فصلنامه طبّ جنوب
پژوهشکده زیست-پزشکی خلیج فارس
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر
سال سیزدهم، شماره ۴، صفحه ۲۵۲ - ۲۴۱ (زمستان ۱۳۸۹)

بررسی تأثیر گروه درمانی شناختی- رفتاری بر افزایش عزت نفس وکاهش نا امیدی نوجوانان مبتلا به بتا تالاسمی

جمیله کیانی[1*]، علی پاکیزه[1]، افشین استوار[2]، سودابه نمازی[3]

[1] گروه روانشناسی، دانشگاه خلیج فارس بوشهر
[2] گروه اپیدمیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر
[3] گروه اعصاب و روان، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر

چکیده

زمینه: عزت نفس، در بیماران تالاسمی با توجه به ماهیت و عوارض شدید بیماری و مادام‌العمر در معرض آسیب جدی قرار می‌گیرد. بدشکلی ظاهری در کنار خطر ابتلاء به سایر عفونت‌های خونی بر کیفیت زندگی و شرایط ازدواج و داشتن معیارهای یک زندگی سالم تأثیر می‌گذارد. این مطالعه با اهداف تعیین اثربخشی گروه درمانی شناختی- رفتاری بر افزایش عزت‌نفس، کاهش ناامیدی و رابطه کاهش ناامیدی با افزایش عزت نفس انجام گردید.

مواد و روش‌ها: ۵۹ نفر از بیماران تحت پوشش بیمارستان فاطمه زهرا (س) بوشهر به صورت تصادفی انتخاب و در دو گروه آزمایشی و کنترل تقسیم شدند. گروه آزمایش هشت جلسه۹۰ دقیقه‌ای، مورد مداخله قرارگرفتند. یافته‌ها توسط آزمون آماری t، رگرسیون و تحلیل واریانس دوطرفه مورد بررسی قرار گرفتند.

یافته‌ها: نتایج حاصل نشان داد که گروه درمانی شناختی– رفتاری بر کاهش ناامیدی (P<۰/۰۰۱، t=۴/۶۷)، افزایش عزت‌نفس کُلی(P<۰/۰۰۱، t=۳/۴۳) و سطوح عزت‌نفس خانوادگی(P<۰/۰۱، t=۲/۶۳) و تحصیلی (P<۰/۰۵، t=۲/۰۳) بیماران مؤثر بوده است. علاوه‌بر این افزایش عزت‌نفس با کاهش نا امیدی رابطه مستقیم و معکوس دارد (P<۰/۰۰۱، β =-/۶۴). تفاوت معناداری در نمرات عزت - نفس سطح اجتماعی (n.s، p، t=۱/۹۳) دیده نشد.

نتیجه‌گیری: براساس این مطالعه گروه درمانی شناختی–رفتاری می‌تواند موجب کاهش نا امیدی و افزایش عزت نفس در سطوح کلی، خانوادگی و تحصیلی شود اما افزایش عزت‌نفس اجتماعی را به همراه ندارد. بنابراین لزوم توجه به حمایت‌های گسترده‌تر اجتماعی برای این بیماران را یادآور می‌شود.

واژگان کلیدی: گروه درمانی شناختی - رفتاری، عزت نفس، نا امیدی، بتاتالاسمی

دریافت مقاله: ۸۸/۶/۱۲- پذیرش مقاله: ۸۸/۱۲/۵

* بوشهر، خیابان سیراف، مرکز آموزشی درمانی حضرت فاطمه زهرا (س)

Email :kiane1386@yahoo.com

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-10]

مقدمه

نوجوانی مرحله بسیار مهمی در زندگی همه افراد می‌باشد. در این سن افراد باید صلاحیت‌ها و مهارت‌های لازم را جهت رسیدن به جایگاه و منزلت اجتماعی مناسب کسب نمایند، هویت خود را دریافته و بتوانند چشم‌انداز روشن و قابل قبولی از برنامه‌های آینده خود داشته باشند. اما نوجوانان تالاسمی نمی‌توانند مانند گروه همسالان سالم خود، قدم به دنیای بزرگسالی بگذارند.

تالاسمی نوعی کم‌خونی ژنتیکی و ارثی است که به علت اختلال در کارایی گلبول قرمز خون پدید می‌آید. تالاسمی در سیر زندگی روزانه مبتلایان مداخله می‌کند. زیرا بیماران تالاسمی بایستی به‌طور منظم، جهت دریافت خون به مراکز بهداشتی درمانی مراجعه نمایند و به‌صورت روزانه به‌وسیله پمپ از داروهای آهن‌زدا استفاده کنند و ممکن است در اثر پیشرفت بیماری دچار بدشکلی صورت و اندام‌ها شوند و تصویر بدنی بدی از خود پیدا کنند که بر اعتماد به نفس ایشان تأثیر بگذارد (۱).

کشور ایران از جمله کشورهای جهان است که بر روی کمربند تالاسمی قرار دارد. پراکندگی این بیماری در کشور یکسان نیست و در مناطق نزدیک به دریا از سایر نقاط کشور شایع‌تر است. به‌طوری‌که درکناره‌های دریای خزر و جنوب کشور۱۰ درصد افراد ناقل ژن تالاسمی هستند (۲). استان بوشهر نیز دارای تعداد زیادی بیمار تالاسمی ماژور و افراد ناقل است که توجه به انجام بررسی و پژوهش در این زمینه را ضروری می‌سازد.

مزمن بودن بیماری تالاسمی، مشکل احساسی بزرگی است که در هر مرحله از رشد، این احساس تشدید می‌شود. عوارض این بیماری با افزایش سن بیشتر شده و به همین تناسب بیمار نیز خسته‌تر می‌شود. وجود ارتباط مستقیم بین افزایش نا امیدی و افزایش درد و خستگی ناشی از تحمل بیماری در بیماران مزمن و سرطانی، احتمال وجود تابعیت الگوی خاص ایجاد مشکلات روانشناختی و روحی بیماران تالاسمی با گسترش عوارض بیماری آنان در طول مدت زمان است (۳).

عود مکرر بیماری نیز یک بحران بزرگ برای بیمار و خانواده می‌باشد. زیرا به‌طور مداوم شاهد کاهش توان و کیفیت زندگی خود هستند. بیماری تالاسمی یک منبع استرس خارج از دسترس و کنترل بیمار می‌باشد. بنابراین فشار روانی حاصل از ابتلاء به بیماری برای بیمار و خانواده مشکلات روانشناختی مختلفی ایجاد نموده و کنترل و سازگاری با بیماری را مشکل می‌سازد. شرایط خاصِ سن بلوغ و مشکلاتی جسمانی مثل تأخیر و توقف در بلوغ و بعضاً فقدان بلوغ به همراه سوءتصویر بدنی و تأثیر آن در مقبولیت اجتماعی در نوجوانان تالاسمی، مسائل روحی و روانی آنان را تشدید نموده و توجه به حل تعارضات درونی آنان به منظور حفظ سلامت روانی ایشان را دارای اهمیت دوچندان می‌سازد. با عنایت به توجه افراطی نوجوانان به ظاهرشان، این تصویر بدنی ناخوشایند، بر عزت‌نفس و سلامت روانی آنها تأثیر می‌گذارد (۵-۴). از سوی دیگر استفاده مکرر از فرآورده‌های خونی آنان را در معرض ابتلاء به عفونت‌های ویروسی مختلف از جمله ایدز و هپاتیت قرار می‌دهد (۶). بنابراین آنان در ارتباط با جنس مخالف حتی از راه قانونی (ازدواج) نیز دچار مشکل هستند و نمی‌توانند با مردم روابط مطلوب داشته باشند که دختران در این رابطه

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-10]

بیشتر نگران هستند و در مورد توانایی خود احساس عدم اطمینان بیشتری می‌کنند و ممکن است بیشتر تحت تأثیر قرار گرفته و دچار اضطراب گردند (۸-۷).
همچنین بیماران تالاسمی به‌دلیل تأخیر در رشد جسمی و بروز صفات ثانویه جنسی که ذکر شد از قرار گرفتن در گروه همسالان و ایجاد رابطه مطلوب با آنان نیز واهمه دارند. حتی اگر بیماران تالاسمی مبادرت به عضویت در گروه همسالان نمایند، دائماً درمورد چگونگی درمان و پیشرفت بیماری مورد پرسش و دلسوزی و ترحم قرار می‌گیرند و احتمالاً ترجیح می‌دهند تنها باشند. این انزوا و احساس تنهایی به علت کاهش اعتماد به نفس در آنان است و خطر بروز افسردگی و نا امیدی را افزایش می‌دهد (۹).
یافته‌های پژوهشی بیانگر این است که علی‌رغم عدم وجود تفاوت معنادار در ضریب هوشی و وضعیت اقتصادی- اجتماعی نوجوان تالاسمی با افراد سالم،افسردگی و عملکرد تحصیلی ایشان به‌طور معناداری پایین‌تر از افراد سالم است (۱۰). این شرایط می‌تواند منجر به پیدایش نقص در برقراری روابط دوستانه، اعتماد به نفس و عزت نفس آنان شده و حالات شناختی آنان را تغییر داده و دچار تحریف نماید (۱۳-۱۱) که این تغییر حالات شناختی منجر به افسردگی و نا امیدی می‌شود (۱۴). این حالات نا امیدی با کاهش عزت‌نفس بیماران ارتباط معنادار دارد و کاهش عزت نفس نیز عاملی برای افزایش اضطراب، نگرانی و ترس می‌باشد (۱۵).
در پژوهش‌های مختلف انجام شده در کشور، وجود مشکلات مختلف روانشناختی از جمله اضطراب، افسردگی، خودپنداره منفی وعزت‌نفس پایین گزارش شده است (۱۸-۱۶). در راستای بررسی مشکلات روانشناختی بیماران تالاسمی، برخی از پژوهشگران به بررسی پدیده انکار در این بیماران پرداختند.آنان وجود این مکانیسم را در ۲۵ درصد تا ۱۹ درصد از بیماران تالاسمی گزارش نموده‌اند (۱۹). پدیده انکار بیماری، مخصوصاً در سال‌های نوجوانی که مسئولیت ادامه درمان به‌عهده بیمار گذاشته می‌شود، تبعات جبران‌ناپذیری برسلامت بیماران برجا می‌گذارد و نیاز به مداخلات جدی روانشناختی به‌منظور آموزش راهبردهای سازگاری در ایشان را ضروری می‌سازد (۲۰). روش‌های سازگاری به‌عنوان میانجی بین منابع استرس و نا امیدی در افراد عمل می‌نماید و کمبود روش‌های سازگاری یا روش‌های غلط سازگاری با مشکلات روحی ناشی از عوامل اضطراب‌آور محیطی، می‌تواند این احساس نا امیدی را در نوجوانان تشدید نماید. در مقابل افزایش توجه به تشخیص و درمان اختلالات روانشناختی و ارائه حمایت‌های اجتماعی متناسب، نقش محافظتی دارد و می‌تواند فرایند سازگاری بیماران را تا حد بالایی بهبود بخشیده و افزایش دهد (۲۱).

مواد و روش‌کار

این پژوهش، بررسی تأثیر گروه درمانی شناختی- رفتاری بر افزایش عزت نفس و کاهش نا امیدی بیماران تالاسمی می‌باشد. علاوه‌بر این به بررسی تأثیر مداخله درمانی فوق بر سطوح عزت‌نفس شامل عزت‌نفس اجتماعی، خانوادگی و تحصیلی نیز پرداخته شده است. همچنین رابطه ناامیدی و عزت‌نفس وتفاوت‌های جنسیتی در این باره مورد کنکاش قرار گرفته است. گروه درمانی شناختی- رفتاری فرآیندی اخلاقی و تعاملی یاورانه در درمان مشکلات میان فردی و روانی می‌باشد، که باعث شکل‌گیری ارتباطی بی‌نظیر بین طرفین شده و

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-10]

مراجعین با کمک مشاور به رشد و تکامل رسیده و خودشناسی پیدا کرده و از طریق آموزش اصول و عملکرد رفتار مناسب در گروه و انتقال آن به زندگی شخصی به رشد و شکوفایی شخصی می‌رسند (۲۲).

بنابراین به‌منظور ارائه اطلاعات جهت درک بیشتر از بیماری تالاسمی و کمک به پذیرش آن توسط بیمار وخانواده، کمک به بیمار و والدین او برای ابراز آزادانه احساسات خود نسبت به بیماری و عوارض آن، کمک به بیمار در جهت ادامه درمان و کسب استقلال، برقراری امیدهای واقع‌گرایانه در بیماران و تسهیل و بهبود کیفیت و شیوه زندگی آنان، بهبود تصویر خود و اصلاح سوء تصویر بدنی بیماران تالاسمی و کمک به افزایش اعتماد به نفس در آنان و نهایتاً ایجاد حساسیت برای پزشکان و سایر کادر درمانی با نظرگرفتن جنبه‌های روانشناختی بیماری تالاسمی مبادرت به انجام این پژوهش گردید.

جامعه آماری در این پژوهش شامل تمامی ۱۱۰ نفر نوجوانان بتا تالاسمی ۲۵-۱۵ سال تحت پوشش خون‌گیری و معالجه در مرکز آموزشی درمانی حضرت فاطمه زهرا (س) بوشهر بود که ۵۹ نفر از آنها به‌صورت تصادفی ساده و از طریق قرعه‌کشی انتخاب و بر اساس طرح آزمایشی پس‌آزمون با گروه کنترل به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و کنترل قرار داده شدند. روش آزمایشی پس‌آزمون با تقسیم تصادفی دقیق‌ترین روش کار به‌منظور رعایت همتاسازی اعضای گروه‌های آزمایش و کنترل و حذف حداکثر عوامل مداخله‌گر می‌باشد (۲۳). این نمونه شامل ۲۷ مرد و ۳۲ زن بود و گروه آزمایش در دو گروه پانزده نفری به مدت هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای هر هفته دو جلسه، در یک اطاق آرام و طبق یک برنامه مدون مورد اجرای متغیر مستقل گروه درمانگری شناختی-رفتاری طبق نظریه A-B-C آلبرت الیس قرار گرفتند. گروه کنترل تعیین‌شده، هیچ‌گونه تماس تلفنی، اطلاع‌رسانی یا آموزشی دریافت نکردند. این جلسات براساس اصلاح فکر و شناخت درمانی طراحی شده بود که به‌منظور جلوگیری از مقاومت و عدم همکاری بیماران تالاسمی شرکت نموده در این گروه درمانی، موضوع جلسات در ابتدا به صورت حل مشکلات کُلی، روزمره و عمومی، سپس حل مشکلات اختصاصی و خطاهای شناختی و منطقی در رابطه با بیماری تالاسمی که در زندگی و ارتباطات اجتماعی ایشان مؤثر بوده و بر عزت نفس و امیدواری آنان تأثیر داشته است، برنامه‌ریزی گردید.

اساس آموزش و کار در گروه درمانگری شناختی-رفتاری آموزش علاقه به خود، علاقه اجتماعی، خود رهبری، تحمل خطا، انعطاف‌پذیری، تفکر علمی، تعهدپذیری، خود پذیری و مسئولیت‌پذیری است. مراجعان یاد می‌گیرند که توسط ایفای نقش با باورهای غیرمنطقی و متناقض خود مقابله کرده و عقاید منطقی را جایگزین باورهای غیرمنطقی خود کنند. مراجعان بر کار خود نظارت کرده و با تجزیه و تحلیل نوشته‌های خود، افکار مخرب خود را شناسایی می‌کنند و یاد می‌گیرند چگونه از این افکار غیرمنطقی دوری کنند و باعث ایجاد تغییر در شیوه زندگی خود شوند. درمانگر علاوه‌بر دادن تمرینات درون گروهی، از تکالیف خانگی و انجام تمرینات در خارج از گروه نیز استفاده می‌کند و در هر جلسه به بررسی تکالیف داده شده و تمرینات جلسه قبل می‌پردازد و به این‌وسیله روند فکر کردن در مورد واکنش‌های نادرست و تعویض آن با افکار و

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-10]

رفتارهای صحیح، ادامه می‌یابد. آموزش برخی مهارت‌های خاص اعتماد به‌نفس بیمار را افزایش داده و تغییرات عمده‌ای در طرز فکر و احساس و رفتار او ایجاد می‌کند و در اصلاح شخصیت مراجع مؤثر است (۲۴).

تلاش در این پژوهش بر این بود که به شیوه مناسب و اثربخشی در ارتباط با سازگاری و تغییر افکار مزاحم، بازسازی شناختی افکار غیرمنطقی و شناخت‌های تحریف شده بیماران تالاسمی یافت که با مطالعه متون مختلف درمان‌شناختی و گروه درمانی با رویکرد شناختی درمانی، برنامه‌ی درمانی بیماران جهت جلسات گروه درمانی تدوین گردید. این برنامه درمانی به‌طور خلاصه دارای پنج بخش و هشت جلسه درمان گروهی بود که شامل اجزاء مختلف شناختی و رفتاری بود. در آغاز جلسات، مؤلفه‌های شناختی مانند بالا بردن خودهوشیاری بیماران در ارتباط با عوارض ناخواسته بیماری تالاسمی و تشخیص موقعیت‌های اضطراب‌آور و در انتها مؤلفه‌های رفتاری مانند روش‌های رشد و سازگاری فردی و برنامه‌ریزی برای کاربرد در زندگی اجتماعی و روزانه مورد توجه و بررسی قرار گرفت (۲۴ و ۲۵). جدول۱ جمع‌بندی وخلاصه محتوای جلسات درمانی را نمایش می‌دهد.

در ابتدا، درمانگر به توضیح هدف و جهت‌گیری عمومی درمان پرداخته و سپس از اعضاء درباره خود و دیگران سئوال شد و هر عضوی به بیان ویژگی‌های ویژگی جمعیت‌شناختی و اجتماعی خود، توانایی‌ها و علایق خود پرداخت. در بخش دوم که شامل دو جلسه بود، خودهوشیاری افراد ارتقاء داده شد و درباره زندگی و مشکلات عادی و روزمره افراد صحبت شد و تجربیات منفی و مثبت اعضاء در رویارویی با این مشکلات بررسی گردید. در جلسه سوم مشکلات محیطی و عوامل ناخوشایند در رابطه با بیماری که بر روحیه آنان تأثیرگذار بوده است، بررسی شده و اعضای گروه به تلاش‌ها و کوشش‌هایی که جهت کنترل آن نموده‌اند، اشاره کردند. در بخش سوم جهت شناسایی موقعیت‌های اضطراب‌آور، عوامل شناختی که می‌تواند به رفتار ناسازگارانه منجر شود، پرداخته شد و نحوه شکل‌گیری افکار مخرب و احساسات و تجربیات ناخوشایند بررسی شد و به بررسی دلایلی که به تخریب و از هم‌گسیختگی احساسات و هیجانات منفی منجر می‌شود، پرداخته شد و توجه آزمودنی‌ها به رفتار ناسازگارانه و مخربی که از این احساسات نشأت می‌گیرد، معطوف گردید. جلسه چهارم، به توسعه روش‌های سازگاری اختصاص داده شد و بر روش‌ها و الگوهای فکر کردن و مدیریت سازگاری با هیجانات منفی و آموزش نحوه جایگزینی رفتار لذت‌بخش و تفکر سازگار با آنها پرداخته شد و به تفکر درباره زندگی آینده و نحوه تغییر رفتار فعلی و انتقال آموزش به آینده اختصاص یافت و نهایتاً در جلسه پنجم و اختتامیه گروه درمانی، اعضاء به یکدیگر و درمانگر بازخورد کتبی دادند و برنامه‌های تغییر تفکر و رفتار خود در آینده را مرور و بررسی کردند. لازم به ذکر است که هر جلسه مستقل نیز دارای ۵ مرحله شامل گرم کردن، توضیح اعضاء درباره یکی از مشکل خود یا بررسی تکلیف جلسه قبل، برون‌ریزی و ابراز احساسات و عواطف نسبت به مشکل، تبادل‌نظر و استفاده از اطلاعات اعضاء از یکدیگر، جمع‌بندی

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-10]

و دادن تکلیف جهت جلسه بعد بود (۲۴ و ۲۵).

جدول ۱) محتوای جلسات گروه درمانی شناختی- رفتاری بر افزایش عزت نفس وکاهش ناامیدی نوجوانان مبتلا به بتا تالاسمی

موضوع بخش	محتوای جلسات
آغاز	جهت‌گیری و هدف عمومی گروه و معارفه اعضاء
بالا بردن خودهوشیاری	مطالعه و فکر کردن روی مشکلات ناشی از بیماری خود
	مطالعه و فکر کردن روی خانواده و مشکلات محیطی ناشی از بیماری خود
شناسایی موقعیت‌های اضطراب‌آور	شناسایی حالات منفی هیجانی و تخریب شناخت
	بررسی دلایل تفکر و رفتار ناسازگارانه
روش‌های توسعه سازگاری	توسعه و آموزش روش‌های تفکر سازگارانه
	برنامه‌ریزی برای زندگی آینده
اختتام	مرور ذهنی و خود ارزیابی از تفکرات و رفتار و انتقال به زندگی روزانه

پس از برگزاری جلسات در آخرین جلسه گروه درمانی، طی تماس تلفنی با گروه کنترل به صورت همزمان دو گروه آزمایش و کنترل در سالن کنفرانس بیمارستان طبق ساعت مقرر شده جمع شدند و به‌وسیله‌ی پرسشنامه‌های استاندارد عزت نفس کوپراسمیت و ناامیدی بِک، مورد ارزیابی قرار گرفتند. برگزاری جلسات وارزیابی توسط کارشناس ارشد روانشناسی آموزش دیده و با نظارت روانپزشک و دکترای روانشناسی انجام شده است.

به‌منظور رعایت حقوق اخلاقی آزمودنی‌ها، در زمینه انجام پژوهش و اهداف کلی آن، اطلاع‌رسانی صورت گرفت و اعضای انتخابی، طی نمونه‌گیری تصادفی، در گروه آزمایش حق آزادانه انتخاب در زمینه حضور در جلسات را داشتند که تنها یک نفر از اعضای گروه آزمایش دو جلسه غیبت داشت و یک نفر از اعضای گروه کنترل، حاضر به شرکت در ارزیابی نشد. علاوه‌بر این کلیه مطالب مطرح شده در جلسات بی‌نام و به‌صورت محرمانه نگهداری گردید.

یافته‌ها:

فرضیات پژوهش بیانگر تأثیر گروه درمانی شناختی-رفتاری بر افزایش عزت نفس کلی، اجتماعی وخانوادگی، کاهش نا امیدی، رابطه عزت نفس و نا امیدی وتفاوت جنسیتی در این موارد بود. به‌منظور بررسی این فرضیات، نمرات عزت نفس دو گروه کنترل و آزمایشی با استفاده از آزمون t برای گروه‌های مستقل مقایسه گردید. وجود تفاوت معنادار در نمرات عزت نفس کُلی (P<۰/۰۰۱، t=۳/۴۳) خانوادگی (P<۰/۰۱، t=۲/۶۳) و تحصیلی (P<۰/۰۵، t=۲/۰۳) حاکی از تأثیر این روش مداخله درمانی در افزایش موارد فوق و تأیید فرضیات مربوط به آن است. عدم وجود تفاوت معنادار در نمرات عزت نفس اجتماعی دو گروه، مبنی بر رد فرضیه مورد نظر می‌باشد (n.s، p، t=۱/۹۳). در بررسی تأثیر مداخله درمانی انجام شده بر کاهش نا امیدی نتایج مؤید کاهش معنادار نمرات ناامیدی آزمودنی‌های مورد بررسی می‌باشد (P<۰/۰۰۱، t=۴/۶۷) (جدول۱).

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-10]

به‌منظور تعیین رابطه اثربخشی گروه درمانی شناختی-رفتاری بر افزایش عزت نفس و تأثیر آن بر کاهش نا امیدی نوجوانان بتا تالاسمی، از رگرسیون استفاده شد و رابطه معکوس بین عزت نفس و ناامیدی استخراج گردید. در این بررسی پس از اجرای مداخله گروه درمانی شناختی-رفتاری، مشخص گردید که افزایش عزت‌نفس اجتماعی با کاهش نا امیدی رابطه داشته است (P<۰/۰۴، T(۵۷)=۲/۰۷، β=-۰/۲۶). همچنین افزایش عزت نفس خانوادگی نیز بالاترین رابطه را با کاهش نا امیدی داشته است P<۰/۰۰۰۱، T(۵۷) = ۴/۹۴، ۰/۵۴-). ولی در افزایش عزت نفس تحصیلی نیز رابطه با کاهش ناامیدی معنادار است (P<۰/۰۵، T(۵۷)=۲/۰۶، β=-۰/۲۶) (نمودار۱).

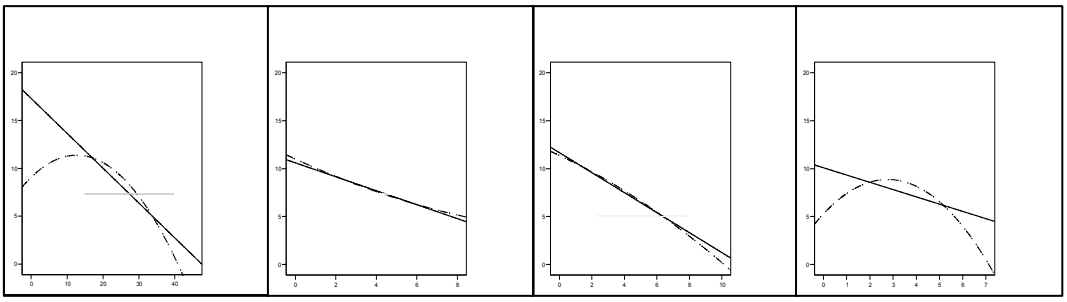
علاوه‌بر این، به‌منظور بررسی تأثیر گروه درمانی شناختی-رفتاری بر کاهش نا امیدی و افزایش عزت نفس نوجوانان بتاتالاسمی در دو گروه دختر و پسر، از طرح تحلیل واریانس دو طرفه استفاده شد. در بررسی تفکیک جنسیتی در تأثیر گروه درمانی بر کاهش ناامیدی، علیرغم وجود تفاوت معنادار در گروه‌های آزمایش و کنترل (F۱=۲۲/۲۸۹ ،p<۰/۰۰۰)، نمرات نا امیدی در دو گروه پسران و دختران تفاوت معناداری وجود نداشت (F۲=۰/۰۱). همچنین تفکیک جنسیتی در تأثیر گروه درمانی شناختی-رفتاری بر افزایش عزت نفس نتایج بدست آمده، بیانگر وجود تفاوت معنادار در گروه‌های آزمایش و کنترل بود (P<۰/۰۰۱، F۱=۱۲/۰۳۱). ولی نمرات عزت نفس در دو گروه پسران و دختران، تفاوت معناداری را نمایش نمی‌داد (F۲=۰/۰۴۳).

جدول۲) میانگین و انحراف‌معیار و سطح معنی‌داری نمرات عزت نفس و نا امیدی در گروه آزمایش و کنترل

نتایج	گروه	میانگین	انحراف معیار	t	p
نا امیدی	گروه آزمایش	۴/۹۷	۴/۳۰۳	۴/۶۷	<۰/۰۰۱
	گروه کنترل	۹/۷۹	۳/۵۸۹		
عزت‌نفس کلی	گروه آزمایش	۳۰/۶۳	۶/۸۳	۳/۴۳	<۰/۰۰۱
	گروه کنترل	۲۳/۹	۸/۱۸۲		
سطوح مختلف عزت نفس					
عزت‌نفس اجتماعی	گروه آزمایش	۴/۹	۱/۲۹۶	۱/۹۳	n.s
	گروه کنترل	۴/۰۷	۱/۹۴۴		
عزت‌نفس خانوادگی	گروه آزمایش	۴/۹۳	۲/۴۴۹	۲/۶۳	<۰/۰۱
	گروه کنترل	۴/۳۴	۲/۱۷۶		
عزت‌نفس تحصیلی	گروه آزمایش	۴/۰۳	۱/۶۵	۲/۰۳	<۰/۰۵
	گروه کنترل	۳/۲۱	۱/۴۷۳		

n.s به معنای عدم وجود تفاوت معنی دار آماری است

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-10]



نمودار ۱) رابطه احساس نا امیدی با سطوح مختلف عزت نفس پس از اجرای گروه درمانی شناختی- رفتاری در بیماران مبتلا به بتا تالاسمی

بحث

باید توجه داشت که تصویر بدنی خوشایند با رشد بلوغ جنسی بی‌موقع و دیرموقع ارتباط دارد و توجه نوجوانان به ظاهرشان، عزت‌نفس و سلامت روانی آنها را شدیداً تحت تأثیر خود قرار می‌دهد (۲۶) و عزت‌نفس رابطه بسیار نزدیکی با تصویر ذهنی فرد از خود دارد (۷ و ۸). نتایج حاصل نشان داد که گروه درمانی شناختی-رفتاری باعث ایجاد تغییر در حس خود ارزشمندی و کاهش تصویر منفی از خود در بیماران تالاسمی می‌گردد و می‌تواند این احساس خوب را تحت تأثیر قرار داده و مورد استفاده درمانگران در زمینه شناسایی راه حل‌های مختلف ایجاد تصویر ذهنی مطلوب در نوجوانان بتاتالاسمی قرار گیرد. این شیوه‌ی درمانی، نگاه انحصاری نوجوانان تالاسمی به جذابیت بدنی خود را به سایر جوانب ارزشمند شخصیتی آنان معطوف می‌سازد و آنان می‌توانند با استفاده از افکار خوشایند مثبت جایگزین مناسبی برای نشخوار ذهنی منفی خود درباره بیماری تالاسمی و مشکلات و پیامدهای ناشی از آن و نهایتاً رسیدن به حس خود ارزشمندی و افزایش اعتماد به نفس پیدا کنند.

با توجه به‌اینکه در مطالعات مختلف رضایت در بُعد "خود" بیماران تالاسمی به‌طور معناداری پایین‌تر از افراد سالم گزارش شده است (۲۷) و بحث گروهی عامل مؤثری بر بهبود تصویر ذهنی نوجوانان مبتلا به تالاسمی می‌باشد (۵). در این راستا مطالعات مختلف، درمان شناختی-رفتاری گروهی را در کاهش علائم افسردگی و افزایش عزت‌نفس، مؤثر دانسته و آن را به‌عنوان یک شیوه کارآمد غیردارویی افزایش عزت‌نفس و بهبود تصویر مثبت از خود در افراد مختلف معرفی نموده است (۳۱-۲۸). البته در نتایج حاصل از برخی مطالعات علیرغم تأثیر این روش بر کاهش علائم افسردگی و افزایش خود اثرگذاری، تفاوت معناداری در عزت‌نفس آزمودنی‌ها گزارش نشده است (۳۲)؛ که تأثیر مشکلات خُلقی آزمودنی‌ها را به‌عنوان یک عامل مداخله‌گر مطرح می‌سازد. بنابراین بایستی در استفاده درمانی از این شیوه اولویت‌گذاری مشکلات خُلقی و عاطفی بر سایر مشکلات روان شناختی لحاظ گردد (۳۳ و ۳۴).

اما مداخله اجرا شده در این پژوهش، سبب افزایش معنادار حس ارزشمندی در بُعد اجتماعی بیماران نشده است که می‌تواند به روابط متقابل افراد در تعاملات مختلف اجتماعی مربوط باشد. عوارض ناخواسته بیماری تالاسمی مانند درگیر شدن در سایر بیماری‌های عفونی مانند ایدز و هپاتیت و نهایتاً بدشکلی ظاهری، قطعاً می‌تواند بر سطح عزت‌نفس اجتماعی بیماران تالاسمی مداخله داشته باشد و منجر به واکنش ناخوشایند طرف مقابل گردد که تحمل این

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-10]

امر برای بیمار بسیار سخت و عذاب‌آور است و او را منزوی‌تر می‌سازد (۹). لذا توجه به‌آگاه‌سازی عمومی افراد اجتماع در ارتباط با بیماران تالاسمی مفید و ضروری است.

علاوه‌بر این پایگاه اجتماعی- اقتصادی نه چندان بالای آزمودنی‌ها، کمبود منابع حمایتی اجتماعی بیماران و خانواده ایشان را مطرح می‌سازد. اضطراب، نگرانی و ترس به‌عنوان عواملی مهم در کاهش عزت نفس گزارش شده است که در خانواده‌های دارای درآمد پائین و پایگاه اقتصادی- اجتماعی ضعیف، شدیدتر است (۳۵). البته در برخی مطالعات، اجرای گروه درمانی شناختی-رفتاری یک مداخله مؤثر در کاهش علائم ترس‌های اجتماعی بیماران معرفی شده است؛ که با نتایج حاصل از این پژوهش همسو نمی‌باشد (۳۰). بنابراین ممکن است عزت‌نفس اجتماعی بیماران با افزایش جلسات مشاوره و ادامه درمان، ارتقاء یابد و افراد بتوانند به سطح بینش مناسبی در کنترل و احاطه بر روابط اجتماعی دست یابند.

علاوه‌بر این توانمندسازی خانواده محور را به‌عنوان عاملی مؤثر در ارتقاء کیفیت زندگی بیماران تالاسمی (۳۶) و کارکرد بد خانواده، به‌عنوان مانعی در راه اثربخشی سازگاری این بیماران عنوان گردیده است (۳۳). اجرای این‌گونه مداخلات با تغییر در ساختار شناختی بیماران، می‌تواند آنان را نسبت به عواقب امتناع از درمان آگاه ساخته همچنین به همکاری ایشان با خانواده در زمینه ادامه درمان و کسب استقلال در این رابطه، ترغیب نماید. بنابراین کارکرد مناسب خانواده، روابط سالم و حمایت والدین از جمله عوامل مهم و تأثیرگذار در کمک به سازگاری نوجوانان تالاسمی می‌باشد.

با انجام مداخله درمانی شناختی-رفتاری در گروه آزمودنی و ایجاد تغییر معنادار در نمره عزت‌نفس در بُعد تحصیلی این افراد می‌توان به ایجاد سازگاری و پذیرش بیشتر درمان در ایشان امیدوار بود. اغلب اوقات افکار و باورهای نوجوانان تالاسمی، غلط و بعضی اوقات تصورات نادرست آنان در مورد درمان پزشکی یا عوارض بیماری، می‌تواند مشکل سازگاری آنان را افزایش دهد (۳۷). بنابراین گروه درمانی شناختی -رفتاری می‌تواند به‌عنوان یک عامل تأثیرگذار بر پذیرش درمان در کنار ادامه تحصیل بیماران تالاسمی باشد و اعتماد به نفس آنان را در زمینه یکسانی با گروه همسالان و جایگزینی سایر توانمندی‌های خود در رقابت‌های ارتباطی در مدرسه و پذیرش بیماری مزمن خود ارتقاء داده و در نتیجه پایبندی به رعایت اصول درمان را درآنان مستحکم‌تر ساخت وتوجه به سایر منابع حمایتی جامعه، از جمله مدارس و اولیاء آموزشگاه‌ها را برای ارائه یک ارتباط سالم و مفید در حمایت واقع‌بینانه از بیماران تالاسمی، با حفظ کرامات انسانی و بدون ترحم و دلسوزی، را مطرح می‌سازد.

از سوی دیگر نتایج حاصل مؤید کارآمدی شیوه درمانی ارائه شده در کاهش نا امیدی بیماران تالاسمی می‌باشد. این نتیجه با سایر مطالعات انجام شده در زمینه بررسی تأثیر گروه درمانی شناختی-رفتاری بر اختلالات خُلقی و نا امیدی سایر بیماران مزمن و صعب‌العلاج همسو می‌باشد. از جمله این موارد می‌توان به تأثیر مشاوره بر کاهش علائم افسردگی و ناامیدی در نوجوانان مبتلا به لوسمی افسرده (۳۸) و کاهش اضطراب و علائم بیماری‌های روان‌تنی و ناامیدی و عواطف منفی و مخرب در زنان مبتلا به سرطان سینه اشاره نمود (۳۹). سایر پژوهش‌های همسو با نتایج حاصل از این پژوهش بیانگر تأثیر گروه

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-10]

درمانگری شناختی-رفتاری بر کاهش اضطراب، افسردگی، نا امیدی و افزایش سلامت روان بیماران مزمن مبتلا به سکته قلبی و مالتی پل اسکلروز (M.S) می‌باشد (۴۰ و ۴۱).

طبق یافته‌های حاصل ازاین پژوهش اجرای متغیر مستقل،گروه درمانی شناختی-رفتاری، منجر به افزایش عزت‌نفس و کاهش نا امیدی شده است و نا امیدی و عزت نفس با یکدیگر رابطه معکوس دارند. استرس‌های ناشی از درد و رنج بیماری، بیماران را به چالش با تشخیص و درمان می‌کشاند و منجر به کاهش قبول درمان می‌شود و اختلالات جدی روانپزشکی از جمله بی‌خوابی، اختلالات سازگاری و نهایتاً نا امیدی و افکار خودکشی را ایجاد می‌کند. بنابراین افزایش توجه به تشخیص و درمان اختلالات روانشناختی می‌تواند فرایند سازگاری بیماران را تا حد بالایی بهبود بخشیده ونا امیدی را کاهش دهد که این نتیجه با افزایش عزت‌نفس رابطه دارد. این رابطه ممکن است به موجب شرایط خاص حضور در گروه باشد. شرکت در گروه‌های روان‌درمانی یک جوّ حمایتی و عاطفی ایجاد می‌کند که اعضای گروه به‌منظور کمک و یاری سایر اعضاء و ارائه راه حل به یکدیگر شرکت کرده و تلاش می‌کنند. در این شرایط احساس عمومیت مشکل و همدلی اعضاء را آماده شناخت و قبول مشکلات می‌کند و توانمندی آنان را ارتقاء می‌بخشد. احساس توانمندی یکی از شاخص‌های مهم در احساس خود ارزشمندی و امیدواری به آینده است. بنابراین با افزایش عزت‌نفس و خود ارزشمندی افراد، احساس نا امیدی وعدم احاطه و کنترل بر حوادث محیطی کاهش می‌یابد و بیماران امیدوارتر شده و به درجه بالاتری از سازگاری می‌رسند.

در بررسی اثربخشی گروه درمانی شناختی-رفتاری بر نا امیدی و عزت نفس در دو جنس زن و مرد، طبق نتایج حاصل، مداخله درمانی انجام شده تفاوت معناداری در نمرات نا امیدی و عزت نفس دختران در مقایسه با پسران ایجاد ننموده است و علی‌رغم ارتقاء عزت نفس و امیدوارتر شدن گروه آزمایشی به نسبت گروه کنترل، این تفاوت تابع خصوصیت جنسیتی نبوده و هر دو جنس دختر و پسر به یک نسبت تحت‌تأثیر گروه درمانی شناختی-رفتاری قرار گرفته‌اند. این نتیجه می‌تواند احتمال بی‌تأثیر بودن عامل جنسیت در تغییرات ساختارشناختی و رفتاری افراد را مطرح سازد و احتمالاً تغییر ساختار شناختی در دو جنس به‌طور یکسان تابع حمایت‌ها و ارتباطات درون گروهی می‌باشد. همچنین در گروه‌های مختلط از نظر جنسیتی، ارائه بازخوردهای مناسب در زمینه تحریف فکر اعضای گروه از برداشت‌های جنس مخالف، می‌تواند تأثیر بالایی در شناسایی افکار خودآیند منفی ایشان داشته باشد. البته در مطالعات انجام شده روی سایر بیماران لاعلاج مانند مبتلایان به سرطان، نیز تفاوت معناداری را بین نمرات عزت نفس زنان و مردان گزارش نشده است که با نتایج حاصل همسو می‌باشد (۴۲). بنابراین با توجه به کمبود منابع اطلاعاتی مقایسه‌ای در این رابطه بایستی در نتیجه‌گیری جانب احتیاط را رعایت نموده و این فرض در گروه‌های بزرگتر جنسیتی با تعداد جلسات درمانی بیشتر مورد بررسی قرار گیرد.

کلام آخر اینکه، در راستای ارتقاء بهداشت روان و سلامت روحی بیماران، نیاز به این چنین اقدامات مداخله‌ای لازم و ضروری است. این مداخلات با حمایت وسیع اجتماعی می‌تواند به‌عنوان ابزاری جامع و کارآمد در جهت بازتوانی و توانبخشی بیماران مزمن که به علت شدت فراگیر بیماری خود، درگیر

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-10]

آسیب‌های مختلف روحی و روانی شده‌اند، مورد استفاده قرار گیرد. با عنایت به حضور و ارتباط مداوم بیماران مزمن و صعب‌العلاج با مراکز درمانی، می‌توان این مراکز را به یکی از مؤسسات ارائه خدمات حمایتی روانشناختی به بیماران تبدیل ساخت که در آن بیماران به‌جای یادآوری بیماری سخت خود و احساس ناخوشایند تحلیل رفتن، با امیدی واقع‌گرایانه توانایی و قدرت بازمانده خود را شناسایی نموده و در جهت استفاده مفید از تمام نیروی بالقوه خود همّت نمایند.

البته در اجرای پژوهش کمبود منابع اطلاعاتی مشهود بود که نیاز به اجرای مطالعات بیشتر در این زمینه را مطرح می‌سازد.

تشکر و قدردانی:

از سرپرستی و مدیریت مرکز آموزشی درمانی حضرت فاطمه زهرا (س) بوشهر جناب آقای دکتر قیصی‌زاده، سرکار خانم فاطمه عطاری و مسئول محترم و سایر همکاران عزیز بخش تالاسمی و بیماران عزیز مبتلا به تالاسمی که در اجرای این پژوهش صمیمانه همکاری نمودند و همچنین از مدیریت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان بوشهر و سایر همکاران آن مجموعه که در تعهد مالی این پژوهش همکاری داشته‌اند، کمال تشکر و قدردانی را داریم.

References:

1.Adamson GW. Haematologic diseases. In: Harisson's Principles of Internal Medicine; 2008; Tehran: Samat; 2008. 994-1000.
2.Haghshenas M. Thalassemia. Shiraz: Kooshamehr; 1998, 20-5.
3.Yildirim Y, Sertoz O, Uyar M, et al. The Relationship of Pain & Hopelessness in Patients with Cancer. J Treat Approaches 2005; 557: 147.
4.Breck L. Development through the lifespan. 5 ed. Tehran: Arasbaran; 1384, 150-61.
5.Tahmasbi S, Ghofranipour F, Ravaghi K, Moghaddasi J, Sadegh Moghaddam L, Kazemnejad A. Assessment of effectiveness of group discussion on the mental images of adolescents with thalassemia in Shahrekord. Tehran: Tarbiat Modarres University., 2000.
6.Androl K, Crigz B. Essentials of Internal Medicine, 2007.
7.Price B. A model of body image care, J Adv Nurs 1990; 15: 585-93.
8.Bolland JM, Lian BE, Formichella CM. The origins of hopelessness among inner-city African-American adolescents, Am J Community Psychol 2005; 36: 293–305.
9.Sarafino A, Mirzaie P. Health Psychology. Tehran: Roshd; 2002, 287-91.
10.Nisi K, Najjarian B, Zandavian K. Assessment of depression, intelligence, educational function, and some individual and social characteristics of female and male students of guidance school who have thalassemia major comparing with control group. Ahvaz: Shahid Chamran Univ,. 1998.
11.Mehrvar A, Azar Keyvan A, Saberynejad J, et al. Assessment of prevalence of growth disturbances and sexual immaturity in patients with beat thalassemia in Iran. J Med Univ Islumic Republic Iran Army 2007; 2: 1233-8.
12.Khani, H, Majdi M, Montazeri R, et al. Assessment of Mental Health of patients with Major Thalassemia in Mazandaran Province in 1385. J Essentials Ment Health 2007; 9: 85-96.
13.Mystakidou K, Tsilika E, Parpa E, et al . Exploring the relationships between depression, hopelessness, cognitive status, pain, and spirituality in patients with advanced cancer. Arch Psychiatr Nurs 2007; 21: 150-61.
14.Landis D, Gaylord-Harden NK, Malinowski SL, et al. Urban adolescent stress and hopelessness. J Adolesc 2007; 30: 1051-70.
15.Arman S, Moallemi S. Depression and self-imagination in adolescents with Major Thalassemia. J Isfahan Fac Med 2005; 23: 76-7.
16.Poormovahhed Z, Dehghani K, Yasini Ardakani M. Assessment of hopelessness and anxiety in adolescents with beta thalassemia major. Yazd J Med Res 2003; 2: 45-52.
17.Hosseini H, Khani H, Khalilian A, et al., Controlled study of mental health in patients with beta thalassemia major aged 15-25 referring to Bou-Ali Sina hospital of Sari in 2003-2005. J Mazandarn Univ Med Sci 2007;

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-10]

17: 51-60.
18.Mikelli A, Tsiantis J. Brief report: Depressive symptoms and quality of life in adolescents with b-thalassaemia. J Adolesc 2004; 27: 213-6.
19.Canatan D, Ratip S, Kaptan S, et al. Psychosocial burden of beta-thalassaemia major in Antalya, south Turkey. Soc Sci Med 2003; 56: 815-9.
20.Khodai S, Karbakhsh M, Asasi N. Assessment of psycho-social status of adolescents with Beta-thalassemia major on their self-report and the results of GHQ-12. J TUMS Fac Med 2005; 1: 18-23.
21.DuRant RH, Getts A, Cadenhead C, et al. Exposure to violence and victimization and depression, hopelessness, and purpose in life among adolescents living in and around public housing. J Dev Behav Pediatr 1995; 16: 233-7.
22.Corey J, Asgari F. Theory Practice of counseling. 1st ed. Tehran: Shabnam Danesh, 2005, 64-73.
23.Ary D, Chikooner L, Razavieh A. Research methods on education. 4th ed. Tehran: Soroush, 1990, 385-92.
24.Ellis A, MacLaren K. Rational Emotive Behavior Therapy. Tehran: Rasa, 2005, 39-44.
25.Ninan M, Driden V. Cognitive therapy. Tehran: Roshd, 2004, 59-63.
26.Fan SY, Eiser C. Body image of children and adolescents with cancer: A systematic review. Body Image 2009; 6: 247-56.
27.Ashrafzade M. Comparison of life satisfaction of adolescents with thalassemia and healthy controls in Bushehr. Bushehr Univ Med Sci: Bushehr., 2005.
28.Ermes H, Marcom S, Hermesh H. Effectiveness of cognitive behaviour group therapy in stutterers with generalized social phobia. J Affect Disord 2008; 107: 53-122.
29.Hagen R, Nordahl HM, Grawe RW. Cognitive-behavioural group Treatment of Depression in Patients with Psychotic Disorders. J Clin Psychol and Psychother 2005; 12: 465-74.
30.Marom S, Gilboa-Schechtman E, Aderka IM, et al. Impact of depression on treatment effectiveness and gains maintenance in social phobia: a naturalistic study of cognitive behavior group therapy. Depress Anxiety 2009; 26: 289-300.
31.Chen TH, Lu RB, Chang AJ, et al. The evaluation of cognitive-behavioral group therapy on patient depression and self-esteem. Arch Psychiatr Nurs 2006; 20: 3-11.
32.Hyun MS, Chung HL, Lee YJ. 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: 160-6.
33.Raffin AL, Guimaraes JM, Ferrao YA, et al. Predictors of response to group cognitive-behavioral therapy in the treatment of obsessive-compulsive disorder. Eur Psychiatry 2009; 24: 297-306.
34.Heldt E, Salum GA, Blaya C, et al. Assessing response to cognitive-behavioral group therapy for panic disorder with comorbid mood disorder. Eur Psychiatry 2009; 24: 1064.
35.Landis D, Gaylord-Harden NK, Malinowski SL, et al. Urban adolescent stress and hopelessness, J Adolesc 2007; 30: 1051-70.
36.Allahyari A, Alhani F, Kazem nejad A, et al. Effects of family-based empowerment on the quality of life of school-aged children with thalassemia. J Iranian Pediatr 2006; 16: 455-61.
37.Izadyar M, Sedighipour L, Jafarieh H, et al., Assessment of treatment compliance of Desfral in patients with thalassemia older than 7 years old. J TUMS Fac Med 2006; 2: 180-8.
38.Akaberian S, Shahni Yeilagh M, Anirouyan V. Effects of consultation on the depression and hopelessness in depressed Leukemic adolescents. Iranian South Med J 2000; 3: 23-8.
39.Spiegel D, Abby S, Gun-Usishkin M. Group Therapy and Psychosomatic Medicine, J Psychosom Res 2003; 55: 114.
40.Sheikholeslami F. Effects of group therapy on the depression in patients with Myocardial Infarction in hospitals of Isfahan University of Medical Sciences. J Isfahan Univ Med Sci 2004; 32: 48-53.
41.Hosseini S, Hosseinian S, Yazdi M. Assessment of group insight therapy on depression and mental health of patients with Multiple Sclerosis in Iran. Al-Zahra Univ Tehran., 2005.
42.Noghani F, Monjamed Z, Bahrani N, et al. Comparing self-confidence of male and female cancerous patients. TUMS J Nurs Midwifery 2006; 12: 33-41.

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-10]