلالات جسمانی و وجود علائم فیزیکی اثر مستقیم روی تمام جنبه‌های کیفیت زندگی دارد (۷). مشکلات جسمی و روانی می‌تواند به ناامیدی، کاهش عملکرد اجتماعی و برقراری ارتباطات اجتماعی و بالاخره کاهش کیفیت زندگی مبتلایان به تالاسمی منجر شود (۸). کیفیت زندگی افراد مبتلا به تالاسمی‌ماژور تحت تاثیر عواملی هم‌چون داشتن یک بیماری مزمن همراه با ناخوشی، ظاهر فیزیکی، بار روش‌های درمانی، عوارض بیماری، ناتوانی در ترقی دادن خانواده خود، اختلالات روانی و مشکلاتی در زمینه اشتغال و ایفای نقش در جامعه، عدم اطمینان درمورد آینده و انتظار مرگ زودرس ناشی از عوارض بیماری قرار می‌گیرد. به دلیل این عوامل، بیماران بتا تالاسمی ماژور، مشکلات جسمی، روانی و اجتماعی زیادی را تجربه می‌کنند که می‌تواند منجر به کاهش کیفیت زندگی آن‌ها نسبت به افراد سالم شود (۱۰, ۹). بیماران مبتلا به تالاسمی در معرض ابتلا به انواع مختلف اختلالات روان‌پزشکی بالاخص شکایت‌های جسمانی، حساسیت در رابطه‌های متقابل، افسردگی، اضطراب و روان‌پریشی نسبت به افراد سالم قرار دارند (۹). از دیگر مشکلات عمده بیماران تالاسمی، پذیرش و تطابق با بیماری و ناتوانی در یافتن راهکارهای مناسب برای رفع آن است (۱).

کودکان با بیماری‌های جسمی مزمن هم‌چون تالاسمی نسبت به مشکلات عاطفی و رفتاری آسیب‌پذیرتر هستند که این موضوع می‌تواند منجر به کیفیت پایین زندگی آن‌ها شود. بیماری هم‌چنین ممکن است روابط اجتماعی، تعاملات مدرسه و اعتماد به نفس را تحت تاثیر قرار بدهد (۶). ازطرفی رشد جسمی کودکان کمتراز همسالان آنان است و این امر احساساتی از قبیل حقارت، تضاد، متفاوت بودن و یا نداشتن شایستگی انجام کارهای مربوط به آن سن را به وجود می‌آورد (۱۱). غیبت مکرر از مدرسه، کاهش عملکرد تحصیلی، محدودیت در ارتباط‌های اجتماعی و انجام بازی، احساس بیچارگی ناشی از وابستگی به دیگران جهت دریافت مراقبت، احساس بی‌کفایتی درانجام بعضی از امور عادی، خشم، احساس اضطراب ناشی ازموقعیت نامعین و نامعلوم، غم و اندوه به دلیل از دست دادن سلامت و نداشتن استقلال، نگرانی ازمرگ زودرس و این اندیشه که زندگی آن‌ها سیری متفاوت از دیگران دارد، باعث گوشه‌گیری، افسردگی و کاهش اعتماد به نفس آن‌ها می‌شود (۱۲). تاثیر تالاسمی بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت این بیماران، به صورت کاهش عملکرد فیزیکی،

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.18502/ssu.v27i4.1357]

اجتماعی و تحصیلی است (۱۳) و محدوده فعالیت‌های جسمی، اجتماعی و روانی را کاهش می‌دهد (۱۴). بیماران مبتلا به بتا تالاسمی ماژور برای برقراری تعادل اجتماعی مناسب با مشکلات بیشتری روبرو هستند و از نظر سلامت عمومی دچار اختلال کارکرد اجتماعی، اضطراب و افسردگی می‌باشند (۱۵). طبیعت ارثی بیماری، تظاهر بیماری در نخستین سال‌های زندگی، تغییر شکل ظاهری، انتظار مرگ زودرس و نیاز به درمان پیوسته، اثر بسیاری بر تکامل روحی بیمار و آرامش روانی خانواده وی دارد (۱۶). هم‌چنین داشتن اختلالات جسمانی، تنش‌های اجتماعی، بار مالی و مشکلات مربوط به آموزش و تحصیل و کار و حرفه، بیماران را نسبت به ضربه‌های روانی در زندگی‌شان بسیارآسیب‌پذیر می‌کند (۱۷). به دلیل بحران‌های معنوی همراه با بیماری‌های مزمن، اعتماد به نفس به مخاطره افتاده و ارتباطات فردی به دلیل عدم اطمینان به آینده مختل می‌شود، مکانیسم‌های سازگاری، ناکافی به نظر می‌رسد و ممکن است احساس تنهایی را به فرد القاء کرده و ناامید نمایند (۱۸). با جمع بندی اجمالی از مطالعات صورت گرفته می‌توان دریافت که تالاسمی عوارض و اثرات روانی- اجتماعی و جسمی بسیاری بر کودک بیمار، والدین و سایراعضای خانواده دارد و این عوارض می‌تواند کیفیت زندگی کودک بیمار و والدین وی را در ابعاد مختلف تحت تاثیر قرار بدهد (۱۹).

ترکیبی از مراقبت‌های پزشکی و حمایت روانی- اجتماعی از بیمار، نه‌تنها باعث افزایش طول عمر بیماران می‌گردد، بلکه باعث پذیرش بیماری و اعتمادبه‌نفس مطلوب در بیمارمی‌گردد (۱۰). با این وجود حمایت‌های روانی- اجتماعی با هدف کاهش ناراحتی عاطفی، بهبود تطابق با درمان و تقویت راهبردهای مقابله برای انطباق بهتر در زندگی روزانه، ضروری می‌باشد (۲۰). هدف از درمان‌های روانی، کمک به افراد تالاسمی برای مقابله بهتر، انجام نقش‌ها و رسیدن به کیفیت بهتر زندگی می‌باشد. مداخلات روان‌شناختی، در صورت موثر بودن، منجر به کسب و یا بهبود راهبردهای مقابله موثر برای کاهش علائم و مشکلات عاطفی خواهد شد (۲۱). مشاوره، گستره ارتباطات میان بیماران و مقاومت فرد را در برابر پیامدهای زیان بار بیماری افزایش می‌دهد و سبب کاهش نگرانی، افزایش آگاهی، فعالیت، تاثیر در اتخاذ تصمیم و افزایش اعتماد به نفس می‌گردد (۱۰). در مطالعات مختلف جهت بررسی راهبردهای مقابله‌ای جهت کاهش آلام روانشناختی این‌چنین بیماران بر برنامه مشاوره گروهی، تاکید شده است و نتایج حاکی از بهبود درک مثبت بیماران از حمایت اجتماعی، سازگاری روانی اجتماعی و توانایی مقابله با بیماری و سطح عملکرد و کاهش افسردگی و اضطراب است (۲۳, ۲۲). هم‌چنین در ارتقاء سطح کیفیت زندگی بیماران در مقیاس‌های علامتی و عملکردی و کاهش افسردگی و ناکارآمدی و ناسازگاری تاثیر دارد (۲۵, ۲۴).

شدت یافتن علایم بیماری برای فرد ناتوانی روانی به همراه خواهد داشت که مزید بر ناتوانی ناشی از علایم جسمی وی می‌باشد. در ابعاد روانی- اجتماعی درمان بیماران مزمن، گاه لازم است به آن‌ها کمک کنیم تا بپذیرند که توانایی تغییر دادن افق دید خود را دارند و می‌توانند از بقیه توانایی‌های خویش لذت ببرند و این بیماری نمی‌تواند زندگی خانوادگی و نشاط آن‌ها را از بین ببرد. توصیه می‌شود که آن‌ها بپذیرند که برخی واقعیت‌های زندگی تحت اختیار آن‌ها نیست و خود را با شرایط جدید زندگی تطابق کنند (۲۶). بیشتر بررسی‌ها در مبتلایان به تالاسمی بر مشکلات مربوط به بعد جسمانی تمرکز داشته و جنبه‌های شناختی و روان‌شناختی را نادیده گرفتند (۱۰). بنابراین تجهیز شدن ایشان به تکنیک‌های شناختی–رفتاری و مهارت‌های امید درمانی می‌تواند به آن‌ها در خصوص مقابله با شرایط مادام العمر بیماری کمک نماید و منجر به کاهش مشکلات روان‌شناختی ایشان شود.

درمان شناختی-رفتاری، محدوده‌ای از روش‌های درمانی را در برمی‌گیرد که بر پایه مفاهیم و اصول برآمده از مدل‌های روان‌شناختی هیجانات و رفتارهای انسان قرار دارند. فلسفه‌ای که در پشت این نوع درمان قرار دارد این است که افکار و احساسات ما نقش کلیدی و بنیادی در رفتار ما دارند. مردم غالباً افکار احساساتی را تجربه می‌کنند که باعث تشدید یا

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.18502/ssu.v27i4.1357]

تقویت باورهای معیوب و نادرست آنان می‌گردد چنین باورهایی می‌تواند به رفتارهای مشکل‌زا منجر گردد و جنبه‌های مختلف زندگی فرد را شامل خانواده، روابط عاطفی، کار و تحصیل را تحت تاثیر قرار دهد. درمانگر شناختی-رفتاری، برای مبارزه با این افکار و رفتارهای مخرب، ابتدا به بیمار کمک می‌کند تا باورهای مشکل‌زای خود را شناسایی کند وگام به گام به سمت تغییر رفتار حرکت کند. یکی از استرس‌زاترین جنبه‌های این بیماری نامعلوم بودن آینده آن است، حتی در یک هفته آینده معلوم نیست که بیمار چه احساسی داشته باشد (۲۷). از آن جایی که این بیماران هم بایستی با استرس‌های زندگی روزمره و هم با استرس‌های ناشی از علایم بیماری که نوسان‌دار و غیر قابل پیش‌بینی هستند، مقابله کنند. بنابراین، پیشرفت بیماری ممکن است با کار، زندگی خانوادگی، ارتباطات و فعالیت‌های اجتماعی تداخل پیدا می‌کند. هدف مداخلات روان‌شناختی کمک به این افراد به منظور مقابله با چالش‌های فوق می‌باشد (۲۸). یکی از مهم‌ترین نیازهای روانی انسان، امید است. از نظر جهان بینی توحیدی، امید تحفه الهی است که چرخ زندگی را به گردش در می‌آورد و موتور تلاش و انگیزه را پرشتاب می‌کند. علیرغم اهمیت امید در سلامت جسمی و روانی، در گذشته توجه چندانی به آن نشده است، اما در جنبش جدید روان‌شناسی مثبت، توجه ویژه‌ای به امید شده است. کسانی که امیدوارند، معتقدند که در تولید افکار امیدبخش، خلق راه‌های موثر منتهی به حصول به هدف، حفظ افکار با اراده برای فراهم‌سازی انگیزش کافی در پیگیری هدف، و رفع موانعی که ظاهر می‌شوند عملکرد خوبی دارند.

طبق اصول اساسی امید درمانی، فنون امید درمانی برای کمک به درمان‌گران در شناسایی نقاط قوت موجود در مراجعان و افزایش دادن شایستگی‌های آن‌ها در حیطه‌های نیازمند بهبود طراحی شده‌اند (۲۸). امید از عوامل بسیار مهم و از عناصر ضروری در بیماران تالاسمی است که اثرات زیادی در سازگاری بیماران با شرایط زندگی، به خصوص در زمان درد و محرومیت دارد. امید در افزایش کیفیت زندگی بیمار سهم به سزایی داشته و در مراحل مختلف بیماری تاثیرگذار می‌باشد.افراد با امید بالا در یافتن راه‌های جایگزین برای دستیابی به اهداف، خلاق ترند و انگیزه بیشتری برای دنبال کردن آن‌ها دارند و مهم این‌که قادر به درس گرفتن از موفقیت‌ها و شکست های قبلی برای دست یابی به اهداف آینده هستند (۲۷). یک هدف در امید درمانی این است که راه‌های عادت وار و بی حاصل نزدیک شدن به اهداف مشکل ساز قبلی تعدیل شوند. درمان‌گر فقط با استفاده از بینش و بصیرت نمی‌تواند این جریان را در مراجع تسهیل کند. عمل/ تمرین برای تغییر دادن الگوهای خودکار و مزمن تفکر ضروری است و محققانی که به تازگی در حیطه تفکر خوش بینانه کارکرده‌اند، نشان داده‌اند که افراد می‌توانند با افزایش افکار خوش بینانه تغییر کنند (۲۹).

به همین منظور این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی و مقایسه آموزش شناختی–رفتاری و امیددرمانی در افزایش کیفیت زندگی، امید به زندگی و تاب‌آوری در بیماران مبتلا به تالاسمی‌ماژور مراجعه کننده به مرکز درمانی تالاسمی بوشهر در سال ۱۳۹۶ طراحی و اجرا گردید.

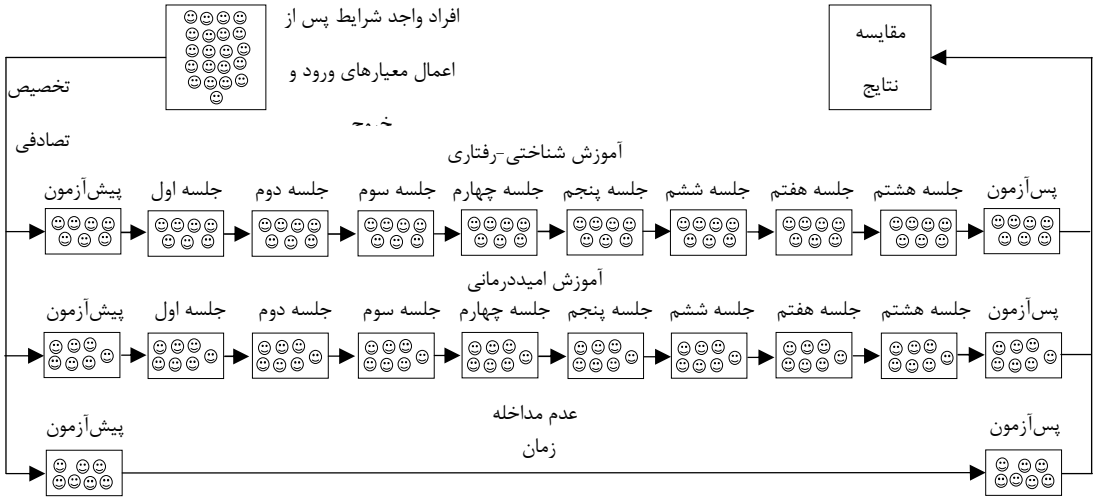
روش بررسی

جامعه آماری این پژوهش شامل بیماران تالاسمی مراجعه کننده به بخش تالاسمی بیمارستان شهدای خلیج فارس بوشهر در سال ۱۳۹۶ در طول ۲ ماه بود. نمونه‌گیری به‌صورت سرشماری بود. بیماران تالاسمی (زن و مرد) که تحت درمان مرتب بودند، سلامت نسبی روحی و شناختی و توانایی جسمانی لازم را داشتند، حداقل در یک ماه گذشته سابقه بستری و درمان بیمارستانی نداشتند، دارای تمایل شرکت در مطالعه بوده و از سطح سواد خواندن و نوشتن برخوردار بودند وارد مطالعه گردیدند (معیارهای ورود). افراد دارای وضعیت تشخیصی حاد و تازه تشخیص داده شده، بیماران تالاسمی که به‌صورت موقت و یا گاهگاهی به مرکز مراجعه می‌کردند و هم‌چنین آزمودنی هایی که دارای عوارض روحی و شناختی بارز بودند، شامل این بررسی نبودند (معیارهای خروج). پس از اعمال معیارهای ورود و خروج تعداد کل نمونه مورد مطالعه برابر با ۳۰ نفر شد. در ابتدا، به اعضای نمونه در خصوص طرح مورد اجرا، اهداف آن و محرمانه‌ماندن اطلاعات ایشان

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.18502/ssu.v27i4.1357]

توضیحات کافی داده شد و از ایشان درخواست گردید که فرم رضایت آگاهانه را پر کنند. با توجه به اینکه ۹ نفر به دلیل دور بودن محل زندگی و اهمیت نداشتن تحقیقات برای ایشان حاضر به همکاری نشدند، تعداد شرکت‌کنندگان به ۲۱ نفر کاهش یافت که به روش تخصیص تصادفی به سه گروه ۷ نفره تقسیم شدند (شکل ۱).



شکل ۱. فرآیند تخصیص تصادفی و اجرای مداخلات

جدول ۱. محتوای جلسات درمان گروهی شناختی – رفتاری

جلسات	موضوع بخش	محتوای جلسات
جلسه اول	آغاز	جهت‌گیری و هدف عمومی گروه و معارفه اعضاء
جلسه دوم	بالا بردن خود هوشیاری	مطالعه و فکر کردن روی مشکلات خود
جلسه سوم		مطالعه و فکر کردن روی خانواده و مشکلات محیطی
جلسه چهارم	شناسایی موقیت‌های اضطراب آور	حالات منفی هیجانی و تخریب شناخت
جلسه پنجم		بررسی دلایل تفکر و رفتار ناسازگارانه
جلسه ششم	روش‌های توسعه سازگاری	توسعه و آموزش روش‌های تفکر سازگارانه
جلسه هفتم		برنامه‌ریزی برای زندگی آینده
جلسه هشتم	اختتام	مرور ذهنی و خودارزیابی از تفکرات و رفتار و انتقال به زندگی روزانه

گروه اول در معرض آموزش شناختی–رفتاری و گروه دوم در معرض آموزش امیددرمانی قرار گرفت. گروه سوم نیز به عنوان گروه کنترل انتخاب و مداخله‌ای بر روی آنان اجرا نشد. پیش از اجرای مداخله، اطلاعات در خصوص مشخصات دموگرافیک شرکت‌کنندگان شامل جنس، میزان تحصیلات و وضعیت تاهل جمع‌آوری گردید. برای سه گروه پرسشنامه‌های استاندارد امید به زندگی اشنایدر (۱۹۹۱)، کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی WHOQ-100 (۳۰) و تاب‌آوری

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.18502/ssu.v27i4.1357]

روان‌شناختی کانر و دیویدسون (۳۱) تکمیل شد. در پایان جلسات درمانی نیز هر سه گروه بوسیله همان پرسشنامه‌ها یک بار دیگر سنجیده شدند. در هر نوبت، پرسشنامه‌ها به وسیله دستیار روانشناس در بین اعضا پخش گردید و در نهایت پس از کورسازی یکطرفه، با کدگذاری و ادغام پرسشنامه‌های هر سه گروه، به محقق تحویل گردیدند.

پس از نمونه‌گیری و تعیین گروه آزمایشی، برای گروه آزمایشی اول، هشت جلسه گروه درمانگری شناختی-رفتاری و به صورت هر هفته دو جلسه و هر جلسه تقریباً ۹۰ دقیقه و در یک اطاق آرام و طبق یک برنامه مدون، اجرا و دنبال شد. این جلسات بر اساس اصلاح فکر و شناخت-درمانی طراحی شده بود، در ابتدا به صورت حل مشکلات کُلی و عمومی، سپس حل مشکلات اختصاصی و خطاهای منطقی در رابطه با بیماری تالاسمی که بر امید به زندگی، کیفیت زندگی و تاب‌آوری گروه آزمودنی تأثیر داشته است، صورت گرفت (جدول ۱). گروه‌های آزمودنی فرصت کافی در زمینه رسیدن به اهداف پژوهش داشتند و آزمودنی‌ها با آزادی عمل و بدون اعمال فشار از سوی درمانگر شروع به عنوان نمودن مشکلات تأثیرگذار برامید به زندگی، کیفیت زندگی و تاب‌آوری خود نمودند (۱۰). برای گروه آزمایشی دوم که در معرض متغیر آزمایشی امید درمانی قرار گرفتند برنامهٔ آموزشی بر اساس کارهای اشنایدر و همکاران (۱۹۹۹) طراحی شده بود. هر جلسه مشتمل بر چهار بخش بود. در بخش اول در مورد فعالیت‌ها و تکالیف هفته گذشته بیمار بحث شد و افراد ترغیب شدند تا به همدیگر در رفع مشکلات مربوط به آن تکالیف کمک کنند. در بخش دوم آموزش روانی و مهارت‌های مربوط به امید را یاد گرفتند که این مهارت‌ها در سه حیطه اهداف، گذرگاه‌ها و عامل قرار داشتند. در بخش سوم شیوه‌های بکارگیری این مهارت‌ها در زندگی روزمره فرد بحث شد، بیماران ترغیب شدند که مسائل را به صورت عینی و روشن مطرح کنند و به یکدیگر کمک کنند تا با استفاده از مهارت‌های امید آن‌ها را حل کنند. (جدول۲) در پایان هر جلسه نیز تکالیف مربوط به جلسه آتی ارائه شد (۳۲). ارائه تکالیف و پیگیری مداخلات به این صورت بود که به هر کدام از اعضای نمونه، بسته به نوع مداخله درمانی، کاربرگ‌هایی از پکیج های پرسشنامه‌های استاندارد امید به زندگی اشنایدر و تاب‌آوری روان‌شناختی کانر و دیویدسون در انتهای هر جلسه به عنوان تکلیف داده شد که در ابتدای جلسه بعد، پیش از آغاز جلسه، تکالیف ایشان مورد بررسی قرار گرفت. هم‌چنین، با استفاده از تلفن وضعیت افراد پیگیری شد و اطلاعات لازم در صورت نیاز به ایشان داده شد.در انتهای آموزش نیز پس آزمون (بوسیله پرسشنامه‌های امید به زندگی اشنایدر، کیفیت زندگی سازمانی بهداشت جهانی و تاب‌آوری کانر دیویدسون مورد ارزیابی و سنجش قرار گرفتند) از هر دو گروه آزمایش و کنترل به‌عمل آمد. در اجرای این پژوهش کلیه ملاحظات اخلاقی در نظر گرفته شد. بدین منظور تمامی افرادی که به‌صورت تصادفی از اعضای جامعه انتخاب شده بودند، طی تماس تلفنی در جریان شرکت در طرح پژوهشی قرار گرفتند و اجازه یافتند شرکت یا عدم شرکت خود را انتخاب نمایند. تمامی پرسشنامه‌های مورد استفاده در این پژوهش بی‌نام بوده و شرکت یا عدم شرکت در پژوهش هیچ‌گونه تأثیری در روند درمان و هزینه‌های بیماران نداشت.

تجزیه و تحلیل آماری

جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و تحلیل کواریانس استفاده و اطلاعات حاصل با استفاده از نرم افزار SPSS Inc., Chicago, IL; Version 16 تجزیه و تحلیل شد. سطح معناداری تمام آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

ملاحظات اخلاقی

این مطالعه توسط کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی بوشهر مورد تایید قرار گرفته است (کداخلاق IR.BPUMS.REC.1395.151).

نتایج

از گروه آزمایش ۶۴/۳ درصد زن و ۳۵/۷ درصد مرد، ۷۸/۶ درصد مجرد و ۲۱/۴ درصد متاهل، و ۲۸/۶ درصد دیپلم و زیردیپلم، ۱۴/۳ درصد کاردانی و ۵۷/۱ درصد لیسانس بودند. از گروه کنترل نیز ۵۷/۱ درصد زن و ۴۲/۹ درصد مرد، ۸۵/۷

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.18502/ssu.v27i4.1357]

درصد مجرد و ۱۴/۳ درصد متاهل، ۴۲/۸ درصد دیپلم و زیردیپلم، ۲۸/۶ درصد کاردانی و ۲۸/۶ درصد لیسانس بودند

جدول ۲: محتوای جلسات آموزش امیددرمانی

جلسات	توضیحات
جلسه اول	آشنایی اعضا گروه با همدیگر و مشاور و توضیحاتی درباره ساختار جلسات، اهداف برنامه، برنامه آموزش گروهی بر اساس نظریه امید اشنایدر و توضیح کوتاهی در مورد امید به زندگی، کیفیت زندگی، تاب‌آوری، سطح اضطراب و افسردگی، ارائه تکلیف.
جلسه دوم	مرور موضوع جلسه قبل، چگونگی ایجاد امید و ضرورت وجود آن در اعضاء و ارائه تکلیف.
جلسه سوم	مرور موضوع جلسه قبل، کمک به اعضا در یافتن امید، ارائه تکلیف.
جلسه چهارم	مرور موضوع جلسه قبل، شناخت دیدگاه اعضا و شناخت و از بین بردن منفی‌گرایی و بالابردن امید به زندگی، سطح کیفیت زندگی و تاب‌آوری و کاهش اضطراب و افسردگی بیماران، ارائه تکلیف.
جلسه پنجم	مرور موضوع جلسه قبل، آشنایی بیماران با افراد دارای امید به زندگی، کیفیت زندگی و تاب‌آوری بالاتر و سطح اضطراب و افسردگی پایین‌تر و فهرست وارسی راه‌ها (بایدها و نبایدها) برای رسیدن به هدف، ارائه تکلیف.
جلسه ششم	مرور موضوع جلسه قبل، تبیین داستآن‌های اعضاء بر اساس سه مولفه اصلی نظریه امید و قالب بندی مجدد داستآن‌ها، ارائه تکلیف
جلسه هفتم	مرور موضوع جلسه قبل، مطرح کردن لیستی از اتفاقات جاری و ابعاد مهم زندگی و میزان رضایت افراد از هر یک از اتفاقات مطرح شد، ارائه تکلیف
جلسه هشتم	مرور موضوع جلسه قبل، ویژگی‌های گذرگاه‌های مناسب مطرح شد. هدف در این جلسه امید افزایی، حفظ و بقای امید در اعضاء و افزایش آن در گروه بود.

جدول ۳ **:**نتایج تحلیل کواریانس بر روی پس آزمون میانگین نمرات آموزش شناختی-رفتاری بر کیفیت زندگی، امید به زندگی و تاب‌آوری گروه‌های آزمایش و گواه با کنترل پیش‌آزمون

متغیر	منبع تغییرات	درجه آزادی	F	p-value	مجذور اتا
کیفیت زندگی	پیش آزمون	۱۰	۱۳/۶۹۷	۰/۰۷۰	۰/۹۹
	گروه	۱	۳۸/۵۳۳	۰/۰۲۵	۰/۳۷
امید به زندگی	پیش آزمون	۹	۷۹/۶۸۳	۰/۰۱۲	۰/۹۹
	گروه	۱	۸۱/۰۰۰	۰/۰۱۲	۰/۱۴
تاب‌آوری	پیش آزمون	۱۰	۱۹۷/۶۴۵	۰/۰۵۵	۰/۹۹
	گروه	۱	۸۹/۲۸۶	۰/۰۴۷	۰/۲۰

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.18502/ssu.v27i4.1357]

جدول۴:. نتایج تحلیل کواریانس بر روی پس‌آزمون میانگین نمرات آموزش امیددرمانی بر کیفیت زندگی، امید به زندگی و تاب‌آوری گروه‌های آزمایش و گواه با کنترل پیش‌آزمون

متغیر	منبع تغییرات	درجه آزادی	F	p-value	مجذور اتا
کیفیت زندگی	پیش آزمون	۹	۳۵/۱۲۹	۰/۰۲۸	۰/۹۹
	گروه	۱	۱۲۰/۳۳۳	۰/۰۰۸	۰/۹۸
امید به زندگی	پیش آزمون	۱۱	۴۷/۸۸۳	۰/۰۱۱	۰/۹۹
	گروه	۱	۲۱/۱۲۴	۰/۰۲۹	۰/۲۹
تاب‌آوری	پیش آزمون	۹	۲۶/۹۵۳	۰/۰۱۴	۰/۹۹
	گروه	۱	۴۰/۰۹۱	۰/۰۱۰	۰/۱۱

جدول ۵: نتایج تحلیل کوواریانس بین میزان کیفیت زندگی بر اساس گروه شناختی رفتاری و امید درمانی

	منبع تغییرات	F	درجه آزادی	p-value	تفاوت میانگین
گروه	کیفیت زندگی	۴/۰۲۸	۱	۰/۰۴۸	۳/۲۸۵
	امید به زندگی	۱۵/۹۷۲	۱	۰/۰۰۲	۱۶/۴۲۸
	تاب‌آوری	۸/۰۱۹	۱	۰/۰۱۵	۱۳/۷۱۴

براساس یافته‌های جدول ۳، نتایج تحلیل کواریانس در مرحله پس‌آزمون نشان داد که با کنترل نمرات پیش‌آزمون، آموزش شناختی-رفتاری بر تمامی متغیرهای کیفیت زندگی، امید به زندگی، تاب‌آوری اضطراب و افسردگی تاثیرگذار است. بر این اساس، آموزش شناختی-رفتاری موجب افزایش ۳۷ درصدی کیفیت زندگی، ۱۴ درصدی امید به زندگی و ۲۰ درصدی تاب‌آوری شده است.

براساس یافته‌های جدول ۴، نتایج تحلیل کواریانس در مرحله پس‌آزمون با کنترل نمرات پیش‌آزمون حاکی از تاثیرگذاری آموزش امید درمانی بر متغیرهای کیفیت زندگی، امید به زندگی، تاب‌آوری اضطراب و افسردگی است. بر این اساس، آموزش امیددرمانی موجب افزایش ۹۸ درصدی کیفیت زندگی، ۲۹ درصدی امید به زندگی و ۱۱ درصدی تاب‌آوری و کاهش ۳۴ درصدی اضطراب و ۹۶ درصدی افسردگی شده است. نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد بین نمرات پس آزمون کیفیت زندگی، امید به زندگی، تاب‌آوری، افسردگی و اضطراب در دو گروه شناختی رفتاری و امید درمانی تفاوت معناداری وجود دارد. با مقایسه تفاوت میانگین‌های کیفیت زندگی، امید به زندگی، تاب‌آوری مشخص شد که به‌ترتیب به میزان ۳/۲۸۵، ۱۶/۴۲۸، ۱۳/۷۱۴بین گروه شناختی رفتاری و امید درمانی تفاوت وجود دارد. این نتایج نشان می‌دهد که امیددرمانی در مقایسه با شناختی رفتاری در افزایش کیفیت زندگی، امید به زندگی و تاب‌آوری موثرتر بوده است.

بحث

تحقیق حاضر به منظور بررسی اثربخشی آموزش شناختی-رفتاری و امیددرمانی در افزایش کیفیت زندگی، امید به زندگی و تاب‌آوری در بیماران مبتلا به تالاسمی انجام شد. مشخص گردید که آموزش‌های شناختی-رفتاری و امیددرمانی بر افزایش کیفیت زندگی، امید به زندگی، تاب‌آوری تاثیر معناداری دارند. درمان شناختی-رفتاری در بردارنده مداخله‌های شناختی، ایجاد تغییر در طرح واره‌های شناختی، اصلاح باورهای نادرست بیمار و یا غیرفعال‌کردن باورها با

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.18502/ssu.v27i4.1357]

بهره‌گیری از طرح‌واره‌های دیگر، رویارویی و مواجهه تصوری و واقعی در موقعیت‌های اضطراب‌زا و ارائه تکالیف رفتاری مناسب جهت استفاده بیماران در موقعیت‌های اضطراب‌زا است، با کاستن از علایم منفی اختلال و پرداختن به ابعاد روانی و جسمانی بیمار، سبب بهبود کیفیت زندگی و فعال شدن در تعاملات اجتماعی بیفزاید و امیدواری خواهد شد. نتایج حاصل نشان داد که آموزش شناختی-رفتاری بر افزایش کیفیت و امید به زندگی بیماران مبتلا به تالاسمی تاثیر دارد که با برخی یافته‌های پیشین هم‌سو می‌باشد (۳۴, ۳۳). هم‌چنین آموزش امیددرمانی بر افزایش کیفیت و امید زندگی بیماران مبتلا به تالاسمی تاثیر دارد. امید با رضایت کلی از زندگی نیز هم‌بستگی دارد (۳۶, ۳۵). بین امید و پیام‌های بهتر روان درمانی رابطه وجود دارد. آموزش امید می‌تواند منابع روان‌شناختی مختلفی برای افراد داشته باشد. امید بالا با بهزیستی و عملکرد، راهکارهای کنارآمدن و تنظیم درماندگی هیجانی نیز رابطه دارد. امید وسیله‌ای برای پیشگیری (اولیه و ثانویه) از مشکلات زندگی است (۳۷, ۳۵).

به‌علاوه آموزش امیددرمانی در مقایسه با شناختی رفتاری در افزایش امید و کیفیت زندگی موثرتر بوده است. متخصصان سلامت روانی به طور کلی امید را عاطفه مثبتی که اثرات درمانی مانند تسریع بهبودی و تسکین درد دارد، تشخیص داده‌اند. امید به‌عنوان یک درون مایه روان‌شناختی مثبت، از شواهد رو به رشدی در ارتباط با مرکزیت آن به‌عنوان یک عملکرد تطبیقی برخوردار است. ادعای اینکه امید به‌عنوان یک سپرحفاظتی در تمام عرصه‌ها (جسمی، عاطفی، روان‌شناختی، معنوی و اجتماعی) مفید است در پژوهش‌ها مورد تاکید قرار گرفته است (۳۸). مزایای امید صرف نظر از سن، نژاد، جنسیت یا موقعیت اجتماعی– اقتصادی، بوسیله نتایج سایر پژوهش‌ها تایید شده است (۳۸, ۳۵). امید آموختنی است بنابراین، ارتقای خود انگیزشی و هدف گزینی را از جمله اجزا کلیدی در پرورش امید است. امید موجب امید می‌شود و انتقال امید درمانگر به مراجع امکان پذیر و کاملا محتمل است (۳۸, ۳۷). آموزش امیددرمانی بر افزایش تاب‌آوری بیماران مبتلا به تالاسمی نیز تاثیر داشته است. تاب‌آوری می‌تواند سلامت روان و رضایتمندی از زندگی را به ارمغان بیاورد شناخت عوامل مرتبط با آن و سعی در جهت ارتقاء این عوامل می‌تواند به افزایش میزان تاب‌آوری افراد در مقابله با حوادث زندگی منجر شده از این رو می‌تواند به ارتقاء سطح سلامت افراد کمک کند. آموزش شناختی-رفتاری نیز بر افزایش تاب‌آوری بیماران مبتلا به تالاسمی نیز تاثیر دارد.تاب‌آوری ظرفیت بازگشتن از دشواری پایدار و ادامه دار و توانایی در ترمیم خویشتن است. این ظرفیت انسان می‌تواند باعث شود تا او پیروزمندانه از رویدادهای ناگوار بگذرد و علیرغم قرار گرفتن در معرض تنش‌های شدید او ارتقا یابد. ارتقاء تاب‌آوری منجر به رشد افراد در به‌دست آوردن تفکر و مهارت‌های خود مدیریتی بهتر و دانش بیشتر می‌شود. به این ترتیب هر اندازه بیماران مبتلا به تالاسمی از حمایت اجتماعی بیشتری برخوردار باشند، در برابر مشکلات تاب‌آوری بالاتری داشته باشند و راهبردهای مقابله ای مناسب‌تری را به کار ببرند، از لحاظ روانی و جسمانی زندگی با کیفیت‌تری خواهند داشت (۳۹).

هم‌چنین نتایج یافته نشان داد که امیددرمانی در مقایسه با شناختی رفتاری در افزایش تاب‌آوری موثرتر بوده است. افرادی که دارای تاب‌آوری هستند، اغلب با ایجاد هیجانات مثبت پس از رویارویی های فشارزا به حالت طبیعی باز می‌گردند (۴۰). افراد تاب‌آور افراد تاب آور از احساس اعتماد به نفس و کار آمدی برخوردارند و بدون این‌که سلامت روانشان کاهش یابد و دچار بیماری روانی شوند، رویدادهای فشارزا را پشت سر می‌گذارد و هنگام رو به رو شدن با یک چالش، افراد امیدوار حالت اطمینان و پایدار دارند و بر این باورند که ناملایمات می‌توانند به شیوه موفقیت‌آمیزی اداره شوند و این تفاوت در نگرش نسبت به ناملایمات در شیوه‌های مقابله با استرس افراد تأثیر می‌گذارد (۴۱). این افراد احساس ناامیدی و تنهایی کمتری داشته و از این مهارت برخوردارند که به یک مشکل به عنوان مسئله‌ای که می‌توانند آن را کندوکاو کنند، تغییر دهند، تحمل کنند و یا به طرق دیگر حل کنند، نگاه کنند و همین موضوع و توان تحمل آن‌ها در برابر مشکلات سبب چشم‌انداز

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.18502/ssu.v27i4.1357]

مثبت و امید آن‌ها به زندگی می‌شود. همین نگرش مثبت سبب افزایش میزان تحمل آنان در برابر مشکلات می شود، این‌گونه افراد برای آینده‌شان هدف و برنامه داشته و زندگی برایشان معنادار است و به دلیل میزان بالای امید و باورهای مثبت در آنان پس از شکست، ناامید و دلسرد نشده و بر میزان تلاش‌های خود می افزایند (۴۲). بنابراین، علاوه بر درمان‌های جسمانی توجه به ابعاد روان‌شناختی بیماران مهم است و اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و امیددرمانی در متغیرهای کیفیت زندگی، امید به زندگی و تاب‌آوری بیماران تالاسمی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. این درمان‌ها علاوه بر این که تأثیر مثبتی بر روی امید به زندگی آن‌ها می گذارد، ماهیت دسته جمعی بودن آن، کمکی برای افزایش امید به بیماران نیز می‌باشد زیرا درمان به شیوه گروهی شبکه ارتباطی را قوی می کند و باعث امید و آرامش متقابل خواهد شد. پیشنهاد می‌شود متخصصان از آموزش گروهی مبتنی بر رویکرد امیددرمانی در کار با بیمارانی که دچار اختلالات خلقی یا افسردگی هستند استفاده کنند و زمینه پیشگیری از بروز آسیب‌ها را فراهم نمایند و انجمن‌های تالاسمی در سراسر کشور درمان گروهی را در برنامه آموزشی این بیماران در نظر بگیرند.

محدودیت‌ها:

در این مطالعه، مشکلاتی در زمینه تشکیل گروه‌های درمانی جهت بیماران شهرستانی وجود داشت. به دلیل مشکلات روحی عدیده بیماران تالاسمی و خانواده ایشان، نیاز به پیگیری بیشتر و ارائه جلسات مشاوره فردی احساس گردید. محدودیت منابع اطلاعاتی و پژوهشی در رابطه با مشکلات روحی بیماران تالاسمی از دیگر محدودیت‌های این مطالعه محسوب می‌شود.

نتیجه گیری

نتایج پژوهش بیانگر اثربخشی آموزش شناختی–رفتاری و امیددرمانی بر افزایش کیفیت زندگی، امید به زندگی و تاب‌آوری بیماران مبتلا به تالاسمی بود، بنابراین توجه به مداخلات روان‌شناختی فوق، علاوه بر درمان‌های جسمی بیماران، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. این نتایج نشان می‌دهد که امیددرمانی در مقایسه با شناختی- رفتاری در افزایش کیفیت زندگی، امید به زندگی و تاب‌آوری موثرتر بوده است.

سپاس‌گزاری

بدین‌وسیله پژوهشگران از سرپرستی و مدیریت مراکز آموزشی درمانی استان بوشهر، تمام افراد شرکت‌کننده در این پژوهش و مرکز توسعه پژوهش‌های بالینی مرکز آموزشی درمانی شهدای خلیج فارس بوشهر که در اجرای این پژوهش و هم‌چنین از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان بوشهر که در تعهد مالی این پژوهش همکاری داشته‌اند، کمال تشکر و قدردانی را دارند. مقاله فوق حاصل از یک طرح پژوهشی مصوب دانشگاه علوم پزشکی بوشهر می‌باشد.

تعارض در منافع: وجود ندارد.

References:

1-Saki N, Dehghani Fard A, Kaviani S, Jalali Far MA, Mousavi SH, Al-Ali K, et al.***Beta Thalasemia: Epidemiology, Diagnostic And Treatment Approach In Iran.*** Genetics in the 3rd Millenniumn 2012; 10(1): 2674-83. [Persian]

2-Shasti S,Mirhaghjou SN, Reza Masouleh S, 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.*** J Holistic

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.18502/ssu.v27i4.1357]

Nursing And Midwifery 2010; 20(1): 16-21. [Persian]

3-Galanello R, Origa R. ***Beta-Thalassemia***. Orphanet J Rare Dis 2010; 5:11.

4-Zhu G, Wu X, Zhang X, Wu M, Zeng Q, Li X. ***Clinical And Imaging Findings In Thalassemia Patients With Extramedullary Hematopoiesis.*** Clin Imaging 2012; 36(5): 475-82.

5-Safizadeh H, Farahmandinia Z, Nejad SS, Pourdamghan N, Araste M.***Quality Of Life In Patients With Thalassemia Major And Intermedia In Kerman-Iran (IR).*** Mediterr j hematol infect dis2012; 4(1): e2012058

6-El Dakhakhny AM, Hesham MA, Mohamed SE, Mohammad FN. ***Quality of Life of School Age Thalassemic Children at Zagazig City Amal M El Dakhakhny, Mervat A Hesham2, Samah E Mohamed3, Fawzia N Mohammad4.*** J Am Sci 2011; 7(1).

7-Clarke S, Skinner R, Guest J, Darbyshire P, Cooper J, Shah F, et al. ***Health related quality of life and financial impact of caring for a child with Thalassaemia Major in the UK.*** Child: care health dev 2010; 36(1): 118-22.

8-Khani H,Majdi M,Azad Marzabadi E,Montazeri A, Ghorbani A, Ramezani M. ***Quality Of Life In Iranian Beta-Thalassemia Major Patients Of Southern Coastwise Of The Caspian Sea.*** J Behavioral Sci 2009; 2(4): 325-32. [Persian]

9-Roudbari M, Soltani-Rad M, Roudbari S. ***The survival analysis of beta thalassemia major patients in South East of Iran***. Saudi Med J 2008; 29(7): 1031-5.

10- Kiani J, Pakizeh A, Ostovar A, Namazi S.***Effectiveness Of Cognitive Behavioral Group Therapy (CBGT) In Increasing The Self Esteem & Decreasing The Hopelessness Of B-Thalassemic Adolescents.*** Iran South Med J 2010; 13(4): 241-52. [Persian]

11- Arab M, Abaszadeh A, Ranjbar H, Pouraboli B, Rayani M.***Survey Of Psychosocial Problems In Thalassemic Children And Their Siblings***. IJNR 2012; 7(24): 53-61. [Persian]

12- Mazzone L, Battaglia L, Andreozzi F, Romeo MA, Mazzone D. ***Emotional Impact In B-Thalassaemia Major Children Following Cognitive-Behavioural Family Therapy And Quality Of Life Of Caregiving Mothers.*** Clin practepidemiolment health 2009; 5: 5.

13- Ismail A, Campbell MJ, Ibrahim HM, Jones GL. ***Health Related Quality Of Life In Malaysian Children With Thalassaemia.*** Health Qual life Outcomes 2006; 4: 39.

14- Baghianimoghadam Mh, Sharifirad G, Rahaei Z, Baghianimoghadam B, Heshmati H. ***Health Related Quality Of Life In Children With Thalassaemia Assessed On The Basis Of Sf-20 Questionnaire In Yazd, Iran: A Case-Control Study.*** Cent Eur J Public Health 2011; 19(3): 165-9.

15- Salehi M, Mirbehbahani N, Jahazi A, Aghebati Amlashi Y. ***General Health Of Beta-Thalassemia Major Patients In Gorgan, Iran***. JGorgan Uni Med Sci 2014; 16(1): 120-5. [persian]

16- Zarea K, Baraz Pordanjani S, Pedram M, Pakbaz Z. ***Quality Of Life In Children With***

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.18502/ssu.v27i4.1357]

Thalassemia Who Referred To Thalassemia Center Of Shafa Hospital. Jundishapur J Chronic Disease Care 2012; 1(1): 45-53. [persian]

17- Zeighami Mohammadi S, Tajvidi M. ***Relationship Between Spiritual Well-Being With Hopelessness And Social Skills In Beta-Thalassemia Major Adolescents (2010).*** Modern Care J 2011;8(3):116-24. [persian]

18- Vafaei M, Azad M, Shiargar P, Kazemi Haki B.***Quality Of Life In Patients With Thalassemia Major Referred To Ardabil Buali Hospital In 2012-13*** .Medical Sci 2015; 25(4): 305-10. [persian]

19- Surapolchai P, Satayasai W, Sinlapamongkolkul P, Udomsubpayakul U. ***Biopsychosocial Predictors Of Health-Related Quality Of Life In Children With Thalassemia In Thammasat University Hospital.*** J Med Assoc Thai 2010; 93(Suppl 7): S65-75.

20- Anie KA, Massaglia P. ***Psychological Therapies For Thalassaemia.***Cochrane Database Syst Rev 2001; (3): CD002890.

21- 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 Disorder 2012; 12: 6.

22- Cozaru GC, Papari AC, Sandu ML. ***The Effects Of Psycho-Education And Counselling For Women Suffering From Breast Cancer In Support Groups***. Procedia Soc Behav Sci 2014; 128: 10-5.

23- Nakimuli-Mpungu E, Okello J, Kinyanda E, Alderman S, Nakku J, Alderman JS, et al. ***The Impact Of Group Counseling On Depression, Post-Traumatic Stress And Function Outcomes: A Prospective Comparison Study In The Peter C. Alderman Trauma Clinics In Northern Uganda***. J Affec Disord 2013; 151(1): 78-84.

24- Karamoozian M, Baghery M, Darekordi A, Aminizadeh M. ***Impact Of Cognitive–Behavioral Group Therapy Stress Management Intervention On Mental Health And Pain Coping Strategies Breast Cancer Patients.*** IJBD 2014; 7(2): 56-66. [persian]

25- Farhadi A, Movahedi Y, Movahedi M. ***The Effectiveness Of Hope- Based Group Psychotherapy On The Promotion Of Health Related Quality Of Life In Patients With Cancer.*** Yafte 2014; 16(1): 32-42. [persian]

26- Heravi Km, Pourdehghan M, Faghihzadeh S, Montazeri A. ***The study of the effects of group counseling on functional scales of QOL of patients with breast cancer treated with chemotherapy***. Daneshvar Medicine 2006;13(62): 69-78.

27- Rasouli M, Bahramian J, Zahrakar K. ***The Effect Of Hope Therapy On Quality Of Life In Multiple Sclerosis Patients.*** IJPN 2014; 1 (4) :54-65. [persian]

28- Soroush M, Hejazi E, Shoakazemi M, Gheranpayeh L. ***Body Image Psychological Characteristics And Hope In Women With Breast Cancer.*** IJBD 2015; 7(4): 52-63. [persian]

29- Pedram M, Mohammadi M, Naziri GH, Aeinparast N. ***Effectiveness Of Cognitive-Behavioral Group Therapy On The Treatment Of Anxiety And Depression Disorders And On Raising Hope In Women With Breast Cancer.*** J Woman and Society 2011; 1(4): 61-75.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.18502/ssu.v27i4.1357]

30- Wanberg CR, Banas JT. ***Predictors And Outcomes Of Openness To Changes In A Reorganizing Workplace***. Jappl psychol 2000; 85(1): 132-42.

31- Snyder CR. Handbook of Hope: Theory, Measures, and Applications. Netherland: Elsevier Science; 2000:1-400.

32- Nejat S, Montazeri A, Holakouie Naieni K, Mohammad K, Majdzadeh S. ***The World Health Organization Quality Of Life (WHOQOL-BREF) Questionnaire: Translation And Validation Study Of The Iranian Version.*** sjsph 2006; 4(4): 1-12.

33- Connor KM, Davidson JR. ***Development Of A New Resilience Scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC).*** Depress Anxiety. 2003; 18(2): 76-82.

34- Omrani S, Mirzaeian B, Aghabagheri H, Hassanzadeh R, Abedini M. ***Effectuality of Cognitive-Behavioral Therapy on the Life Expectancy of Patients with Multiple Sclerosis.*** J Mazandaran Univ Med Sci 2012; 22 (93) :58-65. [persian]

35- Seligman ME. ***Learned optimism: How to change your mind and your life.*** New York; Vintage Books; 2006: 1-319.

36- Albert U, Maina G, Bogetto F, Chiarle A, Mataix-Cols D. ***Clinical Predictors Of Health-Related Quality Of Life In Obsessive-Compulsive Disorder.***Compr psychiatry 2010; 51(2): 193-200.

37- Norberg MM, Calamari JE, Cohen RJ, Riemann BC. ***Quality Of Life In Obsessive Compulsive Disorder: An Evaluation Of Impairment And A Preliminary Analysis Of The Ameliorating Effects Of Treatment.*** Depress Anxiety 2008; 25(3): 248-59.

38- Sotodeh-Asl N, Neshat-Dust HT, Kalantari M, Talebi H, Khosravi AR.***Comparison Of Effectiveness Of Two Methods Of Hope Therapy And Drug Therapy On The Quality Of Life In The Patients With Essential Hypertension.*** J Clinical Psychology 2010; 2(1): 27-34. [persian]

39- Yousefi R, Toghyani E. ***Comparison between Psychological Resiliency and Defense Mechanisms in the Military and Ordinary People.*** J Mil Med 2016; 18(2): 207-14. [persian]

40- Revheim N, Greenberg WM. ***Spirituality matters: Creating a time and place for hope***. Psychiatr Rehabil J 2007; 30(4): 307-10.

41- Di Fabio A, Saklofske DH. ***The Contributions Of Personality And Emotional Intelligence To Resiliency***. Personality and Individual Differences 2018; 123: 140-4.

42- Ogelman HG, Erol A. ***Examination Of The Predicting Effect Of The Resiliency Levels Of Parents On The Resiliency Levels Of Preschool Children.*** Procedia-Social Behav Sci 2015; 186: 461-6.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.18502/ssu.v27i4.1357]

Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences
Vol 27| NO 4 | July 2019

Received: 17 July 2017
Accepted: 2 Nov 2017

Efficacy of cognitive-behavioral therapy and hope therapy on quality of life, life expectancy and resiliency in patients with thalassemia

Jamileh Kiani[1], AliReza Hajiuni[2], Fatemeh Gholizadeh[3], Farhad Abbasi[*4]

Original Article

Introdution: The aim of the present study was to investigate the efficacy of cognitive-behavioral therapy and hope therapy on quality of life, life expectancy, resiliency in patients with thalassemia who went to Bushehr Thalassemia Therapy Center in 2017.

Methods: The study was experimental and census was used. It consisted of 21 patients with thalassemia in Bushehr province who were randomly divided into two experimental groups of cognitive-behavioral therapy and hope therapy and one control group. To conduct the research, World Health Organization Quality of Life Questionnaire, Life Expectancy Questionnaire by Schneider and Connor–Davidson Resilience Scale were used. All the patients completed the questionnaires before and after the intervention. In order to analyze data, analysis of covariance was performed.

Results: In the therapy group, the majority of the patients were female, single and held a bachelor's degree. Similarly, in the control group, the highest proportion belonged to females and married patients, whereas a minority held a bachelor's degree. Compared with the control group, the findings of analysis of covariance revealed that both cognitive-behavioral therapy and hope therapy were significantly effective (p-value<0.05). Cognitive-behavioral therapy significantly increased quality of life, life expectancy and resiliency (37%), (14%) and (20%), respectively. Also, hope therapy significantly increased quality of life, life expectancy and resiliency (98%), (29%) and (11%), respectively. The findings showed that hope therapy was more effective than cognitive-behavioral therapy in increasing quality of life, life expectancy and resiliency.

Conclusion: The results indicated that cognitive-behavioral therapy and hope therapy were effective in enhancing the quality of life, life expectancy and resiliency in the patients with thalassemia. Hence, considering psychological interventions, in addition to physical therapies, is of particular importance.

Keywords: Cognitive–behavioral therapy, Hope therapy, Quality of life, Life expectancy, Resiliency, Thalassemia.

Citation: Kiani J, Hajiuni A, Gholizadeh F, Abbasi F. **Efficacy of Cognitive-Behavioral Therapy and Hope Therapy on Quality of Life, Life Expectancy and Resiliency in Patients with Thalassemia.** J Shahid Sadoughi Uni Med Sci 2019; 27(4): 1482-95

[1]Clinical Research Development Center, Shohadaye-Khalije-Fars hospital, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, Iran
[2]Department of Disaster and Emergency Health, Schoold of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
[3]Clinical Research Development Center, Shohadaye-Khalije-Fars hospital, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, Iran
[4]Department of Infectious Disease, School of Medicine, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, Iran
***Corresponding author:** Tel: 077-33455375, **email:** f_abbasi55@yahoo.com

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.18502/ssu.v27i4.1357]