

## الگوی تحلیل مسیر روابط بین سلامت معنوی، کیفیت زندگی با افسردگی بیماران مبتلا به تالاسمی ماژور

\*محمد مهدی بابائی منقاری<sup>۱</sup>، علی خالق خواه<sup>۲</sup>

۱. دانشجوی دکتری اقتصاد و مدیریت مالی آموزش عالی دانشگاه تهران، تهران، ایران.

۲. استادیار علوم تربیتی دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

(تاریخ وصول: ۹۴/۰۷/۲۷ - تاریخ پذیرش: ۹۵/۰۱/۱۴)

### Path analysis model between spiritual Health, quality of life with depression thalasemia major patients

\*MohammadMahdi Babaei Menghari<sup>1</sup>, Ali khaleghkakh<sup>2</sup>

1. PhD student in economic and financial management Higher Education, University of Tehran, Tehran, Iran.

2. Assistant Professor in Education, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.

(Received: Jul. 18, 2015 - Accepted: Apr. 02, 2016)

#### Abstract

**Objective:** The aim of this study was to investigate relationship between quality of life and spiritual Health and depression in thalasemia major patients in Amol city. **Method:** The research Method was correlation. The population was 497 of thalasemia patients. According to the Cochrane formula 100 thalasemia patients were selected by random sampling method. The research instruments were quality of life questionnaire, spiritual Health questionnaire and depression Questionnaire. Data were analyzed using Pearson correlation, multiple regression and path analysis. **Findings:** There is relationship between quality of life and spiritual Health and depression. Regression analysis showed that quality of life and spiritual Health predict thalasemia patients depression. The results of path analysis showed that physical domain quality of life, religious Health and existential Health through mental domain quality of life indirect effect on depression affects thalasemia patients But mental domain quality of life directly affects the impact on thalasemia patients depression. **Conclusion:** According to the results Quality of life, depression and spiritual well-being of patients with thalasemia can be scheduled to take appropriate measures to prevent depression and improve quality of life and lead to spiritual health.

**Keywords:** quality of life, spiritual Health, depression, thalasemia major patients.

#### چکیده

**مقدمه:** هدف این پژوهش بررسی رابطه بین کیفیت زندگی و سلامت معنوی با افسردگی بیماران مبتلا به تالاسمی ماژور شهرستان آمل بود. **روش:** روش تحقیق توصیفی از نوع همبستگی است. جامعه آماری شامل ۴۹۷ نفر از بیماران تالاسمی بودند. از بین جامعه آماری بر اساس فرمول کوکران تعداد ۱۰۰ نفر از بیماران به روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب گردید. ابزار پژوهش پرسشنامه‌های کیفیت زندگی، سلامت معنوی و افسردگی بود. داده‌ها با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون، رگرسیون چندگانه به روش هم‌زمان و تحلیل مسیر تحلیل شد. **یافته‌ها:** بین مؤلفه‌های کیفیت زندگی و سلامت معنوی با افسردگی بیماران تالاسمی رابطه وجود دارد. به عبارتی می‌توان از طریق مؤلفه‌های کیفیت زندگی و سلامت معنوی، افسردگی بیماران مبتلا به تالاسمی را پیش‌بینی نمود. نتایج تحلیل مسیر نیز نشان داد که بعد جسمی کیفیت زندگی، سلامت مذهبی و سلامت وجودی از طریق متغیر بعد روانی کیفیت زندگی بر افسردگی بیماران تالاسمی اثر غیرمستقیم می‌گذارد ولی بعد روانی کیفیت زندگی بر افسردگی بیماران تالاسمی اثر مستقیم می‌گذارد. **نتیجه‌گیری:** با توجه به نتایج فوق بررسی کیفیت زندگی، افسردگی و سلامت معنوی بیماران مبتلا به تالاسمی می‌تواند به برنامه‌ریزی در جهت اتخاذ تدابیری به‌منظور پیشگیری از افسردگی و بهبود کیفیت زندگی و سلامت معنوی منجر گردد.

**واژگان کلیدی:** کیفیت زندگی، سلامت معنوی، افسردگی، بیماران تالاسمی ماژور.

\*نویسنده مسئول: محمد مهدی بابائی منقاری

\*Corresponding Author: Fatemeh Nourbala

Email: m.zmbm67@gmail.com

## مقدمه

بیماری تالاسمی یک اختلال شایع ژنتیکی خونی و مزمن است که با طیف وسیعی از چالش‌های روانی و بالینی جدی همراه بوده و مانند هر بیماری مزمن دیگر وضعیت روان‌شناختی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد (پروینیان نسب، روستا، وجدانی، دهقانی، کشتکاران، شمسی زاده، آبشش‌سری، کشفی، ۱۳۹۲) و در حال حاضر بیش از ۲۶۰۰۰ نفر در ایران به این بیماری مبتلا هستند. با این تعداد بیمار ایران، از نظر نسبت مبتلایان به تالاسمی به کل جمعیت جهان مقام اول را دارد. در کشور ایران ۸۵ درصد مبتلایان را گروه سنی ۱۸ سال تشکیل می‌دهد و سالانه حدود ۷۰۰ میلیارد ریال برای بیماران هزینه می‌شود (بابائی منقاری، معینی‌کیا، خالق‌خواه، زاهدبابلان، ۱۳۹۳). این بیماران و خانواده‌های آنان تحت فشارهای متعددی از جمله احساس، حقارت، اضطراب و افسردگی در خصوص مدرسه و کار، اشتغال، مسائل رفاهی و خانوادگی هستند که همه این عوامل کیفیت زندگی خانواده‌ها، از جمله والدین را مختل می‌کند (کاناتان، راتیپ، کاپتن، کاسن، ۲۰۰۳). از این روی، یکی از اهداف مهم مراقبتی در این بیماران باید ارتقاء کیفیت زندگی آن‌ها باشد. چون مراقبت‌های خانواده محور در مراقبت از کودکانی که نیازهای بهداشتی خاص دارند، بیشترین اهمیت را دارد. لذا یکی از راه‌های رسیدن به این هدف، توانمندسازی خانواده شامل توانمندسازی کودک بیمار و والدین وی برای مقابله با اثرات و

عوارض بیماری و کنترل بهتر برای دستیابی به زندگی با کیفیت بهتر است (الله یاری، الحانی، کاظم نژاد، ایزدپار، ۱۳۸۵). کیفیت زندگی دامنه‌ای از نیازهای عینی انسان است که در ارتباط با درک شخصی و گروهی افراد از احساس خوب بودن به دست می‌آید (هادی، کرمی، منتظری، ۱۳۸۸). کیفیت زندگی مفهومی فراگیر است که از سلامت فیزیکی، رشد شخصیتی، حالت روان‌شناختی و... تأثیر می‌پذیرد و نیز بر ادراک فرد مبتنی است (اورکی، امیرآبادی، حیدری، ۱۳۹۴). کیفیت زندگی می‌تواند بر شیوه زندگی (شادی و غم) مؤثر باشد (آیدین، یاپرک، آرسو، ۱۹۹۷). کیفیت زندگی به‌عنوان یک عامل مهم کاهش‌دهنده علائم در بیماری‌های مزمن روانی و جسمی شناخته شده است و شواهد زیادی وجود دارند که نشان می‌دهند کیفیت زندگی پیش‌آگهی مهمی در موقعیت‌های درمانی است (ایمانی، حبیبی، پاشایی، ظهیری سروری، میرزایی، زارع، ۱۳۹۲). اگر شیوه زندگی مناسب نباشد و کیفیت زندگی پایین باشد می‌تواند بر افسرده شدن افراد اثر بگذارد. در این میان، از آنجایی که بیماران مبتلا به تالاسمی، نسبت به افراد سالم مشکلات روانی، اجتماعی شدیدی دارند و به نظر کیفیت زندگی پایینی دارند (آیدین، یاپرک، آرسو، ۱۹۹۷) و از طرفی، با توجه به پیشرفت‌های بسیار مهم در عرصه علم پزشکی و کاهش مرگ‌ومیر ناشی از تالاسمی و افزایش امید به زندگی این بیماران، کیفیت زندگی آن‌ها به‌عنوان یکی از شاخص‌های

است که تمامی انواع افسردگی قابل درمان است و هر اندازه تشخیص این بیماری به تعویق بیفتد و درمان نشود، درمان آن سخت تر خواهد بود (شرقی، نبئی، پراک، فرخی، ۱۳۸۴). این مشکل در بیماران تالاسمی بیشتر مشاهده می شود (پروینیان نسب و همکاران، ۱۳۹۲).

یکی دیگر از متغیرهای این پژوهش که ممکن است بر افسردگی تأثیرگذار باشد، سلامت معنوی است. سلامت معنوی به عنوان یکی از ابعاد سلامت، سبب یکپارچگی سایر ابعاد آن می شود و خود دربرگیرنده دو بعد وجودی و مذهبی است. سلامت مذهبی به رضایت ناشی از ارتباط با یک قدرت برتر و سلامت وجودی به تلاش برای درک معنا و هدف در زندگی اطلاق می شود. وقتی سلامت معنوی به طور جدی به خطر بیفتد، فرد ممکن است دچار اختلالات روحی مثل احساس تنهایی، افسردگی و از دست دادن معنا در زندگی شود؛ بنابراین، حمایت ناشی از منابع معنوی یا مذهبی و داشتن ارتباط با قدرتی بالاتر سودمند است و می تواند برای بهبود کیفیت زندگی، کاهش و کنترل اختلالات سلامت روان، حمایت بین فردی، کاهش شدت علائم و نتایج مثبت پزشکی سودمند باشد (خادم وطنی، آقاخانی، حسینی، حضرتی، علی نژاد، نظری، قادری، اقتدار، رهبر، مسگرزاده، حاج احمدی رفسنجانی، ۱۳۹۳). علاوه بر این، بعد معنوی از ابعاد مهم سلامت در انسان و نیروی یگانه ای است که ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی را هماهنگ نموده و به سازگاری با بیماری کمک می کند؛ به طوری که بیمارانی که سلامت معنوی آن ها تقویت می شود،

مهم مراقبت بهداشتی مدنظر است (تلفر، کانستانتینیدس، آندروس، چیرستو، مدل، آنجستینیوتیس<sup>۱</sup>، ۲۰۰۵). این مسئله می تواند بر جلوگیری از افسردگی آن ها مؤثر باشد (یانگ، ماو<sup>۲</sup>، ۲۰۰۷). افسردگی نوعی اختلال روانی است که در دوران معاصر به دلیل زندگی مدرن به شدت رو به افزایش است. تقریباً همه، حداقل به صورت خفیف احساس افسردگی کرده اند (روزنهان، سلگمن<sup>۳</sup>، ۱۹۸۹). اختلال افسردگی از نوع اختلال های خلقی است. اختلال های خلقی حالت هیجانی بی وقفه ای است که در طول یک پیوستار از غمگینی تا شادی، در نوسان است (کاپلان<sup>۴</sup>، ۲۰۰۳). دیدگاه های جدید در مورد علل بروز افسردگی، کاستی هایی را در دو حوزه قابلیت های عاطفی و هیجانی نشان می دهد: از یک سو، مهارت های مربوط به ایجاد رابطه با دیگران و از سوی دیگر شیوه دلسردکننده تعبیر و تفسیر موانع موجود در این راه و عدم توانایی در ایجاد رابطه با دیگران باعث بروز افسردگی می شود (منشی، مظاهری، خیام نیکویی، ۱۳۹۰). بر اساس گزارش های سازمان جهانی بهداشت در رتبه بندی بیماری ها بر اساس میزان ناتوانی ایجاد شده، افسردگی مقام اول را به خود اختصاص می دهد. افسردگی تقریباً تمامی جنبه های زندگی از نحوه تمرکز حواس در کار و تا خواب شبانه بیماران را تحت تأثیر قرار می دهد و سرانجام می تواند زندگی عادی را غیرممکن کند و این در حالی

1. Telfer, Constantinidou, Andreous, Chiristou, Modell, Angastiniotis
2. Yang, Mao
3. Roznhan, Seligman
4. Kaplan

افسردگی ارتباط مستقیم دارد. در پژوهش خادم وطنی و همکاران (۱۳۹۳) نشان دادند که سلامت معنوی و اضطراب با افسردگی رابطه معکوس دارند. خضری، بحرینی، روانی پور، میرزایی (۱۳۹۴) به این نتیجه دست یافتند که بین سلامت معنوی با افسردگی رابطه ندارد.

جمع بندی شواهد نشان می دهد که میان عوامل کیفیت زندگی و سلامت معنوی با افسردگی رابطه وجود دارد، اما پژوهش هایی که ارتباط علی میان این سازه ها را مورد مطالعه قرار دهد کمتر مورد توجه بوده است، از این رو اگر این سازه ها در چارچوبی منطقی در ارتباط با یکدیگر قرار گیرد، مدلی مناسبی طرح خواهد شد.

افراد مبتلا به تالاسمی نشانه‌ی افسردگی بیشتر و کیفیت زندگی پایین تری از بیماران دیگر دارند و این یافته‌ها از نیاز به حمایت روانی و برنامه‌های بازتوانی با اهداف افزایش انگیزه و پیگیری مستمر برای بهبود وضعیت روحی و روانی در افراد تالاسمیک حمایت می کند (پاکباز، تریدول، یاماشیتا، قیرولو، فوت، قیل<sup>۳</sup>، ۲۰۰۵). متأسفانه در سال‌های اخیر علیرغم توسعه روش‌های طبی درمان و افزایش طول عمر بیماران، متخصصان به ابعاد روانی - اجتماعی بیماری توجه کمتری نموده‌اند، به طوری که کمک به این بیماران عمدتاً محدود به ارائه خدمات طبی اولیه جهت حفظ حیات محدود شده است و مشکلات روان شناختی این بیماران تا حد زیادی نادیده گرفته شده است. در حالی که بدون فهم کامل عوامل روان شناختی دخیل در بیماری، ارائه

به طور مؤثرتری با بیماری خودسازگار می شوند و حتی مراحل نهایی بیماری خود را به خوبی می گذرانند (رضایی، ناجی اصفهانی، مؤمنی قلعه قاسمی، کریمیان، ابراهیمی، ۱۳۹۱).

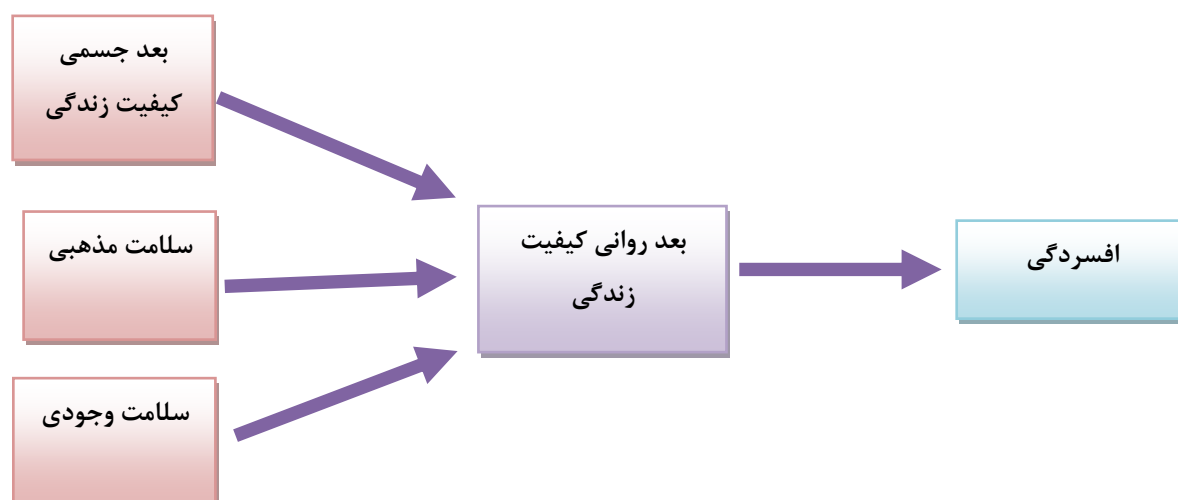
نتایج مطالعاتی که تاکنون انجام گرفته‌اند نشان داده‌اند که افسردگی نقش بسیار مؤثری را در سلامت معنوی و کیفیت زندگی ایفا می کند. اغلب مطالعات نشان داده‌اند که میانگین اضطراب، افسردگی و کمرویی در بیماران تالاسمی بیشتر از گروه سالم است (براز پردنجانی، زارع، پدرام، پاکباز، ۱۳۸۸). بر اساس نتایج به دست آمده بیشترین نقصان کیفیت زندگی در این بیماران در ابعاد احساسات از قبیل اضطراب، افسردگی از وضعیت سلامتی است (پاکباز و همکاران، ۲۰۰۵). در پژوهش براز پردنجانی و همکاران (۱۳۸۸) نتایج حاکی از آن بود که کیفیت زندگی بیماران تالاسمی تفاوت معنی داری وجود دارد. نتایج هادی، کریمی، منتظری (۱۳۸۸) نشان داد که کیفیت زندگی با سلامت بیماران تالاسمی در ارتباط است. در پژوهش ضیغمی محمدی و تجویدی (۱۳۹۰) نشان داد که بین مهارت اجتماعی، امید با سلامت معنوی رابطه دارد. در پژوهش های رومرو، فریدمن، کالیداس، الدج، چانگ، لایسکوم<sup>۱</sup> (۲۰۰۶) و مک کابری، دیویدس<sup>۲</sup> (۲۰۰۶) نشان دادند که بین سلامت معنوی با اضطراب و افسردگی رابطه وجود دارد. در پژوهش کسانی، نیازی، متی، علی محمدی، متی (۱۳۹۳) نشان داد که بین کیفیت زندگی با

1. Romero, Friedman, Kalidas, Elledge, Chang, Liscum  
2. Mc Coubrie, Davies

3. Pakbaz, Treadwell, Yamashita, Quirolo, Foote, Quill

معنوی در حوزه بهداشت و سلامت (به‌ویژه در زمینه بیماری‌های مزمن)، جایگاه، قدمت و عمق معنویت در کشور ایران و رسوخ باورهای معنوی در نهاد یکایک آحاد جامعه‌ی ایرانی، اهمیت وافر و انکار ناشدنی اختلالات بعد روان و در رأس آن‌ها افسردگی در روند درمان، وجود یافته‌های ضد و نقیض در مطالعات خارج از کشور و عدم وجود یک نمونه کار مشابه در مطالعات داخل، محققین را بر آن داشت تا این مطالعه را طراحی و اجرا نمایند. از این روی، این پژوهش به دنبال یافتن رابطه بین کیفیت زندگی و سلامت معنوی با افسردگی بیماران مبتلا به تالاسمی ماژور در شهرستان آمل است.

درمان و توان‌بخشی مناسب بیماران میسر نیست (زارع، برازپردنجانی، پدرام، پاکباز، ۱۳۹۱). از آنجایی که تدوین سیاست بهداشتی و اجتماعی به‌منظور برنامه‌ریزی صحیح برای پیشگیری، تشخیص و درمان به‌موقع مشکل حیطه‌های مختلف زندگی این بیماران و ارائه خدمات و حمایت لازم امری ضروری است و بدون توجه به همه جنبه‌های بیماری به‌ویژه کیفیت زندگی، سلامت معنوی و افسردگی نمی‌توان آرامش را برای این بیماران و درک نیازهای اختصاصی آن‌ها و به کار بردن برنامه مراقبتی - درمانی مؤثرتر می‌گردد؛ و از طرفی، عواملی همچون جایگاه رفیع و پر منزلت مقوله‌ی معنویت و سلامت



شکل ۱. مدل مفهومی تحقیق

## روش

سال ۱۳۹۳ تشکیل می‌دهند. طبق آمار دریافت شده از مسئولین بیمارستان امام رضا آمل حجم جامعه آماری بیماران تالاسمی برابر با ۴۹۷ نفر است که از این تعداد جامعه آماری، ۱۴۰ نفر هرماه به‌طور مرتب برای تزریق خون به بیمارستان

روش این پژوهش از نوع تحقیقات توصیفی از نوع همبستگی است. از نظر هدف، این پژوهش به‌صورت طرح کاربردی است. جامعه آماری پژوهش را کلیه بیماران مبتلا به تالاسمی و دارای پرونده در بیمارستان امام رضا شهرستان آمل در

مراجعه می‌کردند. طبق جدول مورگان، نمونه آماری ۱۰۰ نفر از بیماران که به‌طور مرتب برای تزریق خون به بیمارستان امام رضا مراجعه می‌کردند انتخاب شدند.

محیط پژوهش شامل بخش تالاسمی بیمارستان امام رضا آمل بود. روش نمونه‌گیری به شیوه در دسترس بود. در این پژوهش، پژوهشگران با مراجعه به بخش تالاسمی بیمارستان امام رضا، آمار کلی بیماران تالاسمی را که در آنجا پرونده داشتند را گرفته و اقدام به بازدیدهای مکرر از بخش جهت ملاقات با بیماران کرده‌اند. ابزارهای این پژوهش عبارت‌اند از:

**پرسشنامه کیفیت زندگی:** پرسشنامه استاندارد کیفیت زندگی (SF-12) فرم تعدیل شده پرسشنامه کیفیت زندگی (SF-36) است که در سال ۱۳۸۷ روایی و پایایی گونهای فارسی این پرسشنامه توسط منتظری، موسوی، امیدواری در ایران در سال ۱۳۸۷ مورد مطالعه قرار گرفت و نتایج نشان داد که پرسشنامه (SF-12) از روایی و پایایی لازم برخوردار است. ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ بود. این پرسشنامه شامل ۱۲ سؤال مربوط به ۸ بعد است که در دو بعد نهایی جسمی و روانی تقسیم‌بندی شده است. بعد جسمی شامل: عملکرد فیزیکی، محدودیت نقش به علت مشکلات فیزیکی، درک سلامت عمومی، درد جسمانی و بعد روانی شامل: محدودیت نقش به علت مشکلات روحی - روانی، انرژی و زنده‌دلی، وضعیت ذهنی و عملکرد اجتماعی است (جوکار، محمدی، خانکه، فلاح تفتی، کوشش، ۱۳۹۳). در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ به دست

آمد.

**پرسشنامه سلامت معنوی:** برای ارزیابی سلامت معنوی از پرسشنامه سلامت معنوی الیسون - پالوتزیان استفاده شد. در این پرسشنامه ۲۰ گزینه، ۱۰ گزینه آن سلامت مذهبی و ۱۰ گزینه‌ی دیگر سلامت وجودی را اندازه‌گیری می‌کند. دامنه‌ی نمره‌ی سلامت معنوی برای هر یک از زیرگروه‌های سلامت مذهبی و وجودی، به تفکیک ۶۰-۱۰ است. برای زیرگروه‌های سلامت مذهبی و وجودی، سه سطح سطح‌بندی وجود دارد و قضاوت بر اساس نمره‌ی به دست آمده صورت می‌گیرد. هر چه نمره‌ی به دست آمده، بالاتر باشد، نشانه سلامت مذهبی و وجودی بالاتر است. نمره‌ی سلامت معنوی، جمع این دو زیرگروه است که دامنه‌ی آن ۱۲۰-۲۰ در نظر گرفته شده است. پاسخ گزینه‌ها به‌صورت لیکرت ۶ گزینه‌ای به‌طور کاملاً مخالف تا به‌طور کاملاً موافقم دسته‌بندی می‌شود. در ایران ضریب آلفای کرونباخ آن برابر با ۰/۸۲ تعیین شد (رضایی و همکاران، ۱۳۹۱). در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۶ محاسبه گردید.

**پرسشنامه افسردگی بک:** برای جمع‌آوری اطلاعات مربوط به افسردگی از پرسشنامه افسردگی بک استفاده شده است. آزمون افسردگی یک ابزار مداد کاغذی است که دارای ۲۱ سؤال است که علائم جسمانی، رفتاری و شناختی افسردگی را اندازه‌گیری می‌کند. هر ماده دارای چهار گزینه است که بر مبنای ۰ تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود و درجات مختلفی از افسردگی را از

سطح اطمینان ۹۹ درصد رابطه‌ی مثبت وجود دارند.

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که، مؤلفه‌های سلامت معنوی (سلامت مذهبی و سلامت وجودی) با افسردگی به ترتیب  $r=0/521$ ؛  $r=0/134$  در سطح اطمینان ۹۹ درصد رابطه‌ی مثبت دارند.

برای آزمون معنی‌داری سهم هر یک از سلامت معنوی و کیفیت زندگی در پیش‌بینی افسردگی مقادیر بتای هر کدام از متغیرها مورد توجه قرار گرفت و معلوم شد که سهم سلامت مذهبی، سلامت وجودی، بعد جسمی کیفیت زندگی و بعد روانی کیفیت زندگی در پیش‌بینی میزان افسردگی معنی‌دار است (به ترتیب با  $Beta = -0/513, 0/421, -0/070, 1/979$  و  $p < 0/01$ ) (جدول ۳).

در این پژوهش برای ترسیم نمودار تحلیل مسیر محققین تئوری کافی در مورد آرایش متغیرها به دست نیاورده‌اند در این صورت یکی از راه‌هایی که بتوان تا حدودی آرایش متغیرها را تعیین کرد، استفاده از رگرسیون چندمتغیری است، به همین دلیل محققین از رگرسیون چندمتغیری در این پژوهش استفاده کرده‌اند.

خفیف تا شدید تعیین می‌کند. حداکثر نمره در این پرسشنامه ۶۳ و حداقل آن صفر است. در این پرسشنامه، پاسخگو می‌تواند طیفی از پاسخ‌ها را جواب دهد. رجبی، عطاری، حقیقی (۱۳۸۰) ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۸۷ گزارش کرده‌اند (فتحی آشتیانی، ۱۳۸۸). در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۳ محاسبه گردید.

داده‌های به دست آمده با استفاده از آزمون همبستگی پیرسون، رگرسیون چندگانه به روش هم‌زمان و تحلیل مسیر با استفاده از نرم‌افزار SPSS21 و LISREL8.80 تحلیل شد.

#### یافته‌ها

طبق ویژگی‌های جمعیت‌شناختی از ۱۰۰ نمونه بیماران تالاسمی مورد بررسی، ۶۱ نفر از بیماران (۶۰ درصد) مرد و ۳۹ نفر دیگر (۴۰ درصد) زن بودند. سن ۱۸ نفر از بیماران بین ۱۵ تا ۲۰ سال، ۵۷ نفر بین ۲۰ تا ۳۰ و ۲۵ نفرشان هم ۳۰ به بالا بودند. اکثریت مدرک تحصیلی‌شان کارشناسی بود (۶۱ نفر). شغل آزاد ۵۱ نفر، ۴۱ نفر بیکار و ۸ نفر شغل دولتی داشته‌اند.

نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد که، مؤلفه‌های بعد جسمی کیفیت زندگی  $r=0/234$  و بعد روانی کیفیت زندگی  $r=0/292$  با افسردگی در

جدول ۱. میانگین‌ها، انحراف استاندارد و همبستگی‌های بین مؤلفه‌های کیفیت زندگی با افسردگی.

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	۱	۲	۳
افسردگی	۳۱/۵۰	۷/۳۲	-		
بعد جسمی	۱۶/۹۶	۲/۳۹	۰/۲۳۴	-	
بعد روانی	۲۰/۹۲	۲/۸۳	۰/۲۹۲	۰/۹۵	-

جدول ۲. میانگین‌ها، انحراف استانداردها و همبستگی‌های بین مؤلفه‌های سلامت معنوی با افسردگی

متغیر	M	SD	۱	۲	۳
افسردگی	۳۱/۵۰	۷/۳۲	-		
سلامت مذهبی	۳۹/۲۱	۵/۶۷	۰/۱۳۴	-	
سلامت وجودی	۴۰/۱۵	۶/۳۰	۰/۵۲۱	۰/۶۷	-

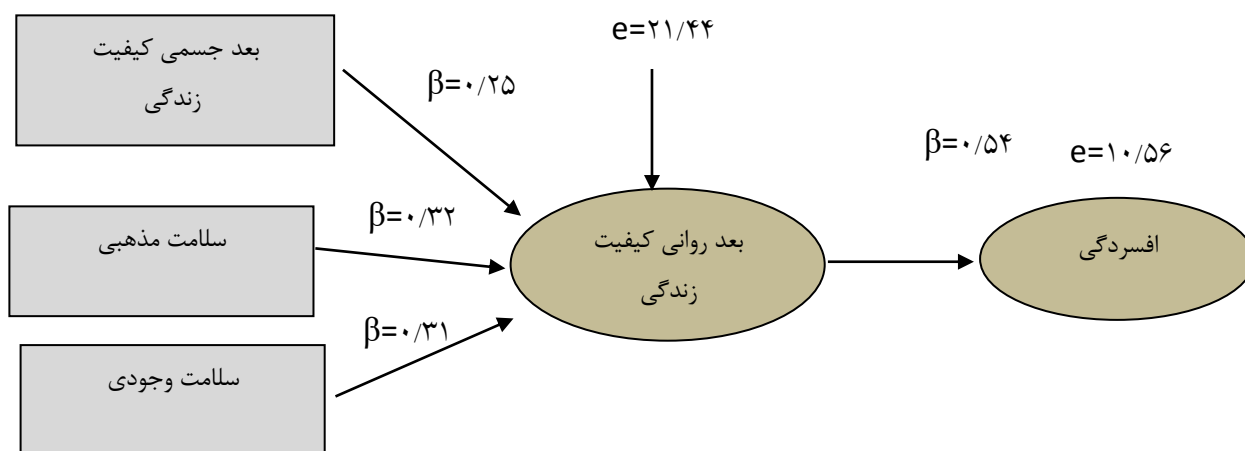
جدول ۳. ضرایب رگرسیون سلامت معنوی و کیفیت زندگی در پیش بینی افسردگی

Sig	t	ضرایب استاندارد		متغیرهای پیش‌بین
		Beta	B	
۰/۰۰۰	۳/۶۳		۲۱/۱۸۶	مقدار ثابت
۰/۰۰۰	-۴/۲۱	-۰/۵۱۳	-۰/۶۷	سلامت مذهبی
۰/۰۰۱	۳/۳۹	۰/۴۲۱	۰/۱۴	سلامت وجودی
۰/۰۰۲	-۲/۲۹	-۰/۷۰۱	۰/۹۳	بعد جسمی کیفیت زندگی
۰/۰۰۲	۳/۲۱۰	۰/۹۷۹	۲/۵۳	بعد روانی کیفیت زندگی

زندگی از سایر متغیرها بزرگ‌تر است (۰/۹۷۹)  $\beta$ ، آن را به‌عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته‌ایم و متغیرهای باقیمانده به‌عنوان متغیرهای بیرونی در نظر گرفته شد که در نهایت آرایش متغیر زیر به دست آمد.

بدین معنی که اول یک متغیر به‌عنوان متغیر وابسته (افسردگی) در نظر گرفته شد و سپس با استفاده از برونداد رایانه، بتاهای کلیه متغیرها را به دست آوردیم، از بین بتاهای، آنکه از همه بزرگ‌تر است را مشخص نموده‌ایم.

در این پژوهش بتای بعد روانی کیفیت



شکل ۲. نتایج تحلیل مسیر بین کیفیت زندگی، سلامت معنوی با افسردگی



جدول ۴. مقادیر اثرات مستقیم برآورد شده در مدل نهایی مربوط به تأثیر بعد جسمی کیفیت زندگی، سلامت مذهبی، سلامت وجودی با میانجی‌گری بعد روانی کیفیت زندگی بر افسردگی.

مقدار بتا	روابط مستقیم متغیرها در مدل
۰/۲۵	بعد جسمی کیفیت زندگی ← بعد روانی کیفیت زندگی
۰/۳۲	سلامت مذهبی ← بعد روانی کیفیت زندگی
۰/۳۱	سلامت وجودی ← بعد روانی کیفیت زندگی
۰/۵۴	بعد روانی کیفیت زندگی ← افسردگی

جدول ۵. مقادیر اثرات غیرمستقیم استاندارد در مدل نهایی مربوط به تأثیر بعد جسمی کیفیت زندگی، سلامت مذهبی، سلامت وجودی با میانجی‌گری بعد روانی کیفیت زندگی بر افسردگی

مقدار استاندارد	روابط غیرمستقیم متغیرها در مدل
۰/۵۴	بعد جسمی کیفیت زندگی ← افسردگی
۰/۴۵	سلامت مذهبی ← افسردگی
۰/۵۸	سلامت وجودی ← افسردگی

جدول ۶. شاخص‌های نیکویی برازش برای مدل ساختاری بعد جسمی کیفیت زندگی، سلامت مذهبی، سلامت وجودی، بعد روانی کیفیت زندگی و افسردگی

مجدور خی دو	df	نسبت $\chi^2$ به df	سطح معنی‌داری	RMSEA	GFI	AGFI	RMR
۱۴/۸۰	۶	۲/۴۶	۰/۰۴	۰/۷۱	۰/۹۱	۰/۸۹	۰/۰۳

توسعه و فقیر مطرح است (اولیوری، ۱۹۹۹). تالاسمی ماژور اغلب در سنین کودکی تشخیص داده شده و از همان زمان درمان آن نیز شروع می‌شود؛ اما به هر حال خوشایند نبودن و طولانی و مکرر بودن رژیم‌های درمانی مورد استفاده از یک سو و افزایش امید به زندگی و پیش‌آگاهی این بیماران تا سنین میان‌سالی از سوی دیگر، پزشکان را به‌طور روزافزون با امور روانی و اجتماعی گسترده‌تری روبه‌رو می‌نماید و بیماران نیز در معرض انواع مشکلات اجتماعی، هیجانی و رفتاری قرار می‌گیرند (جرمن، ابرکلاید، ۱۹۹۰؛ گورتمارکر، والکر، ویتزمن، سویول، ۱۹۹۰)، به‌طوری که احتمال بروز اختلال‌های رفتاری در این بیماران ۱/۶ برابر افراد سالم است

جدول ۶ نشان می‌دهد، نسبت خی دو با درجه آزادی برابر است با ۲/۴۶ و کمتر از ۳ است؛ همچنین مقدار شاخص RMSEA برابر با ۰/۷۱ و کمتر از ۰/۸، مقدار شاخص‌های GFI و AGFI نزدیک به یک است و مقدار RMR برابر با ۰/۰۳ و بسیار کوچک است، بنابراین مقدار این شاخص‌ها، از برازش مطلوب برخوردار است.

#### نتیجه‌گیری و بحث

امروزه پس از گذشت ۸۲ سال از توصیف آغازین و جالب‌توجه علائم و نشانه‌های این بیماری، تالاسمی همچنان به‌عنوان مشکل عظیم بهداشت عمومی در تمام جهان به‌ویژه کشورهای در حال

دهه‌های قبلی بیشتر پیامد شرایطی بوده است که مبتلایان به تالاسمی، زندگی خود را در سازش با مرگ می‌گذرانند، به طوری که در این سازش و کنار آمدن با مرگ، پیوسته زمینه‌ای گذرا از افسردگی وجود دارد. ولی امروزه با پیشرفت‌های درمانی، این بیماران با شرایط متفاوت زندگی و بلاتکلیفی‌های آن روبه‌رو شده‌اند (کاپلان، ۲۰۰۳). در حال حاضر شرایط به وجود آمده، بیماران تالاسمی را به صورت گسترده‌تری در برابر مسائل عاطفی دوران جوانی و موقعیت‌های ازدواجی و شغلی نابرابر با افراد سالم قرار می‌دهد که خود می‌تواند باعث کاهش کیفیت زندگی یا افزایش افسردگی شود. کیفیت زندگی تأثیرات زیادی بر زندگی انسان دارد و می‌تواند رضایت از زندگی و یا عدم رضایت را به دنبال داشته باشد. رضایت از زندگی می‌تواند لذت از زندگی را به همراه داشته باشد. ولی عدم رضایت از زندگی می‌تواند مشکلات مختلفی را برای فرد به همراه بیاورد. انسان‌های موفق و شاد معمولاً کیفیت زندگی بالایی دارند. نتیجه اینکه کیفیت زندگی می‌تواند متغیری باشد که بر افسردگی و حتی کل زندگی فرد تأثیرگذار باشد.

افسردگی و اضطراب از مشکلات شایع بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن هستند که بر کیفیت زندگی و توانایی کنترل علائم ناخوشایند بیماری اثر منفی می‌گذارد. شواهد حاکی از آن است که در بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمنی مانند نارسایی قلبی، سرطان و بیماری مزمن دیگر، سلامت معنوی بالاتر با افسردگی و اضطراب کمتری همراه بوده است (جانسون، تولسکی، هیز، آرنولد، اولسن، لیندکویست، استین هوسر، ۲۰۱۱؛ مک‌کوبری، دیویز، ۲۰۰۶). یافته

(جرمن، ابرکلاید، ۱۹۹۰). در مطالعه حاضر نیز مانند غالب مطالعات انجام شده بر روی بیماران تالاسمی نتایجی مبنی بر رابطه بین کیفیت زندگی با افسردگی بیماران تالاسمی، پیش‌بینی مؤلفه‌های کیفیت زندگی (بعد جسمی و بعد روانی) بر افسردگی بیماران تالاسمی و اثر مستقیم و غیرمستقیم (بعد جسمی و روانی) کیفیت زندگی بر افسردگی بیماران تالاسمی به دست آمد که با نتایج (پاکباز و همکاران، ۲۰۰۵؛ براز پردنجانی و همکاران، ۱۳۸۸؛ هادی و همکاران، ۱۳۸۸؛ کسانلی و همکاران، ۱۳۹۳) همخوان است. با این حال، تفاوت‌های در انواع اختلالات در بیماری‌ها یا در پژوهش‌های گزارش شده مختلف وجود دارد که می‌تواند ناشی از تفاوت در ابزار سنجش، نوع بیماری، عینی بودن، محیط اجتماعی، میزان حمایت‌های محیطی از بیماران، چگونگی درمان‌های انجام شده و نمای فرهنگی سازگاری با بیماری باشد (بارک، مایر، کواکشیز، ۱۹۸۹؛ یوسف، ۱۹۸۸). با توجه به عوامل تأثیرگذار ارائه شده روی بیماری تالاسمی، به نظر می‌رسد که نتایج به دست آمده نشان‌دهنده کمبودهای گسترده‌ای در زمینه آموزش‌های مدون مهارت‌های زندگی یا میزان دسترسی به مشاوره‌های مناسب روان‌پزشکی برای این بیماران در مراکز تالاسمی استان مازندران باشد. برخلاف مطالعه ایزر (۱۹۹۰) که بر این باور است که بیشتر افراد مبتلا به تالاسمی مزمن، سازگاری خوبی با بیماری خود پیدا می‌کنند و زندگی طبیعی را از سر می‌گیرند، متأسفانه می‌توان گفت که در این مطالعه بیماران تالاسمی با پایین بودن کیفیت زندگی‌شان احتمال افسردگی بیشتری را تجربه می‌کنند. گروهی بر این باورند که اختلالات خلقی و اضطرابی، در

اختلالات روانی است. تعالیم و باورهای دینی انسان را قادر می‌سازد که به‌سوی کمال و رشد و در نتیجه سلامت روان حرکت نماید. ایمان به خدا چنان توانی را در فرد ایجاد می‌کند که زمینه‌های بروز افسردگی را در او از بین می‌برد. این ادعا را می‌توان با توجه به موارد ذیل تقویت نمود.

اول اینکه، باورهای معنوی به افراد امکان می‌دهد که به ناملایمات، فشارهای روانی و فقدان‌های گریزناپذیر که در زندگی رخ می‌دهند معنا دهند و به زندگی بعدی که همراه با آرامش است امیدوار و خوش‌بین باشند (سموکر<sup>۱</sup>، ۲۰۰۹). دوم اینکه، حضور در امور مذهبی، برای افراد حمایت اجتماعی فراهم می‌آورد و سوم اینکه، باورهای معنوی اغلب با سبک زندگی سالم‌تری همراه است (سیم، لوح<sup>۲</sup>، ۲۰۱۱). این موضوع به این دلیل است که احساس اشخاص از پدیده‌های ماوراء طبیعی می‌تواند حمایت روان‌شناختی فراهم کند و ممکن است یک حمایت معنوی نیز به همراه داشته باشد که نمی‌تواند به لحاظ پدیدار شناختی اندازه‌گیری شود. به دلیل ماهیت متعالی تجربه‌های معنوی، افراد دارای باورهای معنوی به‌طور مداوم در ارتباط با درکی از تجربه‌های زندگی خود هستند که شامل مداخلات معنوی و الهی است و این مداخلات می‌تواند رویدادهای زندگی و افکار و رفتار انسان را تغییر دهند و به نحو سودمندی به چگونگی مقابله شخص با رویدادهای نامطلوب تأثیر بگذارند (بیرامی، موحدی، موحدی، ۲۰۱۳). نتایج پژوهش حاضر به متخصصان، پزشکان و روانشناسان کمک می‌کند تا با در نظر گرفتن سلامت معنوی به‌عنوان پیش‌بینی‌کننده

دیگر این پژوهش نشان داد که سلامت معنوی با افسردگی بیماران تالاسمی ارتباط دارد. همچنین سلامت معنوی (سلامت مذهبی و سلامت وجودی) افسردگی بیماران تالاسمی را پیش‌بینی می‌کند؛ یعنی می‌توان گفت که افرادی که اعتقاد قوی ندارند احتمال دچار شدن به افسردگی را دارند. نتایج تحلیل مسیر نیز نشان می‌دهد که: سلامت مذهبی و سلامت وجودی، از طریق بعد روانی کیفیت زندگی به‌صورت غیرمستقیم بر افسردگی بیماران تالاسمی اثر می‌گذارند. مطالعه بیتز و باون نشان دادند بیماران دارای سردرد، دردهای مزمن، کمردرد و... که بعد معنوی و مذهبی قوی‌تری داشتند، درد و خستگی کمتری احساس می‌کردند، نتیجه مطالعه او نشان داد که تقویت بعد معنوی می‌تواند علائم آزاردهنده جسمی را کاهش دهد (۲۰۰۸). احتمالاً تقویت بعد معنوی با سازگاری مؤثر بیماران با شرایط آزاردهنده جسمانی و روانی ناشی از طبیعت مزمن بیماری و درک بهتر آنان از افسردگی ارتباط دارد. نتایج این مطالعه با نتایج (ضیغمی محمدی، تجویدی، ۱۳۹۰؛ رومرو و همکاران، ۲۰۰۶؛ مک کابری، دیویز، ۲۰۰۶) همخوان است. ولی با نتایج (خادم وطنی و همکاران، ۱۳۹۳؛ خضری و همکاران، ۱۳۹۴)؛ ناهم‌سو است. دلیل این ناهم‌سوی می‌تواند، تعداد حجم نمونه، جامعه آماری و... باشد. در تفسیر چنین یافته‌هایی می‌توان گفت، از جمله عواملی که می‌تواند در پیشگیری و کاهش اختلالات روانی و همچنین مشکلات ناشی از آن مانند استرس، افسردگی، اضطراب نقش مؤثری داشته باشد، داشتن اعتقادات مذهبی است. تقویت باورهای مذهبی در تمام مراحل زندگی یک اقدام پیشگیری‌کننده برای کاهش

1. Smucker  
2. Sim, Loh

بیماران ضرورت دارد و همچنین توجه پزشکان را به این نکته جلب می‌نماید که علاوه بر رفع علائم و عوارض بیماری، توجه به دیدگاه خود بیمار راجع به کیفیت زندگی حائز اهمیت است. محدود بودن جامعه آماری این پژوهش به بیماران تالاسمی ماژور شهرستان آمل، جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از پرسشنامه و روش پژوهش مدل‌سازی که امکان استنباط نتایج علی را فراهم نمی‌سازد از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر بودند. بر اساس نتایج این پژوهش پیشنهاد می‌شود که در سایر بیماری‌ها نیز تکرار گردد. بر اساس یافته‌های این پژوهش محققان به این نتیجه دست یافتند که مؤلفه‌های کیفیت زندگی و مؤلفه‌های سلامت معنوی علائم افسردگی بیماران تالاسمی را پیش‌بینی می‌کنند.

#### تشکر و قدردانی

از کلیه‌ی بیماران مبتلا به تالاسمی ماژور، پرسنل بخش تالاسمی بیمارستان امام رضا (ع) شهرستان آمل به‌خصوص سرکار خانم سالار، سفید، اسدی، امانی و مدیریت بیمارستان که صمیمانه با ما همکاری داشتند، سپاسگزاری می‌شود.

استرس، اضطراب و افسردگی، سلامت روان بیماران تالاسمی را بهبود بخشند. بدین ترتیب که بیماران مشکلات سلامت روان خویش را درک کرده و در برخورد با موقعیت‌های آسیب‌زا با بهره‌گیری از سلامت معنوی به عملکرد بهتری در مقابله با این واقعیت‌ها برمی‌آیند. بدین جهت با ایجاد سمینارها و کارگاه‌هایی در این زمینه برای بیماران امکان دستیابی به این هدف فراهم می‌گردد.

با توجه به نتایج این پژوهش و تأثیر گرایش معنویت و کیفیت زندگی بر افسردگی پیشنهاد می‌شود برای ارتقای سطح اعتقادات مذهبی بیماران تالاسمی تلاش‌های لازم صورت گیرد و تقویت گرایش‌های مذهبی و معنوی در برنامه‌های آموزش مهارت‌های زندگی در جامعه گنجانده شود. افراد مبتلا به تالاسمی دارای مشکلات کیفیت زندگی به‌خصوص در دو بعد جسمی و روانی هستند. لذا در مراقبت به این بیماران لازم است آن‌ها را به‌عنوان یک موجود منحصر به فرد در نظر گرفت و در کنار توجه و رسیدگی به نیازهای جسمی این بیماران، مشکلات عاطفی و روانی آنان را مورد توجه قرار داد. لذا ارائه خدمات مشاوره‌ای روان پرستاری، روانشناسی و روان‌پزشکی به این

#### منابع

اورکی، م؛ امیرآبادی، م و حیدری، ش (۱۳۹۴). «بررسی رابطه بین کیفیت زندگی و شاخص‌های خشم با سلامت روان در بیماران استومی تهران». فصلنامه علمی - پژوهشی روانشناسی سلامت، ۱۶، ۴۲-۳۱.

اللهیاری، ا؛ الحانی، ف؛ کاظم نژاد، ا و ایزدیار، م (۱۳۸۵). «بررسی تأثیر الگوی توانمندسازی خانواده - محور بر کیفیت زندگی کودکان سن مدرسه مبتلا به تالاسمی». مجله بیماری‌های کودکان ایران، ۴، ۴۶۱-۴۵۵.

خضری، ل؛ بحرینی، م؛ روانی پور، م و میرزایی، ک (۱۳۹۴). «ارتباط سلامت معنوی با افسردگی و اضطراب مرگ در بیماران سرطانی شهر بوشهر در سال ۱۳۹۳». فصلنامه پرستاری گروه‌های آسیب‌پذیر دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر، ۲، ۱۵-۲۸.

خادم‌وطنی، ک؛ آقاخانی، ن؛ اسم حسینی، غ؛ حضرتی، ا؛ علی نژاد و؛ نظری، ح؛ قادری، چ؛ اقتدار، س؛ رهبر، ن؛ مسگرزاده، م و حاج احمدی رفسنجانی، م (۱۳۹۳). «بررسی ارتباط بین سلامت معنوی و اضطراب و افسردگی در بیماران دچار انفارکتوس میوکارد بستری در بیمارستان سیدالشهدا دانشگاه علوم پزشکی ارومیه». مجله پزشکی ارومیه، ۱۲، ۱۱۰۱-۱۰۹۲.

رضایی، ا.م؛ ناجی اصفهانی، ه؛ مؤمنی قلعه قاسمی، ط؛ کریمیان، ج و ابراهیمی، ا (۱۳۹۱). «ارتباط سلامت معنوی و ابعاد آن با استرس، اضطراب و افسردگی در مبتلایان به سرطان سینه». مجله دانشکده پزشکی اصفهان، ۱۹۵، ۹۳۱-۹۲۲.

زارع، ک؛ براز پردنجانی، ش؛ پدرام، م و پاکباز، ز (۱۳۹۱). «بررسی کیفیت زندگی بیماران تالاسمی مرکز تالاسمی بیمارستان شفا و مراقبت‌کنندگان آن‌ها». مجله مراقبت بیماری‌های مزمن جنبدی شاپور، ۱، ۴۵-۵۳.

ایمانی، س؛ حبیبی، م؛ پاشایی، س؛ ظهیری سروری، م؛ میرزایی، ج و زارع، م (۱۳۹۲). «اثربخشی درمان ذهن‌آگاهی بر ارتقاء کیفیت زندگی مصرف‌کنندگان مواد مخدر (تریاک): بهبود سلامت جسمانی و روان‌شناختی». فصلنامه علمی - پژوهشی روانشناسی سلامت، ۱، ۸۱-۶۳.

بابائی مقاری، م.م؛ معینی کیا، م؛ خالق‌خواه، ع و زاهدبابان، ع (۱۳۹۳). «مقایسه راهبردهای یادگیری، سخت‌کوشی و نگرانی مبتلایان به تالاسمی و افراد عادی». مجله نسیم تندرستی، ۳، ۲۲-۲۸.

برازپردنجانی، ش؛ زارع، ک؛ پدرام، م و پاکباز، ز (۱۳۸۸). «مقایسه کیفیت زندگی کودکان مبتلا به تالاسمی مراجعه‌کننده به بخش تالاسمی بیمارستان شفا با والدین آن‌ها». مجله علمی پزشکی، ۴، ۴۶۲-۴۵۵.

پروینیان نسب، ع.م؛ روستا، س؛ وجدانی، م.ع؛ دهقانی، ع؛ کشتکاران، ز؛ شمسی زاده، م؛ آبششری، ن و کشفی، ح (۱۳۹۲). «بررسی تأثیر مدل مراقبت مشارکتی بر افسردگی نوجوانان مبتلا به تالاسمی ماژور». مجله روان پرستاری، ۴، ۳۵-۲۵.

جوکار، ز؛ محمدی، ف؛ خانکه، ح.ر؛ فلاح تفتی، س و کوشش، ف (۱۳۹۳). «مقایسه تأثیر مراقبت پرستاری توان‌بخشی ریوی مبتنی بر منزل بر خستگی و کیفیت زندگی مبتلا به COPD». مجله دانشگاه علوم پزشکی فسا، ۲، ۱۷۹-۱۶۸.

محمد مهدی بابائی منقاری و علی خالق خواه: الگوی تحلیل مسیر روابط بین سلامت معنوی، کیفیت زندگی با افسردگی ...

کسانی، ع؛ نیازی، م؛ متی، ر؛ محمدی، ی. ع و متی،  
و (۱۳۹۳). «ارتباط افسردگی و کیفیت زندگی در  
پرستاران: کاربرد مدل تحلیل مسیری». فصلنامه  
مدیریت پرستاری، ۲، ۶۹-۶۱.

منشی، غ؛ مظاهری، م. م و خیام نیکویی، ز (۱۳۹۰).  
«رابطه بین هوش هیجانی و افسردگی در  
دانشجویان روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی شهر  
تهران». *مجله یافته‌های نو در روانشناسی*، ۶ (۱۸)،  
۳۵-۴۶.

هادی، ن؛ کرمی، د و منتظری، ع (۱۳۸۸). «کیفیت  
زندگی مرتبط با سلامت در بیماران تالاسمی  
ماژور». *فصلنامه پایش*، ۸ (۴)، ۳۸۷-۳۹۳.

Aydin, B., Yapark I. & Aarsu D. (1997).  
"Psychosocial aspects and psychiatric  
disorders in children with  $\beta$ -thalassemia  
major". *Acta Pediatr Jpn*, 39 (3), 354-  
357.

Baraz Pordanjani, S., Zare, K., Pedram, M.  
& Pakbaz Z. (2008). "Comparison of  
quality of life of thalassemic children  
with their parents". *Journal Medicine  
Scientific*, 8 (4): 455-462.

Bellardita, L., Rancati, T., Alvisi, M.F.,  
Villani, D., Magnani, T., Marengi, C.,  
Nicolai, N., Procopio, G., Villa, S.,  
Salvioni, R. & Valdagni, R. (2013).  
"Predictors of health-related quality of  
life and adjustment to prostate cancer  
during active surveillance". *European  
Urology*, 64(1), 30-36.

Beyrami, M., Movahedi, Y. & Movahedi,  
M. (2013). "The role of spiritual  
intelligence in predicting perceived  
stress, anxiety and depression, Lorestan

شرقی، ا؛ نبئی، ب؛ پراک، م و فرخی، ع. ر (۱۳۸۴).  
«افسردگی در مادران کودکان مبتلا به تالاسمی یا  
بدخیمی‌های خونی مرکز طبی کودکان-۱۳۸۲».  
*مجله دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه علوم  
پزشکی تهران*، ۷، ۶۰۶-۵۹۹.

ضیغمی محمدی، ش و تجویدی، م (۱۳۹۰). «ارتباط  
سلامت معنوی با ناامیدی و مهارت اجتماعی  
نوجوانان مبتلا به تالاسمی ماژور (سال ۱۳۸۹)».  
*مراقبت‌های نوین*، ۳، ۱۱۶-۱۲۴.

فتحی آشتیانی، ع (۱۳۸۸). *آزمون‌های روان‌شناختی  
(ارزشیابی شخصیت و سلامت روان)*. تهران:  
انتشارات بعثت.

Medical University students". *J Babol  
Univ Med Sci*; 16 (1): 56 -62. (In  
Persian).

Burke, P., Meyer, V., Kocoshis, S.,  
Orenstein, D.M., Chandra, R., Nord,  
D.J. & et al (1989). "Depression and  
anxiety in pediatric inflammatory  
bowel disease and cystic fibrosis". *J  
Am Acad Child Adoles Psychiat*; 1  
(28): 948-51.

Baetz, M. & Bowen, R. (2008). "Chronic  
pain and fatigue: Associations with  
religion and spirituality". *Pain Res  
Manag*; 13(5): 383-8.

Canatan, D., Ratip, S., Kaptan, S. &  
Cosan, R. (2003). "Psychosocial  
burden of thalassemia major in  
Antalya, south turkey". *Soc Sci Med*, 56  
(4): 815-9.

Eiser, C. (1990). "Psychological effects of  
chronic disease". *J Child Psychol*

- Psychiat*, 1 (31):85-98. 014-2501-z
- FasihiHarandy, T., Anoosheh, M., Ghofranipour, F., Montazeri, A., Ahmadi, F., Mohammadi, E. & Niknami, S. (2012). "Health-related quality of life in Iranian breast cancer survivors: a qualitative study". *Payesh*, 11(1): 73-81. [Persian]
- Fuller, J. & Schaller-Ayers, J. (1999). *Health assessment*. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott, Co; P. 1006.
- Gortmaker, S.L., Walker, D.K., Weitzman, M. & Sobol, A.M. (1990). "Chronic conditions, socioeconomic risk and behavior problems in children and adolescents". *J Pediatr*, 85(3): 267-276.
- Graydon J., Galloway S., Palmer-Wickham S., Harrison D., Rich-van der Bij L. West P., Burlein-Hall S. & Evans-Boyden, B. (1997). "Information needs of women during early treatment for breast cancer". *Journal of Advanced Nursing* 26, 5964.
- Hasanpoor dehkordi, A. & azari S. (2006). "Quality of life and related factor in cancer patients". *Behbood*; 10(2):110-19. (Persian).
- Hodgkinson, K., Butow, P., Fuchs, A., Hunt, G.E., Stenlake, A., Hobbs, K.M. & et al. (2007). "Long-term survival from gynecologic cancer: psychosocial outcomes, supportive care needs and positive outcomes". *Gynecol Oncol*. 104:381-9.
- Hubbard, G., Venning, C., Walker, A., Scanlon, K. & Kyle, R.G. (2015). "Supportive care needs of women with breast cancer in rural Scotland". *Support Care Cancer*, 23, 1523-1532. [http://doi.org/10.1007/s00520-](http://doi.org/10.1007/s00520-014-2501-z)
- Jarman, F. & Oberklaid, F. (1990). "Children with chronic illness: Factors affecting psychosocial adjustment". *Cur Opin Pediatr*, 2(3): 868-72.
- Kassani, A., Niazi, M., Menati, R., Alimohamadi, Y. & Menati, W. (2014). "Relationship between nurses' depression and quality of life: applying path analysis model". *Quarterly Journal of Nursing Management*, 3 (3): 61-69.
- Kaplan, S. (2003). *Summary of psychiatry and behavioral sciences*. Translator: NosratolahPour afkari. Tabriz: Shahrab publications.
- Kaplan, H. & Sadock, B. (2003). *Synopsis of psychiatry*, 9th ed. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Kathleen, F. & Tennant, A.P.R.N. (2012). "Assessment of Fatigue in Older Adults: The FACIT Fatigue Scale (Version 4)". West Liberty University, West Liberty, West Virginia, Issue Number 30.
- Luker, K.A., Beaver, K., Leinster, S.J. & Owens, R. (1996) "Information needs and sources of information for women with breast cancer: a follow-up study". *Journal of Advanced Nursing* 23, 487495.
- Luker, K.A., Beaver, K., Leinster, S.J., Owens, R., Degner, L. & Sloan, J. (1995) "The information needs of women newly diagnosed with breast cancer". *Journal of Advanced Nursing*. 22, 134141.
- Margreet, S., Robert, J. & et al, (2005). "Quality of life and illness perceptions in patients with recently diagnosed

- head and neck cancer". Article first published online: 19 AUG, DOI: 10.1002/hed.20251.
- Mc Coubrrie, R.C. & Davies, A.N. (2006). "Is there a correlation between spirituality and anxiety and depression in patients with advanced cancer"? *Support Care Cancer*, 14 (4): 379-85.
- Missel, M. & Birkelund, R. (2011). "Living with incurable oesophageal cancer. A phenomenological hermeneutical interpretation of patient stories". *Eur J Oncol Nurs*; 15(4): 296-301.
- Montazer, A., Hole, D.J., Milroy, R., McEwen, J. & Gillis, C.R. (2004). "Does knowledge of cancer diagnosis affect quality of life? A methodological challenge". *BMC Cancer*; 4:21-24.
- Montazeri, A. & Sajadian, A. (2005). "A project Survivors' point of view after breast cancer". ACECR Academic center for Education, culture and research, ICBC.
- Olivieri, N.F. (1999). "Medical progress: The beta-thalassemias". *N England J Med*, 1(8): 99-109.
- Pakbaz, Z., Treadwell, M., Yamashita, R., Quirolo, K., Foote, D., Quill, L. & et al (2005). "Quality of life in patients with thalassemia intermedia compared to thalassemia major". *Annals of the New York Academy of Sciences*; 1054 (1): 457-61. (Persian).
- Romero, C., Friedman, L.C., Kalidas, M., Elledge, R., Chang, J. & Liscum, K.R. (2006). "Self-forgiveness, spirituality, and psychological adjustment in women with breast cancer". *J Behav Med*; 29 (1): 29-36.
- Roznhan, D. & Seligman, M. (1989). *Psychopathology: abnormal psychology*. Translator: Yahya Syed Mohammadi, Tehran: savalan, (In Persian).
- Rezaie, A.M., Naji Esfahani, H., Momeni Ghaleghasemi, T., Karimian, J. & Ebrahimi, A. (2012). "The Relationship between Spiritual Wellbeing and Stress, Anxiety, and Depression in Patients with Breast Cancer". *Journal of Isfahan Medical School*, (195): 922-931.
- Smucker, C.J. (2009). "Nursing, healing and spirituality". *Complement Ther Nurs Midwifery*, 4 (4): 95-7.
- Sim, T.N. & Loh, B.S.M. (2011). "Attachment to God; measurement and dynamics". *J Soc Pers Relat*; 20 (7): 373-382.
- Telfer, P., Constantinidou, G., Andreous, P., Christou, S., Modell, B. & Angastiniotis, G. (2005). "Quality of life in talassemia. Cooley Anemia. Eighth symposium". *Published November*, 1 (1054): 273-282.
- Yang, K. & Mao, X. (2007). "A study of Murses spiritual intelligence: A cross-sectional questionnaire survey". *International journal of nursing studies*; 1 (44): 999-1010.
- Youssef, N.M. (1988). "Scholl adjustment of children with congenital heart disease". *Ment Child Nurs*, 1 (17):217-30.
- Zeighami Mohammadi, S. & Tajvidi, M. (2010). "Relationship between spiritual well-being with hopelessness and social skills in Beta-thalassemia major adolescents". *Modern Care Journal*, 8 (3): 116-24. [Persian].