

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

محمد مهدی بابائی منقاری*، علی خالق خواه**

* دانشجوی دکتری اقتصاد و مدیریت مالی آموزش عالی دانشگاه تهران، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)

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

چکیده

تاریخچه:

دریافت: ۹۴/۰۷/۲۷

تجدیدنظر: ۹۴/۱۲/۲۷

پذیرش: ۹۵/۰۱/۱۴

کلیدواژه‌ها:

کیفیت زندگی، سلامت معنوی،
افسردگی، بیماران تالاسمی
ماژور.

هدف: 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 غیر مستقیم 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 به منظور پیشگیری از افسردگی و بهبود کیفیت زندگی و سلامت معنوی منجر گردد.

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

* MohammadMahdi Babaei Menghari, ** Ali khaleghkhah

* Ph.D. student in economic and financial management Higher Education, University of Tehran, Tehran, Iran.

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

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.

Results: 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.

Article Information:

History:

Receipt: 2015/07/18

Revise: 2016/03/17

Acceptance: 2016/04/02

Keywords:

quality of life, spiritual Health, depression, thalasemia major patients.

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 تاثیر قرار می‌دهد (پروینیان نسب، روستا، وجدانی، دهقانی، کشتکاران، شمسی زاده، آبششری، 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، معینی کیا، خالق خواه، 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 می‌باشند 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، ایزدیار، 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... تاثیر می‌پذیرد و نیز بر ادراک فرد مبتنی است (اورکی، امیرآبادی، حیدری، ۱۳۹۴). کیفیت زندگی می‌تواند بر شیوه زندگی (شادی و غم) موثر باشد (آبدین، یاپرک، آیرسو، ۱۹۹۷). کیفیت زندگی بعنوان 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 موقعبت‌های 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 (آبدین، یاپرک، آیرسو، ۱۹۹۷) و از طرفی، با توجه به پیشرفت‌های بسیار مهم در عرصه علم پزشکی و کاهش مرگ و میر ناشی از تالاسمی و افزایش امید به زندگی این بیماران، کیفیت زندگی آنها به عنوان یکی از شاخص‌های مهم مراقبت بهداشتی مدنظر است (تلفر، کانستانتینیدس، آندروس،

چیریستو، مدل، آنجستینیوتیس^۱، ۲۰۰۵). این مساله می‌تواند بر جلوگیری از افسردگی آنها موثر باشد (یانگ، ماو^۲، 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 کرده‌اند (روزنهان، سلینگمن^۳، ۱۹۸۹). اختلال افسردگی از نوع اختلال‌های خلقی است. اختلال‌های خلقی حالت هیجانی بی‌وقفه‌ای است که در طول یک پیوستار از غمگینی تا شادی، در نوسان است (کاپلان^۴، ۲۰۰۳). دیدگاه‌های جدید در مورد علل بروز افسردگی، کاستی‌هایی را در دو حوزه قابلیت‌های عاطفی و هیجانی نشان می‌دهد: از یک سو، مهارت‌های مربوط به ایجاد رابطه با دیگران و از سوی دیگر شیوه دل‌سرد کننده تعبیر و تفسیر موانع موجود در این راه و عدم توانایی در ایجاد رابطه با دیگران باعث بروز افسردگی می‌شود (منشی، مظاهری، خیام نیکویی، ۱۳۹۰). بر اساس گزارشات سازمان جهانی بهداشت در رتبه‌بندی بیماری‌ها بر اساس میزان ناتوانی ایجاد شده، افسردگی مقام اول را به خود اختصاص می‌دهد. افسردگی تقریباً تمامی جنبه‌های زندگی از نحوه تمرکز حواس در کار و تا خواب شبانه بیماران را تحت تاثیر قرار می‌دهد و سرانجام می‌تواند زندگی عادی را غیر ممکن کند و این در حالی است که تمامی انواع افسردگی قابل درمان است و هر اندازه تشخیص این بیماری به تعویق بیفتد و

درمان نشود، درمان آن سخت‌تر خواهد بود (شرقی، نبئی، پراک، فرخی، ۱۳۸۴). این مشکل در بیماران تالاسمی بیشتر مشاهده می‌شود (پروینیان نسب و همکاران، ۱۳۹۲).

یکی دیگر از متغیرهای این پژوهش که ممکن است بر افسردگی تاثیرگذار باشد، سلامت معنوی است. سلامت معنوی به عنوان یکی از ابعاد سلامت، سبب یکپارچگی سایر ابعاد آن می‌شود و خود در برگیرنده 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 می‌شود. 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 می‌تواند 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، علی‌نژاد، نظری، قادری، اقتدار، رهبر، مسگرزاده، حاج احمدی رفسنجانی، ۱۳۹۳). علاوه بر این، بعد معنوی از ابعاد مهم سلامت در انسان و نیروی یگانه‌ای است که ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی را هماهنگ نموده و به سازگاری با بیماری کمک می‌کند؛ به طوری که بیماران که سلامت معنوی آن‌ها تقویت می‌شود، به طور مؤثرتری با بیماری خود سازگار می‌شوند و حتی مراحل نهایی بیماری خود را به خوبی

- 1 - Telfer, Constantinidou, Andreous, Christou, Modell, Angastiniotis
- 2 - Yang, Mao
- 3- Roznhan, Seligman
- 4 - Kaplan

معنوی و اضطراب با افسردگی رابطه معکوس دارند. خضری، بحرینی، روانی‌پور، میرزایی (۱۳۹۴) به این نتیجه دست یافتند که بین سلامت معنوی با افسردگی رابطه ندارد.

جمع‌بندی شواهد نشان می‌دهد که میان عوامل کیفیت زندگی و سلامت معنوی با افسردگی رابطه وجود دارد، اما پژوهش‌هایی که ارتباط علی میان این سازه‌ها را مورد مطالعه قرار دهد کمتر مورد توجه بوده است، از این رو اگر این سازه‌ها در چارچوبی منطقی در ارتباط با یکدیگر قرار گیرند، مدلی مناسبی طرح خواهد شد.

افراد مبتلا به تالاسمی نشانه‌ی افسردگی بیشتر و کیفیت زندگی پایین‌تری 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 می‌کند (پاکباز، تریدول، یاماشیتا، قیرولو، فوت، قیل^۳، 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 روانشناختی این بیماران تا حد زیادی نادیده گرفته شده است. در حالی که بدون فهم کامل عوامل روانشناختی دخیل در بیماری، ارائه درمان و توانبخشی مناسب بیماران میسر نمی‌باشد (زارع، برازپردنجانی، پدرام، پاکباز، ۱۳۹۱). از آنجایی که تدوین

می‌گذرانند (رضایی، ناجی اصفهانی، مومنی قلعه قاسمی، کریمیان، ابراهیمی، ۱۳۹۱).

نتایج مطالعاتی که تاکنون انجام گرفته‌اند نشان داده‌اند که افسردگی نقش بسیار موثری را در سلامت معنوی و کیفیت زندگی ایفا می‌کند. 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 بدست 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 پژوهش‌های رومرو، فریدمن، کالیداس، الدج، چانگ، لایسکوم^۱ (۲۰۰۶) و مک کابری، دیویدس^۲ (۲۰۰۶) نشان دادند که بین سلامت معنوی با اضطراب و افسردگی رابطه وجود دارد. در پژوهش کسانی، نیازی، منتی، علی محمدی، منتی (۱۳۹۳) نشان داد که بین کیفیت زندگی با افسردگی ارتباط مستقیم دارد. در پژوهش خادم وطنی و همکاران (۱۳۹۳) نشان دادند که سلامت

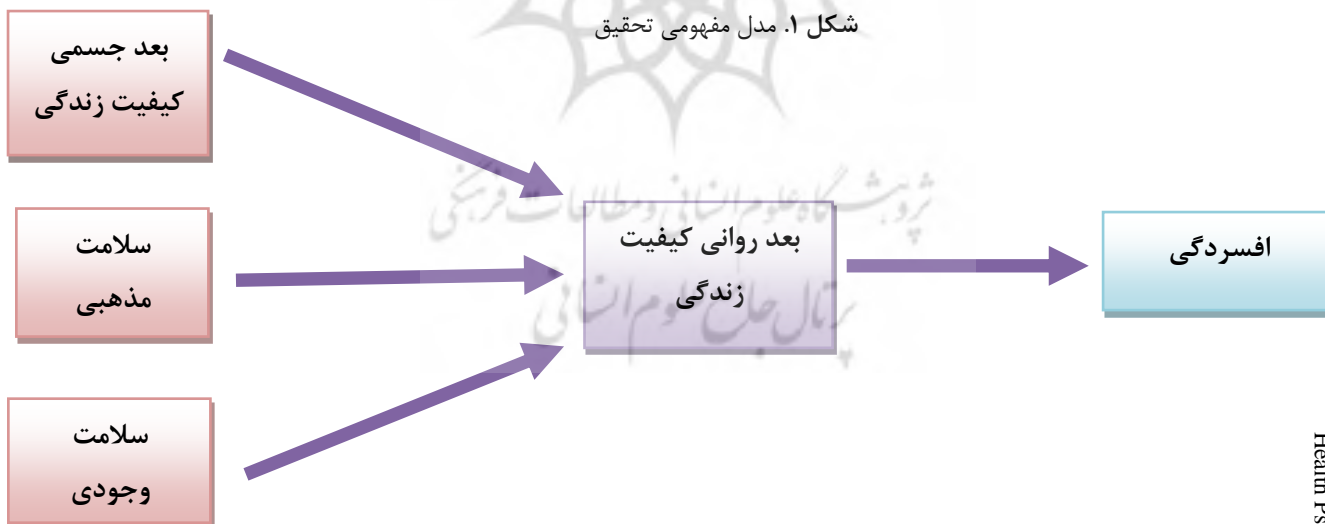
1 - Romero, Friedman, Kalidas, Elledge, Chang, Liscum
2 - Mc Coubrie, Davies

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

سیاست بهداشتی و اجتماعی به منظور برنامه‌ریزی صحیح برای پیشگیری، تشخیص و درمان به موقع مشکل حیطه‌های مختلف زندگی این بیماران و ارائه خدمات و حمایت لازم امری ضروری است و بدون توجه به همه جنبه‌های بیماری به ویژه کیفیت زندگی، سلامت معنوی و افسردگی نمی‌توان آرامش را برای این بیماران و درک نیازهای اختصاصی آنها و به کار بردن برنامه مراقبتی^۵ درمانی موثرتر می‌گردد. و از طرفی، عواملی همچون جایگاه رفیع و پر منزلت مقوله‌ی معنویت و سلامت معنوی در حوزه بهداشت و سلامت (به ویژه در زمینه‌ی بیماری‌های مزمن)، جایگاه، قدمت و عمق معنویت در کشور ایران و رسوخ

باورهای معنوی در نهاد یکایک آحاد جامعه‌ی ایرانی، اهمیت وافر و انکارناشدنی اختلالات بعد روان و در راس 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.

شکل ۱. مدل مفهومی تحقیق



روش

روش این پژوهش از نوع تحقیقات توصیفی از نوع همبستگی است. از نظر هدف، این پژوهش به صورت طرح کاربردی است. جامعه آماری پژوهش را کلیه بیماران مبتلا به تالاسمی و دارای پرونده در بیمارستان امام رضا شهرستان آمل در سال ۱۳۹۳ تشکیل می دهند. طبق آمار دریافت شده از مسئولین بیمارستان امام رضا آمل حجم جامعه آماری بیماران تالاسمی برابر با ۴۹۷ نفر می باشد که از این تعداد جامعه آماری، ۱۴۰ نفر هر ماه به طور مرتب برای تزریق خون به بیمارستان مراجعه می کردند. طبق جدول مورگان، نمونه آماری ۱۰۰ نفر از بیمارانی که به طور مرتب برای تزریق خون به بیمارستان امام رضا مراجعه می کردند انتخاب شدند.

محیط پژوهش شامل بخش تالاسمی بیمارستان امام رضا آمل بود. روش نمونه گیری 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 کرده اند. ابزار

پرسشنامه کیفیت زندگی: پرسشنامه استاندارد کیفیت زندگی (SF-12) فرم تعدیل شده پرسشنامه کیفیت زندگی (SF-36) می باشد که در سال ۱۳۸۷ روایی و پایایی گونه‌ی 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 سوال مربوط به ۸ بعد است، که در دو بعد نهایی جسمی و روانی تقسیم بندی شده است. بعد جسمی شامل: عملکرد فیزیکی، محدودیت نقش به علت مشکلات فیزیکی، درک سلامت عمومی، درد جسمانی و بعد روانی شامل: محدودیت نقش بعثت مشکلات روحی-روانی، انرژی و زنده دلی، وضعیت ذهنی و عملکرد اجتماعی می باشد (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-ی، ۱۰ گزینه‌ی آن سلامت مذهبی و ۱۰ گزینه‌ی دیگر سلامت وجودی را اندازه گیری می کند. دامنه‌ی نمره‌ی سلامت معنوی برای هر یک از زیر گروه‌های سلامت مذهبی و وجودی، به تفکیک ۶۰-۱۰ می باشد. برای زیر گروه‌های سلامت مذهبی و وجودی، سه سطح سطح بندی وجود دارد و قضاوت بر اساس نمره‌ی به دست آمده صورت می گیرد. هر چه نمره‌ی به دست آمده، بالاتر باشد، نشانه سلامت مذهبی و وجودی بالاتر است. نمره‌ی سلامت معنوی، جمع این دو زیر گروه است که دامنه‌ی آن ۱۲۰-۲۰ در نظر گرفته شده است. پاسخ گزینه‌ها به صورت لیکرت ۶ گزینه‌ای به طور کاملاً مخالف تا به طور کاملاً موافق دسته بندی می شود. 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 سوال می‌باشد 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 خفیف تا شدید تعیین می‌کند. حداکثر نمره در این پرسشنامه ۶۳ و حداقل آن صفر می‌باشد. 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 بدست 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.

نتایج

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 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 ($r=0/134$; $r=0/521$) در سطح اطمینان ۹۹ درصد رابطه‌ی مثبت دارند.

برای آزمون معنی داری سهم هر یک از سلامت معنوی و کیفیت زندگی در پیش بینی 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 پیش بینی میزان افسردگی معنی دار است (به ترتیب با ۰/۹۷۹، ۰/۷۰۱، ۰/۴۲۱، $Beta = -0/513$ و $<0/01$).

(جدول ۳).

در این پژوهش برای ترسیم نمودار تحلیل مسیر محققین تئوری کافی در مورد آرایش متغیرها بدست نیآورده‌اند 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.

جدول ۱. میانگین‌ها، انحراف استانداردها و همبستگی‌های بین مولفه‌های 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 مولفه‌های 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	-

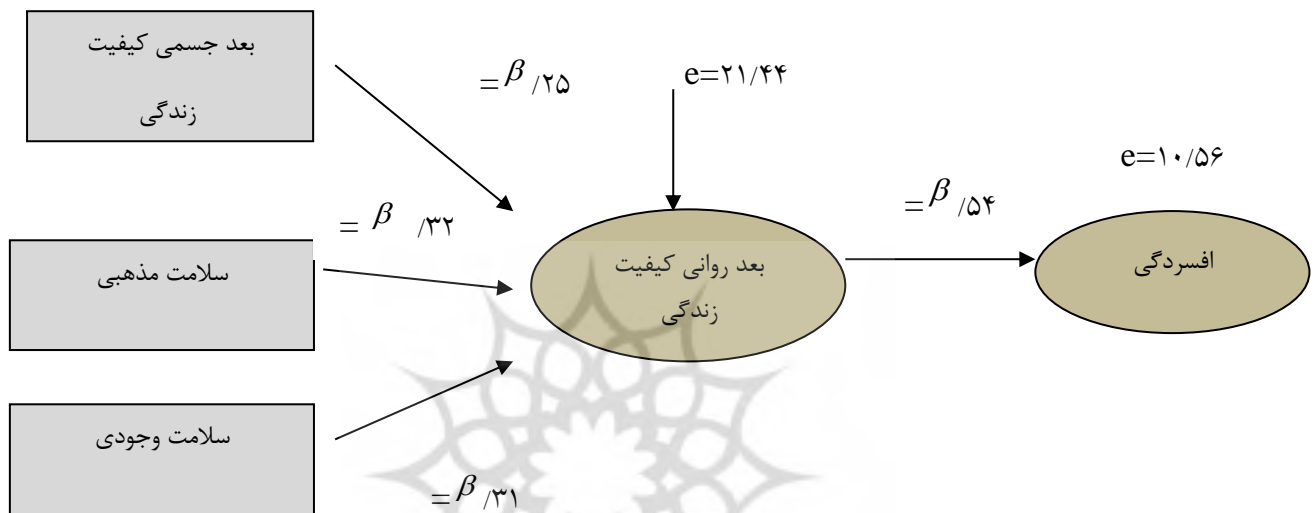
جدول ۳. ضرایب رگرسیون سلامت معنوی و کیفیت زندگی در پیش بینی افسردگی

متغیرهای پیش‌بین	ضرایب غیر استاندارد		ضرایب استاندارد	t	Sig
	B	خطا			
مقدار ثابت	۲۱/۱۸۶	۵/۸۳		۳/۶۳	۰/۰۰۰
سلامت مذهبی	-۰/۶۷	۰/۱۵۷	-۰/۵۱۳	-۴/۲۱	۰/۰۰۰
سلامت وجودی	۰/۴۹۰	۰/۱۴	۰/۴۲۱	۳/۳۹	۰/۰۰۱
بعد جسمی کیفیت زندگی	-۲/۱۴	۰/۹۳	-۰/۷۰۱	-۲/۲۹	۰/۰۲
بعد روانی کیفیت زندگی	۲/۵۳	۰/۷۹	۰/۹۷۹	۳/۲۱۰	۰/۰۰۲

در این پژوهش بتای بعد روانی کیفیت زندگی از سایر متغیرها بزرگتر است ($Beta = 0/979$)، آن را به عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته‌ایم و متغیرهای باقیمانده به عنوان متغیرهای بیرونی در نظر گرفته شد که در نهایت آرایش متغیر زیر بدست آمد.

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

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



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

مقدار استاندارد	روابط غیر مستقیم 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

RMR	AGFI	GFI	RMSEA	سطح معنی‌داری	نسبت مجذور خی دو به درجه آزادی	df	مجذور خی دو
۰/۰۳	۰/۸۹	۰/۹۱	۰/۷۱	۰/۰۴	۲/۴۶	۶	۱۴/۸۰

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 پیش آگاهی این بیماران تا سنین میانسالی از سوی دیگر، پزشکان را به طور روز افزون با امور روانی و اجتماعی گسترده‌تری رو به رو می‌نماید و بیماران نیز در معرض انواع مشکلات اجتماعی، هیجانی و رفتاری قرار می‌گیرند (جرمن، ابرکلاید، ۱۹۹۰؛ گورتمارکر، والکر، ویتزمن، سوبول، ۱۹۹۰). به طوری که احتمال بروز اختلال‌های رفتاری در این بیماران ۱/۶ برابر افراد سالم است (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، پیش بینی مؤلفه‌های کیفیت زندگی (بعد جسمی و بعد روانی) بر

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 جالب توجه علائم و نشانه‌های این بیماری، تالاسمی همچنان به عنوان مشکل عظیم بهداشت عمومی در تمام جهان به ویژه کشورهای در حال توسعه و فقیر مطرح است (اولیوری، ۱۹۹۹).

افسردگی بیماران تالاسمی و اثر مستقیم و غیر مستقیم (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 مختلف اختلالات در بیماری-ها یا در پژوهش‌های گزارش شده مختلف وجود دارد که می‌تواند ناشی از تفاوت در ابزار سنجش، نوع بیماری، عینی‌بودن، محیط اجتماعی، میزان حمایت‌های محیطی از بیماران، چگونگی درمان-های انجام شده و نمای فرهنگی سازگاری با بیماری باشد (بارک، مایر، کواشیز، ۱۹۸۹؛ یوسف، ۱۹۸۸). با توجه به عوامل تاثیرگذار ارایه 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. بر خلاف 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 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 رو به رو شده‌اند (کاپلان، ۲۰۰۳). در حال حاضر شرایط به وجود آمده، بیماران تالاسمی را به صورت گسترده‌تری در برابر مسایل 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 تاثیرات 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 متغییری باشد که بر افسردگی و حتی کل زندگی فرد تاثیرگذار باشد.

افسردگی و اضطراب از مشکلات شایع بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن می‌باشند 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، لیندکوئیست، استین هوسر، ۲۰۱۱؛ مک‌کویری، دیویز، ۲۰۰۶). یافته دیگر این پژوهش نشان داد که سلامت معنوی با افسردگی بیماران تالاسمی ارتباط دارد. همچنین سلامت معنوی (سلامت مذهبی و سلامت وجودی) افسردگی

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^۱، 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^۲، ۲۰۱۱). این موضوع به این دلیل است که احساس اشخاص از پدیده‌های ماوراءطبیعی می‌تواند حمایت روانشناختی فراهم کند و ممکن است یک حمایت معنوی نیز به همراه داشته باشد که نمی‌تواند به لحاظ پدیدارشناختی اندازه‌گیری شود. به دلیل ماهیت متعالی تجربه‌های معنوی، افراد دارای باورهای معنوی به طور مداوم در ارتباط با درکی از تجربه‌های زندگی خود هستند که شامل مداخلات معنوی و الهی است و این مداخلات می‌توانند 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 به عنوان پیش‌بینی‌کننده استرس، اضطراب و 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 به صورت غیر مستقیم بر افسردگی بیماران تالاسمی اثر می‌گذارند. مطالعه بینز و باون نشان دادند بیماران دارای سردرد، دردهای مزمن، کمر درد و... که بعد معنوی و مذهبی قوی‌تری داشتند، درد و خستگی کمتری احساس می‌کردند، نتیجه مطالعه او نشان داد که تقویت بعد معنوی می‌تواند علایم آزاردهنده جسمی را کاهش دهد (۲۰۰۸). احتمالاً تقویت بعد معنوی با سازگاری موثر 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 اختلالات روانی است. تعالیم و باورهای دینی انسان را قادر می‌سازد که به سوی کمال و رشد و در نتیجه سلامت روان

1 - Smucker

2 - Sim, Loh

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.

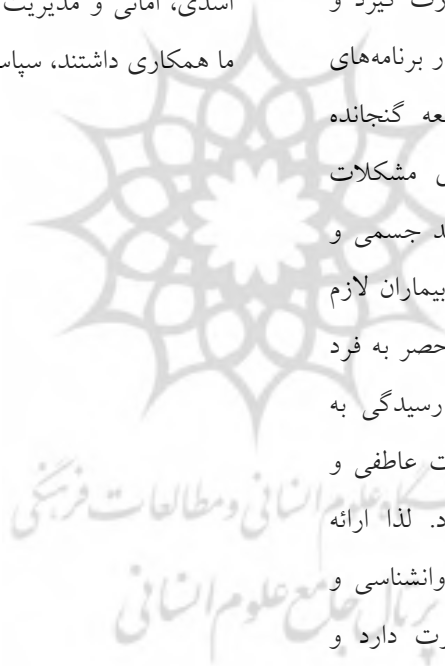
با توجه به نتایج این پژوهش و تأثیر گرایش معنویت و کیفیت زندگی بر افسردگی پیشنهاد می‌شود برای ارتقای سطح اعتقادات مذهبی بیماران تالاسمی تلاش‌های لازم صورت گیرد و تقویت گرایش‌های مذهبی و معنوی در برنامه‌های آموزش مهارت‌های زندگی در جامعه گنجانده شود. افراد مبتلا به تالاسمی دارای مشکلات کیفیت زندگی به خصوص در دو بعد جسمی و روانی هستند. لذا در مراقبت به این بیماران لازم است آنها را به عنوان 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 روان پزشکی به این 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، جمع آوری 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 مولفه‌های کیفیت زندگی و مولفه‌های 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 به خصوص سرکار خانم سالار، سفید، اسدی، امانی و مدیریت بیمارستان که صمیمانه با ما همکاری داشتند، سپاسگزاری می‌شود.



منابع

- الله‌یاری، ا.؛ الحانی، ف.؛ کاظم نژاد، ا. و ایزدیار، م. (۱۳۸۵). بررسی تاثیر الگوی توانمندسازی خانواده-محور بر کیفیت زندگی کودکان سن مدرسه مبتلا به تالاسمی. *مجله بیماریهای کودکان ایران*، ۴، ۴۶۱-۴۵۵.
- 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، ۳۱-۴۲.
- ایمانی، س.؛ حبیبی، م.؛ پاشایی، س.؛ ظهیری سروری، م.؛ میرزایی، ج. و زارع، م. (۱۳۹۲). اثربخشی درمان ذهن آگاهی بر ارتقاء کیفیت زندگی سوءمصرف‌کنندگان مواد مخدر (تریاک): بهبود سلامت جسمانی و روانشناختی. *فصلنامه علمی-پژوهشی روانشناسی سلامت*، ۱، ۸۱-۶۳.
- بابائی منقاری، م.م.؛ معینی کیا، م.؛ خالق‌خواه، ع. و زاهدبابلان، ع. (۱۳۹۳). مقایسه راهبردهای یادگیری، سخت‌کوشی و نگرانی مبتلایان به تالاسمی و افراد عادی. *مجله نسیم تندرستی*، ۳، ۲۲-۲۸.
- بrazپردنجانی، ش.؛ زارع، ک.؛ پدرام، م. و پاکباز، ز. (۱۳۸۸). مقایسه کیفیت زندگی کودکان مبتلا به تالاسمی مراجعه کننده 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.؛ آبشرشری، ن.؛ کشفی، ح. (۱۳۹۲). بررسی تاثیر 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.؛ کوشش، ف. (۱۳۹۳). مقایسه تاثیر مراقبت پرستاری توانبخشی ریوی مبتنی بر منزل بر خستگی و کیفیت زندگی مبتلا به COPD. *مجله دانشگاه علوم پزشکی فسا*، ۲، ۱۶۸-۱۷۹.
- حضری، ل.؛ بحرینی، م.؛ روانی‌پور، م. و میرزایی، ک. (۱۳۹۴). ارتباط سلامت معنوی با افسردگی و اضطراب مرگ در بیماران سرطانی شهر بوشهر در سال ۱۳۹۳. *فصلنامه پرستاری گروه های آسیب-پذیر دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر*، ۲، ۲۸-۱۵.
- خادم‌وطنی، ک.؛ آقاخانی، ن.؛ اسم حسینی، غ.؛ حضرتی، ا.؛ علینژاد، 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.
- 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 جنسی شاپور*، ۱، ۵۳-۴۵.
- شرقی، ا.؛ نبئی، ب.؛ پراک، م. و فرخی، علیرضا. (۱۳۸۴). افسردگی در مادران کودکان مبتلا به تالاسمی یا بدخیمی‌های خونی مرکز طبی

Reference

- Aydin, B.; Yapark I.; Aarsu D. (1997). Psychosocial aspects and psychiatric disorders in children with -thalassemia major. *Acta Pediatr Jpn*, 39 (3), 354-357.
- Baraz Pordanjani, Sh.; Zare, K.; Pedram, M. & Pakbaz Z. (2008). Comparison of quality of life of thalassaemic children with their parents. *Journal Medicine Scientific*, 8 (4): 455-462. (In Persian).
- Beyrami, M.; Movahedi, Y. & Movahedi, M. (2013). The role of spiritual intelligence in predicting perceived stress, anxiety and depression, Lorestan Medical University students. *J Babol Univ Med Sci*; 16 (1): 56 -62. (In Persian).
- Burke, P.; Meyer, V.; Kocoshis, S, Orenstein, DM, Chandra, R, Nord, DJ, 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 thalassaemia 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.
- Jarman, F. & Oberklaid, F. (1990). Children with chronic illness: Factors affecting psychosocial adjustment. *Cur Opin Pediatr*, 2(3): 868-72.
- Gortmaker, S.L.; Walker, D.K.; Weitzman, M. & Sobol, AM (1990). Chronic conditions, socioeconomic risk and
- کودکان-۱۳۸۲. *مجله دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۷، ۶۰۶-۵۹۹.*
- رضایی، ا.م؛ ناجی اصفهانی، ه؛ مومنی 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.*
- 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.*
- 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.*
- فتحی آشتیانی، ع. (۱۳۸۸). *آزمونهای روانشناختی (ارزشیابی شخصیت و سلامت روان)*. تهران: انتشارات بعثت.
- 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 یافته های 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)، ۳۹۳-۳۸۷.*

- 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. (Persian).
- Smucker, C.J. (2009). Nursing, healing and spirituality. *Complement Ther Nurs Midwifery*, 4 (4): 95-7.
- Sim, T.N& Loh BSM (2011). Attachment to God; measurement and dynamics. *J Soc Pers Relat*; 20 (7): 373-382.
- Telfer, P., Constantinidou, G., Andreous, P., Chiristou, S., Modell, B. & Angastiniotis, G. (2005). Quality of life in thalassemia. *Cooly 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, Sh. & 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].
- qualitative study. Payesh 2011; 11(1): 73-81 (Persian).
- Fuller J, Schaller-Ayers J. Health assessment.3rd ed. Philadelphia: Lippincott, Co;1999. P. 1006.
- behavior problems in children and adolescents. *J Pediatr*, 85(3): 267-276.
- 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. (In Persian).
- 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.
- Mc Coubrie, 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.
- Olivieri, NF. (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, KR. (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).

- 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, 487-495.
- 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, 134-141.
- Margreet S, Robert J et al, Quality of life and illness perceptions in patients with recently diagnosed head and neck cancer, Article first published online: 19 AUG 2005, DOI: 10.1002/hed.20251.
- Missel M, Birkelund R. Living with incurable oesophageal cancer. A phenomenological hermeneutical interpretation of patient stories. *Eur J Oncol Nurs* 2011; 15(4): 296-301.
- Montazer A, Hole DJ, Milroy R, McEwen J, Gillis CR.. Does knowledge of cancer diagnosis affect quality of life? A methodological challenge. *BMC Cancer* 2004; 4:21-24.
- Montazeri A, Sajadian A. A project Survivors' point of view after breast cancer. ACECR Academic center for Education, culture and research, ICBC 2005 [Persian].
- 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, 596-4.
- Gill Hubbard & Christine Venning & Alison Walker & Karen Scanlon & Richard G. Kyle, Supportive care needs of women with breast cancer in rural Scotland, Received: 19 August 2014 /Accepted: 24 October 2014 (doi:10.1007/s00520-014-2501-z).
- Hasanpoor dehkordi A, azari S. [Quality of life and related factor in cancer patients]. *Behbood*, 2006;10(2):110-19. (Persian).
- Hodgkinson K, Butow P, Fuchs A, Hunt GE, Stenlake A, Hobbs KM, et al. Long-term survival from gynecologic cancer: psychosocial outcomes, supportive care needs and positive outcomes. *Gynecol Oncol*. 2007;104:381-9.
- Kathleen F. Tennant, APRN, Assessment of Fatigue in Older Adults: The FACIT Fatigue Scale (Version 4), West Liberty University, West Liberty, West Virginia, Issue Number 30, 2012.
- Lara Bellardita, Tiziana Rancati, Maria Francesca Alvisi, Daniela Villani, Tiziana Magnani, Cristina Marengi, Nicola Nicolai, Giuseppe Procopio, Sergio Villa, Roberto Salvioni, Riccardo Valdagni, Predictors of Health-related Quality of Life and Adjustment to Prostate Cancer During Active Surveillance, *European Urology, Volume 64, Issue 1, July 2013, Pages 30-36.*