

# The Effect of Cognitive Behavioral Therapy on Components of Anxiety (Physical, Behavioral and Cognitive) in Patients with Thalassemia Major

\*Farhad Kahrazei<sup>1</sup>, Sahar Hashemzahi<sup>2</sup>, Behzad Rigi Kouteh<sup>3</sup>

## Author Address

1- Assistant professor of Psychology, Faculty of educational and psychology sciences, University Sistan and Baluchestan, Zahedan, Iran;

2- MA in general psychology, Faculty of educational and psychology sciences, University Sistan and Baluchestan, Zahedan, Iran;

3- Instructor, Department of Clinical Psychology, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran.

\*Corresponding Author Address: Faculty of educational and psychology sciences, University of Sistan and Baluchestan, Zahedan, Iran.

\*E-mail: farhad\_kahraz@ped.usb.ac.ir

Received: 2017 April 29; Accepted: 2017 July 18

## Abstract

**Objective:** Thalassemia major (TM) is among the most common genetic diseases in Iran and around the world. Like any other chronic disease, TM exerts negative physical and psychological effects. Patients with Thalassemia major (TM) experience many physical and psychological problems in dealing with the serious complications of the disease, which affect their quality of life. A considerable proportion of adult patients with TM show symptoms of anxiety. Patients with TM are more susceptible to state anxiety. Some studies have pointed a considerable proportion of patients had depression (35.0%), State (S)-anxiety (22.5%) or Trait (T)-anxiety (36.2%). TM leads an increase in the frequency of depression and anxiety in both patients and their caregivers. The aim of the study was to evaluate the effect of cognitive behavior therapy on anxiety in patients with thalassemia major type.

**Methods:** This is a two-group pretest-posttest quasi-experimental study. The population consisted of all diagnosed women with thalassemia major type that referred to Ali-Asghar hospital in Zahedan-Iran. Purposive sampling was used to recruit 24 participants. The participants were assigned to the experimental and control groups in equal numbers. The experimental group received Cognitive Behavioral Therapy in 8 sessions- each 90 minutes. The research instrument was somatic cognitive behavioral anxiety Questionnaire at the pretest stage. In later stages of research, in the experimental group the cognitive behavioral group therapy was conducted for 8 sessions of 60 minutes. Covariance test was used to examine research hypotheses. Statistical Package for Social Sciences (SPSS) - 18 was used to analyze the data.

**Results:** The results showed that cognitive-behavioral therapy reduced all components of anxiety in the experimental group patients and the effect of intervention was meaningful in posttest and the follow up stage ( $P < 0.001$ ). Test power close to 1 indicates a high rate of accuracy and adequacy of the sample size to evaluate the research questions.

**Conclusion:** The result of showed that interventions based on cognitive-behavioral therapy can be used as an efficient way to reduce anxiety in patients with thalassemia major type.

On the other hand, using the techniques of cognitive therapy leads to even changes in patients' views about the symptoms of thalassemia.

**Keywords:** Cognitive-Behavioral Therapy, Anxiety, Thalassemia Major Type.

## اثربخشی رفتار درمانگری شناختی بر مؤلفه‌های اضطراب (بدنی و شناختی و رفتاری) بیماران زن مبتلا به تالاسمی نوع ماژور

\*فرهاد کهرآزنی<sup>۱</sup>، سحر هاشم‌زهی<sup>۲</sup>، بهزاد ریگی‌کوته<sup>۳</sup>

نویسندگان

۱. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه سیستان و بلوچستان، زاهدان، ایران؛  
۲. دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه روان‌شناسی، دانشگاه سیستان و بلوچستان، زاهدان، ایران؛  
۳. مربی، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران.  
\*آدرس نویسنده مسئول: گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه سیستان و بلوچستان، زاهدان، ایران.  
\*ارایانه: farhad\_kahraz@ped.usb.ac.ir

تاریخ دریافت: ۹ اردیبهشت‌ماه ۱۳۹۶؛ تاریخ پذیرش: ۲۷ تیرماه ۱۳۹۶

### چکیده

**زمینه و هدف:** تالاسمی ماژور از بیماری‌های بسیار شایع ژنتیکی و مزمن در جهان و در کشور ایران است. تالاسمی مانند هر بیماری مزمن دیگر، از جنبه‌های جسمی و آثار جانبی درازمدت، بر اکثر ارگان‌های بدن تأثیر گذاشته و همچنین دارای تأثیرات روان‌شناختی نیز است؛ بنابراین پژوهش حاضر باهدف بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر مؤلفه‌های اضطراب بیماران به تالاسمی نوع ماژور انجام شد.

**روش بررسی:** طرح پژوهش نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون‌پس‌آزمون، با گروه کنترل بود. برای انجام پژوهش ابتدا از میان بیماران زن مبتلا به تالاسمی ماژور مراجعه‌کننده به بیمارستان علی‌اصغر شهرستان زاهدان، تعداد ۲۴ بیمار به شیوه هدفمند انتخاب شده و به شکل تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۲ نفر) و گروه کنترل (۱۲ نفر) قرار گرفتند. هر دو گروه با استفاده از پرسشنامه اضطراب بدنی و شناختی و رفتاری لور و وولفلک ۱۹۸۲ ارزیابی شدند. مداخله مبتنی بر رفتار درمانگری شناختی گروهی در گروه آزمایش، به مدت هشت جلسه ۶۰ دقیقه‌ای اجرا و برای تحلیل داده‌ها از کواریانس چندمتغیره استفاده شد.

**یافته‌ها:** باتوجه به نتایج، آموزش گروهی مبتنی بر رفتار درمانگری شناختی، میزان اضطراب را در مؤلفه‌های بدنی و شناختی و رفتاری گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون کاهش داد ( $p < 0.001$ ).

**نتیجه‌گیری:** پیشنهاد می‌شود که از مداخلات مبتنی بر رفتار درمانگری شناختی، به‌عنوان روشی کارآمد، برای کاهش میزان اضطراب بیماران دچار تالاسمی نوع ماژور استفاده شود. **کلیدواژه‌ها:** رفتار درمانگری شناختی، اضطراب، تالاسمی ماژور.

امروزه تأثیر مثبت مداخلات روان‌شناختی در روند بهبود بیماری‌های مزمن جسمانی تأیید شده‌است. رویکرد شناختی‌رفتاری از جمله رویکردهایی در روان‌شناسی بوده که توجه متخصصان را در چنددهه اخیر به خود جلب کرده‌است. این رویکرد می‌تواند به بیماران کمک کند تا تأثیرات روانی بیماری‌شان را به کمترین مقدار برسانند. حمایت تجربی قوی درباره کاربرد درمان شناختی‌رفتاری برای مشکلات روانی شایع در بیماری‌های جسمانی، با ارائه مراقبت بهداشتی نوین و تأکید بر درمان‌های دارای حمایت تجربی، هماهنگ است. تاکنون مدل‌های شناختی‌رفتاری و پروتکل‌های درمانی زیادی از اختلالات روانی و بیماری‌های مزمن پزشکی تدوین شده که بسیاری از آن‌ها در پژوهش بالینی مؤثر شناخته شده‌اند.

درمان شناختی‌رفتاری به‌صورت موفقیت‌آمیز برای کنترل سندرم روده تحریک‌پذیر (۱۳)، سندرم خستگی مزمن (۱۴)، دردهای مزمن (۱۵) و بیماران مبتلا به ایدز (۱۶)، به‌کار رفته‌است؛ بنابراین با توجه به مبانی ارائه‌شده مبنی بر اینکه بیماری تالاسمی نوع ماژور به‌عنوان رویدادی تنیدگی‌زا، سبب فراخوانی واکنش‌های روان‌شناختی از قبیل اضطراب و افسردگی شده و همچنین با توجه به اثبات سودمندی رفتار درمانگری شناختی در بسیاری از بیماری‌های جسمانی، در این پژوهش هدف کاربرد این مداخله در کاهش اضطراب بدنی و رفتاری و شناختی در بیماران زن مبتلا به تالاسمی نوع ماژور است؛ ازسوی دیگر پژوهش حاضر ضمن مطالعه سودمندی، این مداخله را در نمونه‌ای از جمعیت بیماران تالاسمی کشورمان نیز بررسی کرد؛ بنابراین پژوهش حاضر درصدد بررسی تأثیر رفتار درمانگری شناختی در کاهش اضطراب بدنی و رفتاری و شناختی بیماران زن مبتلا به تالاسمی بود.

## ۲ روش بررسی

طرح پژوهش نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون‌پس‌آزمون، با گروه کنترل بود جامعه آماری را تمامی بیماران دچار اختلال تالاسمی نوع ماژور مراجعه‌کننده به بیمارستان علی‌اصغر شهرستان زاهدان تشکیل دادند. بااستفاده از نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۲۴ نفر از بیماران دارای تشخیص تالاسمی انتخاب شده و به‌صورت تصادفی ۱۲ نفر در گروه آزمایش و ۱۲ نفر در گروه کنترل قرار گرفتند. ملاک‌های ورود افراد شامل: دارا بودن تالاسمی ماژور، جنسیت زن، مشترک بودن درمان‌های دریافتی، نداشتن سابقه بیماری عصبی و روان‌شناختی، دریافت نکردن درمان‌های روان‌شناختی، نداشتن سوءمصرف مواد و متأهل نبودن، بود. ملاک‌های خروج، عبارت بود از: جنسیت مرد، قراردادن در مراحل اولیه درمان، وجود سوابق اختلالات عصبی و جسمانی دیگر، نداشتن سواد کافی برای درک و انجام تکالیف خانگی و غیبت بیش از دو جلسه. به‌منظور رعایت اصول اخلاقی در پرسشنامه‌ها به محرمانه‌بودن اطلاعات اشاره شد؛ درضمن بعد از انجام مداخله رفتار درمانگری شناختی در گروه آزمایش، مداخله مذکور با توجه به تأثیر مثبت آن در کاهش اضطراب بیماران گروه آزمایش، برای گروه کنترل نیز اجرا شد. برای ارزیابی میزان اضطراب، از پرسشنامه اضطراب

از مشکلات بسیار بزرگ در قرن بیست‌ویکم، افزایش بار ناشی از بیماری‌های مزمن است که سیستم‌های بهداشتی در سراسر جهان با آن مواجه هستند. بیماری‌های مزمن، هم‌اکنون تهدید جدی برای سلامت و طول عمر مردم کشورهای در حال توسعه است (۱). بیماری تالاسمی از بیماری‌های ارثی مزمن بسیار شایع بوده و گسترده‌ترین بیماری ژنتیکی در جهان به‌شمار می‌آید (۲). در واقع این بیماری اختلال مزمن ارثی خونی است که سبب کاهش تولید هموگلوبین می‌شود. شیوع این بیماری در ایران حدود ۳ تا ۴ درصد کل جمعیت است. در این کشور بیش از ۲۰۰۰۰ بیمار تالاسمی ماژور وجود داشته و سالانه بین ۱۰۰۰ تا ۱۵۰۰ بیمار به این آمار اضافه می‌شود (۳). به دلیل شیوع زیاد بیماری تالاسمی ماژور و تنوع اختلالات فیزیولوژیکی در بیماران، در طول بیماری و درمان، می‌توان در ایران، این بیماری را از اختلال‌های مزمن جسمانی بسیار گسترده دانست (۴).

اختلال تالاسمی ماژور، علاوه بر عوارض جسمانی، عوارض روان‌شناختی متعددی را به دنبال بیماری و درمان داشته و فرایند زندگی بیماران را در تمامی ابعاد متأثر می‌سازد (۵). غیبت از مدرسه، کاهش عملکرد تحصیلی، محدودبودن در ارتباط‌های اجتماعی و انجام بازی، احساس بیچارگی ناشی از وابستگی به دیگران جهت دریافت مراقبت، احساس بی‌کفایتی در انجام بعضی از امور عادی، خشم، احساس اضطراب ناشی از موقعیت نامعین و نامعلوم، غمگینی به دلیل از دست دادن سلامت و نداشتن استقلال، نگرانی از مرگ زودرس و این اندیشه که زندگی آن‌ها سیری متفاوت از دیگران دارد، باعث گوشه‌گیری و افسردگی و کاهش اعتماد به نفس آن‌ها می‌شود (۶، ۸).

از نگرانی‌های بسیار مهم در خصوص بیماری و فرایند درمان اختلال تالاسمی ماژور، اضطراب است که بیماران با آن مواجه هستند. اضطراب از واکنش‌های روانی بسیار شایع، در هنگام مواجه با عوامل تنیدگی‌زا است (۹). در بیماران مبتلا به تالاسمی که به‌طور مکرر در معرض روند استرس‌آور و دردناک تزریق خون قرار دارند، در نظر گرفتن و ارائه برنامه‌های مراقبتی و درمانی، به‌منظور کاهش درد و اضطراب اهمیت زیادی دارد (۱۰). بتاتالاسمی ماژور سبب افزایش میزان افسردگی و اضطراب در بیماران و مراقبان آن‌ها شده که این افزایش منجر به اثرات منفی در زندگی آن‌ها می‌شود. به‌طور خاص، افسردگی و اضطراب نقش مهمی را در این آثار منفی، به‌طور مستقل از اضطراب، دارند. بیماران مبتلا به تالاسمی در معرض درمان‌های پزشکی فشرده و جدی قرار گرفته که عوارض‌شان همیشگی است؛ بنابراین، وضعیت روانی این بیماران اثرات مهمی بر کیفیت زندگی آنان دارد. (۱۱)

بیماری‌های مزمن همچون تالاسمی با اضطراب و تنیدگی مرتبط بوده و هرچه فرد بیشتر در معرض تنیدگی‌های ناشی از بیماری باشد، عوارض منفی روانی و جسمانی، در او بیشتر خواهد شد. این امر سبب کاهش کارکرد سیستم ایمنی فرد شده و او را در مقابله مؤثر با بیماری دچار مشکل خواهد کرد؛ بنابراین در بیماران مزمن جسمانی، اضطراب و استرس وارد شده به فرد، در فعالیت سیستم گلوبول‌های سفید خون اختلال ایجاد کرده و در نتیجه سیستم ایمنی بیمار تضعیف می‌شود

بدنی، و شناختی و رفتاری SCBAI<sup>1</sup> لِر و وولفلک<sup>2</sup> ۱۹۸۲ استفاده شد. این مقیاس با ۳۶ عبارت برای سنجش سه جزء اصلی اضطراب، اضطراب بدنی، اضطراب رفتاری و اضطراب شناختی طراحی شده است. پرسشنامه اضطراب بدنی و شناختی و رفتاری ابزاری خودگزارشی بوده و آزمودنی باید در مقیاس لیکرت ۸ درجه‌ای مشخص سازد که هرکدام از علائم را تا چه حد تجربه می‌کند (۱۷). پرسشنامه اضطراب بدنی و شناختی و رفتاری، ثبات درونی بسیار خوبی دارد. ضریب پایایی حاصل از روش دونیمه‌سازی آن برای عامل بدنی ۰/۹۳ و برای عامل رفتاری ۰/۹۲ و برای عامل شناختی ۰/۹۲ گزارش شده است (۱۸). در این پژوهش ضریب پایایی حاصل از روش دونیمه‌سازی برای مؤلفه‌های اضطراب بدنی و رفتاری و شناختی

به ترتیب برابر با ۰/۷۸ و ۰/۷۶ و ۰/۷۳ به دست آمد. جهت اجرای این پژوهش بعد از معرفی بیماران از جانب پزشک به درمانگر، در مرحله پیش‌آزمون هر بیمار به صورت انفرادی به پرسشنامه‌های مؤلفه‌های اضطراب پاسخ داد. سپس بیماران گروه آزمایش در هشت جلسه ۶۰ دقیقه‌ای به صورت ۲ جلسه در هفته، تحت کاربردی رفتاردرمانگری شناختی قرار گرفتند؛ درحالی‌که گروه کنترل تحت کاربردی روان‌شناسی خاصی قرار نگرفتند. پس از اتمام جلسات هر دو گروه مجدداً به پرسشنامه‌های مؤلفه‌های اضطراب پاسخ دادند. برنامه آموزشی رفتار درمانگری شناختی: این برنامه در طی هشت جلسه یک‌ساعته و به صورت دو جلسه در هفته به شرح ذیل بود.

#### جدول ۱. خلاصه جلسات رفتاردرمانگری شناختی

| جلسات      | توضیحات  |
|------------|--|
| جلسه اول   | آشنایی، اجرای پیش‌آزمون، ارائه قواعد و هنجارهای گروه، بیان اهداف به وسیله اعضا، روشن کردن انتظارات اعضا از شرکت در جلسات گروه.   |
| جلسه دوم   | آشنایی با هیجان‌های مثبت و منفی، آشنایی با اضطراب و کیفیت زندگی، بیان نکاتی به وسیله اعضا درخصوص اضطرابی که تجربه کرده بودند، توجه کردن اعضا به موقعیت‌های برانگیزاننده اضطراب، دادن تکلیف.  |
| جلسه سوم   | تشخیص موقعیت و افرادی که باعث اضطراب می‌شوند، آموزش مدل A-B-C، بیان نمونه‌هایی از اضطراب اعضا براساس مدل A-B-C، توجه کردن به افکار و باورها.   |
| جلسه چهارم | توجه به افکار و باورهای قبل از اضطراب یا عواملی که بر کیفیت زندگی آزمودنی‌ها اثر می‌گذارد، توجه به افکار خودکار قبل از هیجانان، توجه به نشانه‌های جسمانی و هیجانی بعد از باورها، توجه به رفتارهای بعد از افکار.  |
| جلسه پنجم  | توجه بیشتر به افکار منفی قبل از اضطراب، تمثیل اقیانوس و پیکان عمودی برای شناسایی طرح‌واره‌ها، انجام تمرین‌های رفتاری در این خصوص، بررسی خودگویی‌های اعضا در هنگامی که دچار اضطراب شده‌اند و تغییر آن، شناسایی و تغییر و تعدیل رفتارهای مخرب بعد از افکار و خودگویی‌های منفی.   |
| جلسه ششم   | پیگیری افکار خودکار برای شناسایی باورهای بنیادی و به تبع آن رفتارهای ناسازگار، شناسایی باورهای بنیادی ناکارآمد، شناسایی رابطه بین افکار ناسازگار با هیجانان و رفتارهای ناسازگار و مضطربی، تغییر افکار ناکارآمد از طریق کندکردن روند فکرکردن منفی و جایگزین کردن افکار منطقی و کارآمد، توجه به تغییرات رفتاری و هیجانی بعد از تغییر افکار، آموزش رفتاری کنترل اضطراب. |
| جلسه هفتم  | ادامه شناسایی باورهای بنیادی و تغییر در آن، آموزش شیوه‌های رفتاری مانند صحبت کردن و مذاکره درباره اضطراب، آرام‌سازی، به تعویق انداختن واکنش، تمرکز بر تنفس که باعث آرام‌سازی درحین اضطراب خواهد شد، آموزش راه‌حل‌های گوناگون برای حل مسئله (موقعیت‌های اضطراب برانگیز)، آموزش نحوه واکنش رفتاری به موقعیت‌های اضطراب برانگیز.  |
| جلسه هشتم  | بررسی پیشرفت و رسیدن اعضا به اهداف، آموزش چگونگی یادگرفته‌ها به زندگی واقعی، بررسی کارهای ناتمام اعضا، بررسی احساسات اعضا درخصوص تمام شدن جلسات، شناسایی افراد و موقعیت‌های حامی در زندگی آن‌ها، توجه به اینکه تغییرات تدریجی است نه آنی، اجرای پس‌آزمون.  |

آزمایش و کنترل در تمامی مؤلفه‌های اضطراب (بدنی و شناختی و رفتاری) تفاوت معناداری دارند ( $p < 0.001$ ). به منظور پی بردن به این تفاوت و تحلیل سؤال‌های پژوهش، از آزمون آماری تحلیل کواریانس تک‌متغیره برای هر یک از مؤلفه‌های اضطراب استفاده شد که نتایج آن در جدول ۲، ارائه شده است.

### ۳ یافته‌ها

در این پژوهش تمامی افراد مطالعه شده نمونه زن بودند. سن بیماران بین ۱۸ تا ۲۸ سال و میانگین سنی گروه کنترل ۲۳/۵ و گروه آزمایش ۲۴/۸۳ بود. نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیری نشان داد که گروه

<sup>2</sup>. Lehrer & Woolfolk

<sup>1</sup>. Somatic, Cognitive, Behavioral Anxiety Inventory (Lehrer & Woolfolk, 1982)

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیر اضطراب بدنی و رفتاری و شناختی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون به‌تفکیک دو گروه به‌همراه نتایج آنالیز کواریانس

| مؤلفه‌های اضطراب | گروه   | پیش‌آزمون |              | پس‌آزمون |              | مقایسه پس‌آزمون |         |
|------------------|--------|-----------|--------------|----------|--------------|-----------------|---------|
|                  |        | میانگین   | انحراف معیار | میانگین  | انحراف معیار | مقدار F         | مقدار p |
| بدنی             | آزمایش | ۹۶/۲۵     | ۵/۰۶         | ۶۹/۹۱    | ۱۱/۵۴        | ۲۹/۸۵           | ≤ ۰/۰۰۱ |
|                  | کنترل  | ۹۹/۳۳     | ۶/۹۰         | ۹۱/۷۵    | ۷/۲۸         |                 |         |
| شناختی           | آزمایش | ۵۷/۴۱     | ۷/۱۷         | ۳۴/۲۵    | ۵/۹۲         | ۶۱/۱۸           | ≤ ۰/۰۰۱ |
|                  | کنترل  | ۶۲/۰۰     | ۸/۹۰         | ۵۹/۱۶    | ۸/۲۷         |                 |         |
| رفتاری           | آزمایش | ۵۴/۳۳     | ۷/۷۸         | ۳۶/۷۵    | ۶/۷۵         | ۳۵/۵۰           | ≤ ۰/۰۰۱ |
|                  | کنترل  | ۵۷/۹۱     | ۷/۱۲         | ۵۶/۸۳    | ۸/۰۲         |                 |         |

و همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود با استفاده از روش تحلیل کواریانس و با کنترل تفاوت نمره‌های پیش‌آزمون، مداخله رفتار درمانگری شناختی بر مؤلفه‌های بدنی اضطراب منجر به تفاوت معناداری بین دو گروه آزمایش و کنترل در پس‌آزمون شده ( $p < ۰/۰۰۱$ ) و میزان تأثیر آن ۰/۵۶ به دست آمد؛ همچنین رفتار درمانگری شناختی بر مؤلفه‌های شناختی و رفتاری نیز سبب تفاوت معناداری بین دو گروه آزمایش و کنترل شده است ( $p < ۰/۰۰۱$ ). میزان تأثیر به ترتیب در مؤلفه‌های شناختی و رفتاری، ۰/۷۴ و ۰/۶۵ است.

**۴ بحث**

هدف پژوهش، بررسی اثربخشی رفتار درمانگری شناختی بر کاهش مؤلفه‌های اضطراب در بیماران مبتلا به تالاسمی نوع ماژور بود. نتایج نشان داد که مداخله رفتار درمانگری شناختی در کاهش مؤلفه‌های اضطراب (بدنی و رفتاری و شناختی) مؤثر بوده است. با توجه به نتایج حاصل از تحلیل کواریانس، بعد از انجام مداخله، تفاوت معناداری بین گروه‌های آزمایش و کنترل در متغیر مؤلفه‌های اضطراب به وجود آمده است؛ البته این دو گروه در مرحله پیش‌آزمون تفاوت معناداری باهم نداشتند.

بررسی‌ها حاکی از آن است که در بیماران دچار تالاسمی، بیشترین نقصان کیفیت زندگی مربوط به ابعاد عاطفی روانی بوده که شامل اضطراب و افسردگی و نگرانی از وضعیت سلامتی است (۱۹). دیگر نتایج نشان داد که ۳/۷ درصد از خانواده‌های بیماران تالاسمی از نظر اضطراب طبیعی، ۱۸/۵ درصد دچار اضطراب خفیف، ۵۰ درصد دچار اضطراب متوسط و ۲۷ درصد افراد دچار اضطراب شدید هستند. علاوه بر این نتایج مشخص کرد که ۵۰ درصد افراد خانواده افسردگی و اضطراب شدید دارند. در نتایج پژوهش زارع، براز، پدram، و پاکباز در سال ۲۰۱۴ مشاهده شد که جوانان مبتلا به تالاسمی و اعضای خانواده آن‌ها در عملکرد اجتماعی خود دارای مشکلاتی هستند. اعضای خانواده این بیماران به مراتب کیفیت زندگی ضعیف‌تری را در بُعد عملکرد اجتماعی تجربه می‌کنند که این امر می‌تواند سبب مشکلات روان‌شناختی و اجتماعی بیشتر در بیماران مبتلا شود (۲۰).

**۵ نتیجه‌گیری**

بنابراین با توجه به مطالب ذکر شده، به نظر می‌رسد مبتلایان به تالاسمی ماژور دردهای جسمی درخور ملاحظه و گاهی شدیدی را تحمل می‌کنند؛ همچنین با توجه به جنبه‌های خاص دیگر بیماری تالاسمی، این افراد معمولاً سطح زیادی از تنش و برانگیختگی را تجربه

درمان گروهی باعث تغییر دیدگاه بیماران به نشانگان تالاسمی شده و استفاده از فنون رفتاری در کنار فضای همدلانه گروه، سبب آشنایی و کنترل بیشتر افراد به وضعیت بیماری و در نتیجه بهبود کیفیت زندگی شده است.

#### ۶ تشکر و قدردانی

از تمامی بیماران مبتلا به تالاسمی ماژور که محقق را در امر پژوهش یاری کردند، صمیمانه قدردانی می‌شود.

می‌کنند که از طریق فنون رفتاری موجود در برنامه درمان گروهی پژوهش حاضر علائم کاهش یافته است. از سوی دیگر افراد مبتلا به تالاسمی با مشکلات روان‌شناختی گوناگون و چندجانبه‌ای از جمله نگرانی و اضطرابی درگیرند که به دنبال هزینه‌های سنگین درمان و ناامیدی برای بهبود کامل ایجاد شده است. درمان شناختی رفتاری با استفاده از فنون شناختی در محیطی همدلانه و در ادامه استفاده از تکنیک‌های درمانی، منجر به بهبود نشانگان اضطراب مبتلایان به تالاسمی ماژور در پژوهش حاضر شده است. از طرف دیگر استفاده از فنون شناختی در جلسات

## References

1. Weatherall DJ, Clegg JB. The Thalassemia Syndromes. New York, NY: John Wiley & Sons; 2008. [[Link](#)]
2. Azarkeivan A, Hajibeigy B, Afradi H, Eslami M, Ghazizadeh S, Shabeh Pour Z. Evaluation of clinical conditions of thalassaemic patients having referred to Adult Thalassemia Center, Tehran. Scientific Journal of Iran Blood Transfus Organ. 2011;8(1):32–41. [Persian] [[Link](#)]
3. Nugent R. Chronic diseases in developing countries: health and economic burdens. Ann N Y Acad Sci. 2008;1136:70–9. [[Link](#)]
4. Messina G, Colombo E, Cassinerio E, Ferri F, Curti R, Altamura C, et al. Psychosocial aspects and psychiatric disorders in young adult with thalassemia major. Intern Emerg Med. 2008;3(4):339–43. [[Link](#)]
5. Thavorncharoensap M, Torcharus K, Nuchprayoon I, Riewpaiboon A, Indaratna K, Ubol B-O. Factors affecting health-related quality of life in Thai children with thalassemia. BMC Blood Disord. 2010;10:1. [[Link](#)]
6. Baraz S, Zarea K, Pedram M, Pakbaz Z. Comparison of quality of life of thalassaemic children with their parents. Ahvaz scientific medical journal. 2009;8:455–62. [Persian] [[Link](#)]
7. Yengil E, Acipayam C, Kokacya MH, Kurhan F, Oktay G, Ozer C. Anxiety, depression and quality of life in patients with beta thalassemia major and their caregivers. Int J Clin Exp Med. 2014;7(8):2165–72. [[Link](#)]
8. Heidari M, Alhani F, Kazemnejad A, Moezzi F. The effect of empowerment model on quality of life of Diabetic adolescents. Iranian Journal of Pediatrics. 2007;17(Suppl 1):87–94. [Persian] [[Link](#)]
9. Abdekhodaie MS, Sadeghi Ordoubady A. Prevalence of separation anxiety in children and effect of cognitive behavioral play therapy on reducing it. Journal of Clinical Psychology. 2012;3(412):51–8. [Persian] [[Link](#)]
10. Hakamata Y, Lissek S, Bar-Haim Y, Britton JC, Fox N, Leibenluft E, et al. attention bias modification treatment: A meta-analysis towards the establishment of novel treatment for anxiety. Biol Psychiatry. 2010;68(11):982–90. [[Link](#)]
11. Kiani J, Pakizeh A, Ostovar A, Namazi S. Effectiveness of Cognitive Behavioral Group Therapy (CBGT) in increasing the self esteem & decreasing the hopelessness of  $\beta$ -Thalassaemic adolescents. Iranina South Medical Journal. 2010;13(4):241–52. [Persian] [[Link](#)]
12. Ross L, Boesen EH, Dalton SO, Johansen C. Mind and cancer: does psychosocial intervention improve survival and psychological well-being? Eur J Cancer. 2002;38(11):1447–57. [[Link](#)]
13. Greene B, Blanchard EB. Cognitive therapy for irritable bowel syndrome. Journal of Consulting And Clinical Psychology. 1994;62(3):576. [[Link](#)]
14. Price JR, Mitchell E, Tidy E, Hunot V. Cognitive behaviour therapy for chronic fatigue syndrome in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2008;(3):CD001027. [[Link](#)]
15. Morley S, Eccleston C, Williams A. Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of cognitive behaviour therapy and behaviour therapy for chronic pain in adults, excluding headache. Pain. 1999;80(1–2):1–13. [[Link](#)]
16. Lechner SC, Antoni MH, Lydston D, LaPerriere A, Ishii M, Devieux J, et al. Cognitive-behavioral interventions improve quality of life in women with AIDS. J Psychosom Res. 2003;54(3):253–61. [[Link](#)]
17. Lehrer MP, Woolfolk R. Self-report assessment of anxiety: Somatic, cognitive, and behavioral modalities. Behavioral Assessment. 1982;4:167–77. [[Link](#)]
18. Corcoran K, Fischer J. Measures for Clinical Practice and Research. New York: Oxford University Press Inc; 2013. [[Link](#)]
19. Pakbaz Z, Treadwell M, Yamashita R, Quirolo K, Foote D, Quill L, et al. Quality of life in patients with Thalassemia intermedia compared to Thalassemia major. Annals of the New York Academy of Sciences. 2005;1054:457–61. [[Link](#)]
20. Zarea K, Baraz S, Pedram M, Pakbaz Z. Comparison of quality of life in adolescences with Thalassemia and their families. Iranian Journal of Nursing Research. 2014;8(4):42–50. [Persian] [[Link](#)]
21. Khani H, Majdi MR, 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. International Journal of Behavioral Sciences. 2009;2(4):325–32. [Persian] [[Link](#)]
22. Rao P, Pradhan PV, Shah H. Psychopathology and coping in parents of chronically ill children. Indian J Pediatr. 2004;71(8):695–9. [[Link](#)]
23. Zamanzadeh V, Heidarzadeh M, Oshvandi K, Lakdizaji S. Relationship between quality of life and social support in hemodialysis patients in Imam Khomeini and Sina Educational Hospitals of Tabriz University of Medical Sciences. Medical Journal of Tabriz University of Medical Sciences. 2007;29:1. [Persian] [[Link](#)]
24. Bujang MA, Musa R, Liu WJ, Chew TF, Lim CTS, Morad Z. Depression, anxiety and stress among patients with dialysis and the association with quality of life. Asian J Psychiatr. 2015;18:49–52. [[Link](#)]
25. Marom S, Gilboa-Schechtman E, Aderka IM, Weizman A, Hermesh H. Impact of depression on treatment effectiveness and gains maintenance in social phobia: a naturalistic study of cognitive behavior group therapy. Depress Anxiety. 2009;26(3):289–300. [[Link](#)]
26. Chen T-H, Lu R-B, Chang A-J, Chu D-M, Chou K-R. The evaluation of cognitive-behavioral group therapy

- on patient depression and self-esteem. Arch Psychiatr Nurs. 2006;20(1):3–11. [[Link](#)]
27. Hyun M-S, Chung H-IC, Lee Y-J. The effect of cognitive-behavioral group therapy on the self-esteem, depression, and self-efficacy of runaway adolescents in a shelter in South Korea. Appl Nurs Res. 2005;18(3):160–6. [[Link](#)]
  28. Oei TP, McAlinden NM. Changes in quality of life following group CBT for anxiety and depression in a psychiatric outpatient clinic. Psychiatry Res. 2014;220(3):1012–8. [[Link](#)]
  29. Landis D, Gaylord-Harden NK, Malinowski SL, Grant KE, Carleton RA, Ford RE. Urban adolescent stress and hopelessness. J Adolesc. 2007;30(6):1051–70. [[Link](#)]