

## تحقیقی

## سلامت عمومی بیماران مبتلا به بتاتالاسمی ماژور در گرگان

دکتر محمد صالحی<sup>۱</sup>، دکتر نرگس ییگم میربهبانی<sup>۲</sup>، اعظم جهازی<sup>۳\*</sup>، دکتر یاسین عاقبتی املشی<sup>۴</sup>

۱- روانپزشک، استادیار، گروه روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان. ۲- فوق تخصص خون و انکولوژی، دانشیار، گروه کودکان، دانشگاه علوم پزشکی گلستان.  
 ۳- کارشناس ارشد مامایی، عضو هیأت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد گرگان. ۴- پزشک عمومی، مرکز تحقیقات هماتولوژی انکولوژی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان.

## چکیده

**زمینه و هدف:** تالاسمی‌ها شایع‌ترین اختلال ژنتیکی در جهان است. این مطالعه به منظور بررسی وضعیت سلامت عمومی بیماران مبتلا به بتاتالاسمی ماژور در گرگان انجام شد.

**روش بررسی:** این مطالعه توصیفی - تحلیلی روی ۱۶۳ بیمار مبتلا به بتاتالاسمی ماژور مراجعه کننده به مرکز آموزشی - درمانی طالقانی گرگان انجام شد. وضعیت روانی - اجتماعی بیماران با استفاده از پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سوالی (GHQ-28) مورد ارزیابی قرار گرفت.

**یافته‌ها:** ۴۴/۲ درصد بیماران از نظر وضعیت روانی - اجتماعی طبیعی، ۴۶ درصد دارای علائم مشکوک به اختلال روانی و ۹/۸ درصد مبتلا به اختلالات روانی - اجتماعی بودند. بیشترین مشکل مربوط به اختلال کارکرد اجتماعی (۱۲/۹ درصد) و افسردگی (۱۰/۴ درصد) و کمترین مشکل مربوط به اضطراب (۴/۹ درصد) بود. بین وضعیت روانی - اجتماعی بیمار با شغل مادر، سطح تحصیلات بیمار و سابقه ابتلا به بیماری‌های دیگر ارتباط آماری معنی‌داری یافت شد ( $P < 0/05$ ).

**نتیجه‌گیری:** از نظر سلامت عمومی اختلال کارکرد اجتماعی و افسردگی دو مشکل اصلی بیماران مبتلا به بتاتالاسمی ماژور است. **کلید واژه‌ها:** تالاسمی ماژور، سلامت عمومی، کارکرد اجتماعی، افسردگی، اضطراب

\* نویسنده مسؤول: اعظم جهازی، پست الکترونیکی [ajahazi@gmail.com](mailto:ajahazi@gmail.com)

نشانی: گرگان، دانشگاه آزاد اسلامی واحد گرگان، تلفن ۳۳۵۱۷۸۷-۳۳۵۱۷۸۱، شماره ۳۳۵۱۹۱۳

وصول مقاله: ۹۱/۱۰/۱۰، اصلاح نهایی: ۹۲/۶/۴، پذیرش مقاله: ۹۲/۶/۲۳

## مقدمه

بیماری به ویژه در کشورهای در حال توسعه بسیار بالا است. در ایران نیز بیماری تالاسمی یکی از شایع‌ترین بیماری‌های ارثی است (۴). طبیعت ارثی بیماری، تظاهر بیماری در نخستین سال‌های زندگی، تغییر شکل ظاهری، انتظار مرگ زودرس و نیاز به درمان پیوسته، اثر بسیاری بر تکامل روحی بیمار و آرامش روانی خانواده وی دارد. این بیماران زیر فشارهای گوناگون مانند احساس حقارت، ناامیدی، اضطراب، نگرانی درباره مدرسه و اشتغال، مشکلات درمانی، مسایل فرهنگی و خانوادگی قرار دارند (۹-۵).

برای فرد مبتلا به بیماری مزمن بتاتالاسمی ماژور، گذر از مرحله بلوغ و نوجوانی دشوار است و جنبه‌های روانی - اجتماعی و زیستی گوناگون را دربردارد. در پایان نوجوانی، بیشترین فرایندهای روانی - اجتماعی شامل ازدواج، شیوه برخورد با رخدادهای مهم زندگی، اشتغال، فشارهای اقتصادی، نگرانی‌های عاطفی و مشکلات مربوط به خدمات پزشکی می‌تواند بر کارکرد بیمار و خانواده وی در سازگاری با بیماری اثر بگذارد (۵).

تالاسمی‌ها شایع‌ترین اختلالات ژنتیکی در جهان بوده و حدود ۲۰۰ میلیون نفر در سراسر جهان به این اختلال مبتلا هستند. سندرم‌های تالاسمی، اختلالات ارثی بیوسنتز آلفا یا بتا گلوبین هستند. کاهش منبع گلوبین، تولید تترامرای هموگلوبین را کاهش داده و سبب هیپوکرومی و میکروسیتوز می‌شود. بتاتالاسمی‌ها شامل یک گروه متنوع از اختلالات ژنتیکی هستند که ناشی از کاهش سنتز زنجیره‌های بتا گلوبین است (۱). تالاسمی ماژور شدیدترین شکل بتاتالاسمی است. در این بیماری نقص در تولید پروتئین بتا در هموگلوبین، منجر به کم‌خونی تهدید کننده می‌شود و حیات فرد لزوماً به تزریق منظم خون و مراقبت دایم پزشکی بستگی می‌یابد (۲). این بیماری در افراد مدیترانه‌ای (مانند ایتالیایی‌ها و یونانی‌ها) و نیز اهل عربستان، ایران، آفریقا، هند و جنوب چین بیشتر یافت می‌شود (۳).

سالانه هزاران کودک مبتلا به تالاسمی به دنیا می‌آیند و بار این

را تکمیل کردند.

پرسشنامه سلامت عمومی یک پرسشنامه سرنندی مبتنی بر روش خود گزارش دهی است که در مجموعه‌های بالینی با هدف ردیابی کسانی که دارای یک اختلال روانی هستند؛ مورد استفاده قرار می‌گیرد. این پرسشنامه استاندارد شده در ایران (۱۳)؛ دارای چهار زیر مقیاس نشانه‌های جسمی، اضطراب و بیخوابی، اختلال کارکرد اجتماعی و افسردگی و خیم است. نمره‌گذاری به روش لیکرت صورت می‌گیرد و از مجموع نمرات یک نمره کلی به دست می‌آید. مطابق مطالعات انجام شده قبلی در ایران (۱۵-۱۳) نقطه برش در کل نمرات آزمون ۲۳ در نظر گرفته شد. حداقل نمره فرد در کل نمرات آزمون صفر و حداکثر نمره ۸۴ بود. در هر زیرمقیاس نیز حداقل نمره صفر و حداکثر آن ۲۱ بود. در هر زیرمقیاس، نمره ۲۱-۱۴ به عنوان افراد مبتلا به اختلالات روانی، نمره ۱۳-۵ به عنوان افراد مشکوک به داشتن اختلال روانی و نمره زیر ۵ به عنوان افراد طبیعی در نظر گرفته شدند. در کل نمرات آزمون نیز، نمره زیر ۲۴ به صورت افراد طبیعی، نمرات ۲۴-۵۶ افراد مشکوک به داشتن اختلال روانی و نمرات ۵۷-۸۴ افراد مبتلا به اختلال روانی-اجتماعی در نظر گرفته شدند.

داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS-16 و آزمون‌های توصیفی و تحلیلی شامل فراوانی، کای اسکور، آنالیز واریانس و من-وینتی تجزیه و تحلیل شدند. مقادیر کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار تلقی گردید.

#### یافته‌ها

۹۱ درصد از بیماران مجرد و ۹ درصد متأهل بودند. ۸۶/۵ درصد از مبتلایان به بتاتالاسمی ماژور به بیماری دیگری مبتلا نبودند. ۹/۸ درصد بیماری دیابت، ۶ درصد بیماری کلیوی، ۲/۵ درصد بیماری کبدی و ۶ درصد فاویسم داشتند. توزیع فراوانی مشخصات دموگرافیک بیماران مورد مطالعه به تفکیک گروه‌های سه‌گانه وضعیت سلامت عمومی در جدول یک آمده است.

براساس نتایج پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سؤالی ۷۲ نفر (۴۴/۲ درصد) از بیماران مبتلا به بتاتالاسمی ماژور از نظر وضعیت روانی-اجتماعی طبیعی، ۷۵ نفر (۴۶ درصد) دارای علائم مشکوک به اختلال روانی و ۱۶ نفر (۹/۸ درصد) مبتلا به اختلالات روانی-اجتماعی بودند. در بررسی توزیع فراوانی وضعیت سلامت عمومی بیماران مورد مطالعه از نظر علائم جسمانی، اضطراب، اختلال کارکرد اجتماعی و افسردگی، بیشترین مشکل مربوط به اختلال کارکرد اجتماعی (۱۲/۹ درصد) و کمترین مشکل مربوط به اضطراب (۴/۹ درصد) بود. ۶۰/۲ درصد از بیماران از نظر افسردگی طبیعی و فقط ۱۳/۵ درصد از آنها از نظر اختلال کارکرد اجتماعی طبیعی بودند (جدول ۲).

مطالعه یزدی و همکاران نشان داد که خانواده‌های دارای فرزندان مبتلا به تالاسمی با مشکلاتی نظیر ترس بدتر شدن بیماری فرزند و نگرانی نسبت به آینده فرزند در مواجهه هستند (۱۰). در مطالعه Khurana و همکاران که روی جنبه روانی-اجتماعی زندگی نوجوانان مبتلا به تالاسمی در هندوستان انجام شد؛ در ۸۰ درصد از بیماران اختلال کارکرد اجتماعی مشاهده شده است (۱۱). مطالعه خدایی و همکاران روی ۱۵۶ نوجوان مبتلا به تالاسمی در تهران نشان داد که حدود ۸۰ درصد بیماران در وضعیت قابل قبولی از نظر سلامت روانی قرار دارند (۲).

علی‌رغم شناخت عمیق مولکولی و ژنتیک بیماری تالاسمی و پیشرفت شایان در درمان این بیماری مزمن، در زمینه جوانب روانی-اجتماعی بیماری بتاتالاسمی ماژور بررسی‌های اندکی انجام شده است. با آن که اخیراً به مطالعه وضعیت سلامت روانی نوجوانان مبتلا به تالاسمی توجه اکیدی شده است (۶)؛ اما در کشورهای در حال توسعه توجه عمده بر درمان طبی این بیماران قرار دارد و به مشکلات روانی-اجتماعی این بیماران توجه لازم نمی‌شود (۲). عوارض روانی-اجتماعی ناشی از ابتلا به این بیماری، در این افراد و خانواده آنها از مشکلات مهم کادر درمانی است. شناخت وضعیت روانی بیماران، می‌تواند در ایجاد ارتباط بهتر درمانی با بیماران موثر واقع شود و در نتیجه باعث بهبود پیگیری و درمان این بیماران گردد (۱۲).

با توجه به شیوع بالای تالاسمی در استان گلستان و از آنجا که تاکنون تحقیقی در خصوص وضعیت سلامت روانی بیماران مبتلا به بتاتالاسمی ماژور در مرکز آموزشی درمانی طالقانی گرگان صورت نگرفته است. این مطالعه با هدف بررسی وضعیت سلامت عمومی بیماران مبتلا به تالاسمی ماژور مراجعه کننده به مرکز آموزشی-درمانی طالقانی گرگان انجام شد.

#### روش بررسی

این مطالعه توصیفی-تحلیلی روی ۱۶۳ بیمار (۷۷ مرد و ۸۶ زن) مبتلا به بتاتالاسمی ماژور مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی طالقانی گرگان در سال ۱۳۸۶ به روش مبتنی بر هدف انجام شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل ابتلا به تالاسمی ماژور، داشتن پرونده پزشکی در بیمارستان طالقانی گرگان و سن بالای ۱۱ سال به خاطر دقت در پاسخ دادن به سؤالات پرسشنامه سلامت عمومی بود. از بیماران رضایت‌نامه کتبی آگاهانه شرکت در مطالعه اخذ شد. پس از توضیحات مقدماتی در مورد مطالعه، بیماران ابتدا به پرسشنامه دموگرافیک شامل متغیرهای سن، جنس، شغل بیمار و والدین او، وضعیت تاهل، سطح تحصیلات بیمار و والدین او، رتبه تولد، تعداد فرزندان مبتلا در خانواده و سابقه ابتلا به بیماری‌های پاسخ دادند. سپس پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سؤالی (GHQ-28)

جدول ۱: توزیع فراوانی مشخصات دموگرافیک بیماران مبتلا به بتانالاسمی ماژور به تفکیک گروه‌های سه‌گانه وضعیت سلامت عمومی براساس پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سؤالی در مرکز آموزشی - درمانی طالقانی گرگان طی سال ۱۳۸۶

p-value	غیر طبیعی (n=16)	مشکوک (n=75)	طبیعی (n=72)		
* ۰/۲۹	۴	۴۶	۳۶	زن	جنس
	۱۲	۲۹	۳۶	مرد	
* ۰/۴۹	۱۵	۷۰	۶۴	مجرد	وضعیت تاهل
	۱	۵	۸	متاهل	
** ۰/۵	۱۴	۵۲	۴۴	صفر	تعداد فرزندان مبتلا در خانواده
	۱	۲۱	۲۵	یک	
	۱	۲	۲	دو	
	۰	۰	۱	چهار	
** ۰/۶۹	۳	۱۹	۲۰	اول	رتبه تولد بیمار در خانواده
	۳	۱۸	۲۲	دوم	
	۱۰	۳۸	۳۰	سوم و بالاتر	
*** ۰/۹۶۱	۳	۹	۶	بی‌سواد	سطح تحصیلات پدر
	۶	۵۰	۴۶	زیر دیپلم	
	۴	۱۱	۱۷	دیپلم دانشگاهی	
*** ۰/۱۲۶	۵	۲۳	۲۴	بی‌سواد	سطح تحصیلات پدر
	۶	۴۵	۴۳	زیر دیپلم	
	۳	۷	۵	دیپلم دانشگاهی	
*** ۰/۰۱	۱۴	۵۳	۴۷	زیر دیپلم	سطح تحصیلات بیمار
	۲	۱۶	۱۵	دیپلم دانشگاهی	
	۰	۶	۱۰	دانشگاهی	
*** ۰/۳۵۲	۱	۲	۰	بیکار	شغل پدر
	۵	۳۱	۳۴	کارگر / کشاورز	
	۴	۱۴	۱۵	کارمند / بازنشسته	
	۰	۴	۲	فوت کرده	
*** ۰/۰۰۸	۶	۲۴	۲۱	سایر	شغل مادر
	۸	۶۴	۶۹	خانه دار	
	۵	۷	۲	کارگر / کشاورز	
	۲	۲	۱	کارمند / بازنشسته	
	۰	۲	۰	فوت کرده	
*** ۰/۸۶۲	۱	۰	۰	سایر	شغل بیمار
	۷	۳۳	۳۱	بیکار	
	۵	۲۷	۲۸	محصل کشاورز	
	۰	۴	۱	کارمند	
*** ۰/۰۰۲	۲	۲	۵	کارمند	سابقه ابتلا به بیماری دیگر
	۲	۹	۷	سایر	
	۱۱	۶۲	۶۸	خیر	
	۳	۹	۴	دیابت	
	۱	۰	۰	کلیوی	
	۱	۳	۰	کبدی	
	۰	۱	۰	فایسوم	

\* آزمون من ویتنی ، \*\* Analysis of Variance Test ، \*\*\* آزمون کای اسکوتر

وضعیت تاهل، تعداد فرزندان مبتلا در خانواده، رتبه تولد بیمار، سطح تحصیلات پدر، سطح تحصیلات مادر، شغل بیمار و شغل پدر ارتباط آماری معنی‌داری یافت نشد.

بین وضعیت روانی - اجتماعی بیماران و متغیرهای سطح تحصیلات بیمار ( $P < 0/001$ )، شغل مادر ( $P < 0/008$ ) و ابتلا به

میانگین سنی بیماران  $19/6 \pm 5/3$  سال در محدوده سنی ۱۱ تا ۳۶ سال بود. میانگین سنی بیماران طبیعی، مشکوک و مبتلا از نظر وضعیت روانی اجتماعی به ترتیب  $18/9 \pm 4/3$ ،  $20/6 \pm 6/6$  و  $18/6 \pm 4/9$  سال بود که تفاوت آماری معنی‌دار نداشتند.

بین وضعیت روانی - اجتماعی بیماران و متغیرهای جنسیت،

جدول ۲: توزیع فراوانی وضعیت سلامت عمومی بیماران مبتلا به بتا تالاسمی ماژور از نظر علایم جسمانی، اضطراب، اختلال کارکرد اجتماعی و افسردگی در مرکز آموزشی - درمانی طالقانی گرگان طی سال ۱۳۸۶

طبیعی	مشکوک	غیر طبیعی	
۶۱ (۳۷/۴)	۸۸ (۵۴)	۱۴ (۸/۶)	علایم جسمانی
۶۵ (۳۹/۹)	۹۰ (۵۵/۲)	۸ (۴/۹)	اضطراب
۶۵ (۱۳/۵)	۱۲۰ (۷۳/۶)	۲۱ (۱۳/۹)	اختلال کارکرد اجتماعی
۹۸ (۶۰/۲)	۴۸ (۲۹/۴)	۱۷ (۱۰/۴)	افسردگی

بیماری‌های دیگر ( $P < 0/002$ ) ارتباط آماری معنی‌داری یافت شد.

### بحث

با توجه به نتایج حاصل از پرسشنامه GHQ-28 این مطالعه ۸۶/۵ درصد بیماران در زمینه اختلال کارکرد اجتماعی، دارای علایم مشکوک به اختلال کارکرد و مبتلا به اختلال کارکرد اجتماعی بودند و فقط ۱۳/۵ درصد بیماران از نظر کارکرد اجتماعی طبیعی بودند. این یافته نشان می‌دهد نوجوانان مبتلا به تالاسمی برای برقراری تعادل اجتماعی مناسب با مشکلات بیشتری مواجهند.

در مطالعه Khurana و همکاران ۸۰ درصد از بیماران دچار اختلال کارکرد اجتماعی بودند (۱۱). در مطالعه Canatan ۴۷ درصد از بیماران دارای مشکلات شغلی بودند (۶).

اختلال کارکرد اجتماعی می‌تواند نشان‌دهنده تاثیر سه عامل علایم جسمانی، علایم اضطرابی و افسردگی بر کارکرد اجتماعی باشد. احتمال دارد باور عمومی در ناتوانی از عملکرد مناسب شغلی بیماران مبتلا به تالاسمی سبب اعتماد به نفس پایین بیماران، وابستگی زیاد بیماران به والدین خود و ترس از طرد شدن از جانب دیگران از دلایل دیگر این اختلال کارکرد باشد (۶).

در مطالعه حاضر وضعیت روانی-اجتماعی، ارتباط بین سطح تحصیلات بیمار، شغل مادر بیمار و ابتلای همزمان به بیماری‌های دیگر با وضعیت روانی-اجتماعی از نظر آماری معنی‌دار بود.

در مطالعه حاضر با افزایش سطح تحصیلات بیمار، وضعیت روانی-اجتماعی بهبود نشان داد. سطح تحصیلات بالاتر و به همان نسبت داشتن آگاهی بیشتر، در کنار آمدن با شرایط پیرامونی دشوار، بهبود کیفیت زندگی فرد و دیدگاه مثبت او نسبت به زندگی موثر است (۲).

در مطالعه خدایی و همکاران در تهران اختلاف معنی‌داری بین سطح تحصیلات بیمار مبتلا به تالاسمی ماژور و وضعیت روانی - اجتماعی او مشاهده شد که با مطالعه حاضر همسو است (۲).

در این مطالعه بین شغل مادر بیمار و وضعیت روانی-اجتماعی او رابطه آماری معنی‌داری وجود داشت. به طوری که وضعیت روانی بیماران با مادر خانه‌دار، بهتر بود. با توجه به این که مادران خانه‌دار اکثر ساعات روز در منزل به سر می‌برند و ارتباط بیشتری با فرزندان خود دارند؛ این یافته نشان‌دهنده نقش موثر خانواده و به خصوص مادر بر وضعیت روانی-اجتماعی فرد بیمار است. مادران بیماران

مبتلا هر چند تحصیل کرده هم نباشند؛ می‌توانند با حمایت‌های لازم روحی-اجتماعی نقش مفیدی در بهبود وضعیت روانی-اجتماعی و کاهش استرس ناشی از بیماری داشته باشند (۲).

دیابت، نارسایی قلبی، بلوغ دیررس و اختلال رشد از جمله عوارض بیماری تالاسمی است. در این مطالعه بیمارانی که هم‌زمان با تالاسمی مبتلا به بیماری دیگری بودند؛ از نظر روانی-اجتماعی مشکوک به داشتن اختلال روانی و مبتلا به اختلالات روانی بودند که با توجه به مزمن و طولانی بودن بیماری و نیاز به درمان طولانی مدت، قابل انتظار است.

در مطالعه Yahia و همکاران روی ۲۱۸ بیمار تالاسمی و ۲۴۴ فرد سالم؛ بستری بودن در بیمارستان، اعتماد به نفس پایین، ابتلا به دیابت و نارسایی قلبی عوامل پیش‌بینی‌کننده‌ی غیر وابسته اضطراب بود. بستری بودن در بیمارستان، نارسایی قلبی، ابتلا به دیابت، قد کوتاه و تاخیر در بلوغ نیز به عنوان عوامل پیش‌بینی‌کننده‌ی غیر وابسته افسردگی گزارش شد (۷). متخصصین کودکان که مسئولیت درمان کودک و نوجوان مبتلا به تالاسمی را می‌پذیرند؛ نه تنها باید در طب رایج و به‌کارگیری آن ماهر باشند؛ بلکه باید در جنبه‌های آموزشی، روانی و اجتماعی هم مهارت کافی داشته باشند تا بتوانند با سازماندهی تیم مراقبت بهداشتی، چنان عمل کنند که اقدامات مداخله‌ای هماهنگ، چند جانبه و مؤثری در جهت کیفیت بهتر درمان این بیماران انجام شود (۲).

در مطالعه ما از نظر علایم جسمانی در مجموع ۶۲/۶ درصد از بیماران مشکوک به داشتن علایم و مبتلا به علایم جسمانی بودند که با نتایج مطالعه Khurana (۱۱) همخوانی دارد. این موضوع می‌تواند به علت تاثیر بیماری بروضعیت ظاهری فرد، خستگی زودرس به علت کم‌خونی یا سردرد ناشی از آن باشد.

از نظر علایم اضطرابی در مجموع ۶۰ درصد بیماران مشکوک به داشتن اضطراب و مبتلا به اضطراب بودند. شیوع اضطراب در مطالعه Khoury و همکاران (۸) که روی ۸۰ بیمار تالاسمی انجام شد ۲۲/۵ درصد، در مطالعه Yahia و همکاران ۳۶/۷ درصد (۷)، در مطالعه Mednick و همکاران ۳۳ درصد (۹)، در مطالعه پورموحّد و همکاران در یزد ۴۷/۸ درصد (۵) و در مطالعه Canatan در بالغین ۸۰ درصد و در کودکان ۲۱ درصد (۶) گزارش شد. این اضطراب می‌تواند به علت ترس از مرگ زودرس، نگرانی در تشکیل خانواده،

عمومی روبرو هستند. شناخت مسایل روانی - اجتماعی این بیماران و تلاش در جهت کاستن از بار این مشکلات بر سلامت آنها نیاز به سرمایه گذاری و تاکید بیشتر متخصصان دارد. لذا بایستی مسؤولان مربوطه برای فراهم کردن محیط و امکانات لازم و پویایی مراقبت از بیماران باید بیش از پیش اهمیت قایل شوند و کارکنان بهداشتی درمانی به ویژه پرستاران در راستای تحقق این امر، فعالانه شرکت کنند.

### نتیجه گیری

نتایج این مطالعه نشان داد که بیماران مبتلا به بتاتالاسمی ماژور از نظر سلامت عمومی دچار دو مشکل اصلی اختلال کارکرد اجتماعی و افسردگی هستند.

### تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان نامه یاسین عاقبتی املشی برای اخذ درجه دکتری عمومی در رشته پزشکی از دانشگاه علوم پزشکی گلستان بود. نویسندگان مقاله از کارکنان بخش تالاسمی مرکز آموزشی درمانی طالقانی گرگان به خاطر یاری در انجام این مطالعه، تشکر می نمایند.

### References

1. Benz J, Kasper D, Fauci A, Braunwald E. Hemoglobinopathies. In: Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, et al. *Harrisons principle of internal medicine*. 16<sup>th</sup>. New York: Mc Graw-Hill. 2005; pp:593-601.
2. Khodai S, Karbakhsh M, Asasi N. [Psychosocial status in Iranian adolescents with Beta-thalassaemia major]. *Tehran Univ Med J*. 2005;63(1):18-23. [Article in Persian]
3. Weatherall J, Beutler E, Marshal A. The thalassaemia. In: Lichtman MA, Kipps TJ, Seligsohn U, et al. *Williams hematology*. Philadelphia: Mc Graw-Hill. 2001; pp:547-81.
4. Aydin B, Yaprak I, Akarsu D, Okten N, Ulgen M. Psychosocial aspects and psychiatric disorders in children with thalassaemia major. *Acta Paediatr Jpn*. 1997 Jun;39(3):354-7.
5. Poormovahhed Z, Dehghani Kh, Yasini Ardakani M. [Evaluation of hopelessness and anxiety in young patients with thalassaemia major]. *Journal of Medical Research (JMR)*. 2003; 2(1):45-52. [Article in Persian]
6. Canatan D, Ratip S, Kaptan S, Cosan R. Psychosocial burden of beta-thalassaemia major in Antalya, south Turkey. *Soc Sci Med*. 2003 Feb;56(4):815-9.
7. Yahia S, El-Hadidy MA, El-Gilany AH, Anwar R, Darwish A, Mansour AK. Predictors of anxiety and depression in Egyptian thalassaemic patients: a single center study. *Int J Hematol*. 2013 May; 97(5):604-9.
8. Khoury B, Musallam KM, Abi-Habib R, Bazzi L, Koussa S, Taher AT, et al. Prevalence of depression and anxiety in adult patients with  $\beta$ -thalassaemia major and intermedia. *Int J Psychiatry Med*. 2012;44(4):291-303.

تزیق پی در پی خون، پندار ذهنی ضعیف از خود و داشتن احساس متفاوت در این بیماران باشد (۷و۶).

از نظر علایم افسردگی تقریباً ۶۰ درصد بیماران طبیعی و ۴۰ درصد دارای علایم مشکوک به افسردگی و مبتلا به افسردگی بودند. شیوع افسردگی در مطالعه Khoury و همکاران ۳۵ درصد (۸)، در مطالعه Yahia و همکاران ۳۲/۱ درصد (۷) و در مطالعه Canatan و همکاران ۳۱ درصد (۶) گزارش شد که به مطالعه ما نزدیک است. در مطالعه قاضی زاده و همکاران که روی ۱۱۰ بیمار مبتلا به تالاسمی ماژور انجام شد؛ شایع ترین مشکل روانی (۴۹ درصد) اختلال افسردگی اساسی بود (۱۶). شیوع افسردگی در مطالعه Mednick و همکاران ۱۱ درصد گزارش شد و افسردگی در زنان و افراد مسن بیشتر از مردان و کودکان بود (۹). افسردگی بیماران می تواند به علت طبیعت مزمن بیماری، دوره درمان طولانی، انتظار مرگ زودرس، تغییر وضعیت ظاهری فرد، احساس محرومیت، واکنش دستگاه های اجتماعی مانند خانواده، جامعه و مدرسه باشد (۹و۸).

بیماران مبتلا به تالاسمی ماژور با مشکلات جدی در سلامت

9. Mednick L, Yu S, Trachtenberg F, Xu Y, Kleinert DA, Giardina PJ, et al. Symptoms of depression and anxiety in patients with thalassaemia: prevalence and correlates in the thalassaemia longitudinal cohort. *Am J Hematol*. 2010 Oct;85(10):802-5.
10. Yazdi Kh, Sanagoo A, Joybari L. [Psychosocial, social and financial problems with coping strategies among families with thalassaemic patients]. *J Gorgan Uni Med Sci*. 2007;9(2): 71-75. [Article in Persian]
11. Khurana A, Katyal S, Marwaha RK. Psychosocial burden in thalassaemia. *Indian J Pediatr*. 2006 Oct;73(10):877-80.
12. Shakibi Gh, Mohammad zadeh Sh. [Psychological health assessment of thalassaemia major patients and their families referred to Ghods hospital in Qazvin on 2001]. Dissertation. Iran: Qazvin University. 2001. [Persian]
13. Ebrahimi A, Molavi H, Moosavi G, Bornamanesh A, Yaghobi M. [Psychometric properties and factor structure of general health questionnaire 28 (GHQ-28) in Iranian psychiatric patients]. *J Res Behav Sci*. 2007;5(1):5-11. [Article in Persian]
14. Naderi M, Hormozi MR, Ashrafi M, Emamdadi A. Evaluation of Mental Health and Related Factors among Patients with Beta-thalassaemia Major in South East of Iran. *Iran J Psychiatry*. 2012; 7(1):47-51.
15. Noorbala AA, Bagheri Yazdi SA, Mohammad K. [The Validation of General Health Questionnaire- 28 as a Psychiatric Screening Tool]. *Hakim*. 2009; 11(4):47-53. [Article in Persian]
16. Ghanizadeh A, Khajavian S, Ashkani H. Prevalence of psychiatric disorders, depression and suicidal behavior in child and adolescent with thalassaemia major. *J Pediatr Hematol Oncol*. 2006 Dec;28(12):781-4.

## Original Paper

# General health of beta-thalassemia major patients in Gorgan, Iran

Salehi M (M.D)<sup>1</sup>, Mirbehbahani NB (M.D)<sup>2</sup>, Jahazi A (M.Sc)<sup>\*3</sup>, Aghebati Amlashi Y (M.D)<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Assistant Professor, Department of Psychiatry, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran. <sup>2</sup>Associate Professor, Department of Pediatrics, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran. <sup>3</sup>Academic Instructor, Department of Midwifery, Islamic Azad University, Gorgan Branch, Gorgan, Iran. <sup>4</sup>General Physician, Hematology-Oncology Research Center, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran.

---

## Abstract

**Background and Objective:** Thalassemias is the most common inherited disease in the world. This study was designed to assess general health of patients with beta-thalassemia major in Gorgan, northern Iran.

**Materials and Methods:** This descriptive study was performed on 163 patients with beta-thalassemia major whom referred to Thalghani hospital in Gorgan, northern Iran. Socio-Psychosocial status of patients was assessed by using general health questionnaire-28 (GHQ-28).

**Results:** Socio-Psychosocial status of 44.2%, 46% and 9.8% of patients was normal, suspected and suffered from psychosocial disorders, respectively. Social dysfunction (12.9%) and depression (10.4%) were the most prevalent and anxiety was the less prevalent (4.9%) in the patients. There were significant correlations between psychosocial status and mother's occupation ( $P<0.05$ ), patients level of education ( $P<0.05$ ) and history of associated diseases ( $P<0.05$ ).

**Conclusion:** Social dysfunction and depression were the two major general health complications in beta-thalassemia patients in this region.

**Keywords:** Beta-thalassemia major, General Health, Psychosocial status, Social dysfunction, Depression

---

\* Corresponding Author: Jahazi A (M.Sc), E-mail: [ajahazi@gmail.com](mailto:ajahazi@gmail.com)

Received 30 December 2012    Revised 26 August 2013    Accepted 14 September 2013