بررسی میزان رضایت از زندگی در زوج‌های تالاسمی مینور شهرستان بجنورد ۱۳۹۵

مهدی صفرپور[۱]، دکتر افشین دلشاد[۲]، پروین محمدزاده[۳]، معصومه محمدزاده[۴]

۱. کارشناس ارشد اپیدمیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی بابل، ایران

۲. دکتری پزشکی، واحد بیماری‌ها معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، ایران

۳. کارشناس بهداشت عمومی، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، ایران

۴. کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشگاه علوم پزشکی بابل، ایران

توسعه پرستاری در سلامت/ دوره هفتم/ شماره ۲/ پاییز و زمستان ۱۳۹۵

چکیده

زمینه و هدف: سیاست‌های پیشگیری و کنترل بیماری بتا تالاسمی ماژور متمرکز بر زوج‌های تالاسمی مینور می‌باشد. لذا در این مطالعه با هدف بررسی رضایت از زندگی زوج‌های تالاسمی مینور به ارزیابی سیاست‌های پیشگیری و کنترل بیماری بتا تالاسمی ماژور پرداخته‌ایم.

مواد و روش‌ها: این پژوهش یک مطالعه توصیفی است و جامعه پژوهش کلیه زوج‌هایی که قبل از عقد از وضعیت خود اطلاع یافته و بعد از سال ۱۳۸۰ در شهرستان بجنورد ازدواج کرده‌اند (به روش سرشماری ۶۲ نفر). ابزار مطالعه فرم کوتاه رضایت از زندگی پرسشنامه SWLS می‌باشد. داده‌ها در نرم افزارspss با استفاده از آزمون فراوانی و همبستگی خطی تحلیل گردید.

یافته‌ها: تجزیه و تحلیل یافته‌های حاصل از پژوهش نشان داد که ۶۷/۷ درصد زوج‌های تالاسمی مینور شرکت‌کننده در این مطالعه میزان رضایتمندی خود را از زندگی پایین (ناراضی و اندکی ناراضی) بیان کرده‌اند. همچنین بین میزان رضایت از زندگی با پارامترهای تعداد فرزندان و سال ازدواج زوجین ارتباط معنی‌دار آماری وجود دارد (P= ۰/۰۰۰) ، ولی بین میزان رضایت از زندگی با سن (P =۰/۵۴۷) و جنس (P=۰/۹۴۷) ارتباطی مشاهده نشد.

نتیجه‌گیری: یافته‌های این مطالعه نشان‌دهنده مشکلات روحی و روانی علی‌رغم افزایش و توسعه خدمات در سطح کشور می‌باشد. از آنجا که برنامه کشوری پیشگیری از بتا تالاسمی ماژور به ازدواج و باروری و مدیریت این دو مربوط می‌شود، لذا مشاوره نقش خاصی در پیشبرد اهداف برنامه خواهد داشت.

واژه‌های کلیدی: رضایت، رضایت از زندگی، زوج های تالاسمی مینور

آدرس مکاتبه: دانشگاه علوم پزشکی بابل. معاونت بهداشتی بابل

پست الکترونیکی: masume _ mohamadzade@yahoo.com

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-30]

مقدمه

تالاسمی یک بیماری مادرزادی اتوزومال مغلوب نشات گرفته از کشورهای منطقه مدیترانه است که با کمبود در سنتز زنجیره گلوبین همراه بوده و ممکن است به کم‌خونی شدید منجر شود (۱). تالاسمی ماژور شایع‌ترین بیماری ارثی دنیا و کشور ایران است به طوری‌که بر اساس آمار سازمان بهداشت جهانی، ۴ درصد از جمعیت کشور ناقل تالاسمی هستند و تعداد مبتلایان به تالاسمی در ایران در سال ۱۳۹۲ ، بیش از رقم ۳۰ هزار بیمار تخمین زده شده، در حالی‌که برای کشور پرجمعیتی همچون آمریکا کمتر از ۱۰۰۰ مورد می‌باشد همچنین سالیانه حدود ۸۰۰ نفر به جمعیت بیماران تالاسمی کشور ما اضافه می‌گردد (۲). تزریق خون به‌طور منظم و مکرر در بیماران مبتلا به بتا تالاسمی ماژور طول عمر بیماران و کیفیت زندگی را به طور عمده بهبود می‌بخشد، اما می‌تواند به اضافه بار مزمن آهن منجر شود (۳). همچنین کیفیت زندگی این بیماران به دلایل متعدد جسمی، روانی، اقتصادی و اجتماعی از جمله وجود بیماری مزمن، مراجعه مکرر به بیمارستان برای انتقال خون و تزریق دردناک داروها، ظاهر، عدم بلوغ جنسی، ناباروری، ناتوانی به منظور کاستن از عوارض مربوط به بیماری خود، اطمینان نداشتن در مورد آینده، اختلالات روانی و مشکلات در اشتغال و ایفای نقش در جامعه پایین می‌باشد کیفیت زندگی دامنه‌ای از نیازهای عینی انسان است که در ارتباط با درک شخصی و گروهی افراد از احساس خوب بودن حاصل می‌شود (۵ و۴).

برنامه پیشگیری از تالاسمی، اولین برنامه ژنتیکی بود که در سیستم سلامت ایران ادغام شد و در میان برنامه‌های غیر واگیر، اولین برنامه کشوری بود که ادغام آن شهر و روستاهای کشور را در برگرفت و همزمان نیازمند چهار سطح ارایه خدمات بود. برنامه کشوری پیشگیری از بتا تالاسمی ماژور تا سال ۱۳۸۰ مشغول ایجاد و تحکیم محورهای اصلی برنامه بوده است. عرضه خدمات ممکن به زوجین ناقل را با غربالگری زوجین در هنگام ازدواج و بررسی خانواده‌های بیماران تالاسمی همزمان در دستور کار خود داشته است (۶). پیشگیری از بیماری بتا تالاسمی ماژور از جدیدترین روش‌های پیشگیری، شامل بررسی ژنتیک جنین و شناسایی آلل معیوب بهره‌مند است. تشخیص پیش از تولد جنین مبتلا به دلیل آنکه سقط آن با استناد به فتوای علمای دین مبین اسلام ممکن گردیده، بر کاهش موارد بروز تالاسمی ماژور تأثیر ویژه‌ای داشته است (۷). از آنجا که برنامه کشوری پیشگیری از بتا تالاسمی ماژور به ازدواج و باروری و مدیریت این دو مربوط می شود، مشاوره نقش خاصی در پیشبرد اهداف برنامه خواهد داشت (۶).

برنامه پیشگیری از تالاسمی از سال ۱۳۷۰ با غربالگری زوج‌های در شرف ازدواج و پیشنهاد جدایی و انتخاب افراد غیر ناقل برای ازدواج زوجین شروع شد؛ ولی این استراتژی موفقیت قابل قبولی به همراه نداشت. به دلیل اصرار زوجین مینور به ازدواج با یکدیگر و علاقه به بچه‌دار شدن نیاز به تشخیص قبل از تولد تالاسمی مطرح شد. این رویکرد همانند بسیاری از کشورها چون ایتالیا و یونان و قبرس و در ایران نیز با موفقیت چشمگیری همراه بود (۸).

سقط جنین ماژور روشی است استرس‌زا و نامناسب که موجب مشکلات روحی و روانی در خانواده می‌شود، به طوری که اغلب خانم‌های حامله می‌خواهند از القای سقط حتی به صورت قانونی پرهیز کنند. تحقیقات زیادی روش تشخیص ژنتیکی قبل از لقاح (PGD) را یک روش پیشرفته و موفق برای پیشگیری از تولد بیماران تالاسمی ماژور می‌دانند. امروزه برخی محققین با بهره‌گیری از این روش حتی با تعیین HLA در یک سلول بلاستومر در محیط خارج رحمی فقط جنینی که از نظر HLA با فرزند تالاسمی زوجین سازگار باشد به داخل رحم منتقل کرده و اجازه رشد می‌دهند (۹).

دکتر مصطفی سعادت دانشیار گروه ژنتیک دانشگاه شیراز در مقاله خود تحت عنوان" آیا جلوگیری از ازدواج افراد مبتلا به تالاسمی مینور با یکدیگر باعث افزایش هتروزیگوتی در جمعیت می‌گردد" به بررسی این موضوع پرداخته و نتیجه می‌گیرد که: شناسایی افراد هتروزیگوت و ازدواج آنان با افراد هموزیگوت سالم باعث افزایش بیشتر افراد هتروزیگوت خواهد گشت ولی این افزایش چشمگیر نخواهد بود. فرض کنید فراوانی ژنی بتا تالاسمی در جمعیت برابر با ۶ درصد باشد، در این صورت در حالت معمول، ۱۱/۳ درصد هتروزیگوت داریم و با فرض ازدواج نکردن هتروزیگوت‌ها با یکدیگر فراوانی آن به ۱۲درصد خواهد رسید و یادآور می‌کند که نگرانی درباره افزایش فراوانی آللی و یا

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-30]

افزایش هتروزیگوتی موردی ندارد و خزانه ژنی جمعیت به آلودگی دچار نخواهد شد. و با حذف برنامه غربالگری پیش از ازدواج (پس از هر فاصله زمانی) تنها یک نسل لازم است تا جمعیت به حالت اولیه خود برگردد (۱۰).

طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت، رضایت از زندگی مفهومی متأثر از وضعیت جسمانی، روانی و اجتماعی فرد است و بروز بیماری و ترس از عوارض، بستری شدن و احیانا مرگ، سبب پایین آمدن اعتماد به نفس و فشارهای روانی در بیمار می‌شود (۴). این عوامل به خودی خود سبب کاهش سطح رضایت از زندگی فرد در ابعاد جسمانی و روانی می‌گردد (۷). تالاسمی کیفیت و رضایت از زندگی فرد و خانواده‌ی او را تحت تأثیر قرار می‌دهد و تحقیقات انجام شده نشان داده که کودکان مبتلا به تالاسمی از کیفیت و رضایت از زندگی پایین‌تری نسبت به کودکان سالم برخوردارند (۸). فشار ناشی از داشتن کودکی که به مراقبت شدید و تزریق مکرر خون نیاز دارد، تعادل روانی والدین را برای مدتها دگرگون خواهد کرد. ضربه وارده به خانواده باعث به وجود آمدن واکنش‌های روانی گوناگون در افراد شده، ارتباطات خانواده را به طور جدی تحت تأثیر قرار می‌دهد (۹).

نتایج مطالعه‌ای در سال ۲۰۰۴ نشان داد که ۳/۷ درصد از خانواده بیماران تالاسمی از نظر اضطراب طبیعی، ۱۸/۵ درصد دچار اضطراب خفیف و ۵۰ درصد دچار اضطراب متوسط و ۲۷ درصد افراد خانواده دچار اضطراب شدید می‌باشند (۱۰). تالاسمی عوارض و اثرات روانی- اجتماعی و جسمی بسیاری بر کودک بیمار، والدین و سایر اعضا خانواده دارد و این عوارض می‌تواند کیفیت و رضایت از زندگی کودک بیمار و والدین وی را در ابعاد مختلف تحت تأثیر قرار دهد. لذا شناسایی کیفیت و رضایت از زندگی بیماران و والدین آنها باعث درک نیازهای اختصاصی آنها و به‌کار بردن برنامه مراقبتی و درمانی موثرتر می‌گردد (۱۱). والدین بیماران تالاسمی از آنجا که خود حامل تالاسمی بوده‌اند، خود را مسوول بیماری فرزندانشان می‌پندارند و علاوه بر سایر مشکلات، باری از احساس گناه، ناامیدی و نگرانی در مورد سلامت و آینده کودکانشان را نیز به دوش می‌کشند (۱۲).

لذا در این پژوهش بر آن شدیم تا میزان رضایت زندگی زوج‌های تالاسمی مینور که علی‌رغم اطلاع از بیماری و مخاطرات آن برای خود و فرزندانشان دارد، تصمیم به ازدواج گرفته اند، را بررسی کنیم.

روش بررسی

در این پژوهش توصیفی جامعه پژوهش تمامی زوج‌های مینور شهرستان دارای پرونده در مرکز بهداشت شهرستان، تعداد ۶۲ زوج که قبل از عقد از وضعیت خود اطلاع یافته‌اند و بعد از سال ۱۳۸۰ در شهرستان بجنورد ازدواج کرده‌اند، در نظر گرفته شد. روش کار از نوع غیر احتمالی آسان و در دسترس بود. در این پژوهش، پژوهشگر با مراجعه به مرکز بهداشت شهرستان اطلاعات زوج‌های مینور را اخذ کرده و سپس برای تکمیل پرسشنامه رضایت از زندگی زوج‌های مذکور به طور جداگانه با هر یک از زوجین طی تماس تلفنی پرسشنامه تکمیل شد.

ابزار پژوهش فرم کوتاه رضایت از زندگی پرسشنامه SWLS می‌باشد. ضریب پایایی همسانی درونی این مقیاس بین ۸۰ درصد تا ۸۹ درصد و ضریب پایایی بازآزمایی آن بین ۶۴ درصد تا ۸۴ درصد گزارش شده است. ضریب همبستگی بین این مقیاس و دیگر ابزارهای سنجش رضایت از زندگی و بهزیستی روانی بین ۳۵ درصد تا ۸۲ درصد به‌دست آمده است. این مقیاس با پرسشنامه افسردگی بک (r= -۰/۶۰) و مقیاس شاد کامی آکسفورد (۶۲ درصد تا ۷۹ درصد) همبستگی معنی‌داری دارد.

داده‌های پژوهش بعد از جمع آوری به نرم افزار spss وارد و سپس با استفاده از روش‌های استخراج اطلاعات از داده‌ها با توجه به روش کار و نوع پژوهش به روش توصیفی ساده و با استفاده از آزمون فراوانی و جهت سنجش وجود رابطه بین متغیرها از آزمون همبستگی خطی استفاده شد.

یافته‌ها

۶۴ زوج در این پژوهش شرکت کردند، که ۲۷/۴ درصد زنان بین ۲۰ تا ۲۵ سال و ۴۳/۵ درصد آنان بین ۲۵ تا ۳۰ سال و ۲۹/۱ درصد آنان بین ۳۰ تا ۳۵ سال سن داشتند. تحصیلات ۵۴

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-30]

درصد آنان فوق دیپلم و پایین‌تر از آن و ۴۶ درصد لیسانس و بالاتر از آن بوده است. اکثریت زوج‌ها در بین سال‌های ۱۳۸۵ تا ۱۳۹۰ ازدواج کرده‌اند و یک فرزند دارند (جداول شماره ۱ و ۲).

جدول شماره ۱- توزیع فراوانی زوج های مورد پژوهش برحسب سن، تحصیلات

متغیرها		تعداد	درصد
سن	۲۵-۲۰	۳۴	۲۷/۴
	۳۰-۲۵	۵۴	۴۳/۵
	۳۵-۳۰	۳۶	۲۹/۱
تحصیلات	فوق دیپلم و پایین تر	۶۷	۵۴/۰۳
	لیسانس و بالاتر	۵۷	۴۵/۹۶

جدول شماره ۲ - توزیع فراوانی زوج های مورد پژوهش برحسب سال ازدواج و تعداد فرزندان

متغیرها		تعداد	درصد
سال ازدواج	۱۳۸۵-۱۳۸۰	۴۲	۳۳/۹
	۱۳۹۰-۱۳۸۵	۷۲	۵۸/۱
	۱۳۹۵-۱۳۹۰	۱۰	۸/۱
تعداد فرزندان	۰	۴۲	۳۳/۹
	۱	۷۶	۶۱/۳
	۲ بیشتر	۶	۴/۸

جدول شماره ۳– تعیین همبستگی میان رضایت از زندگی با پارامترهای تعداد فرزندان و سال ازدواج و سن و جنس

متغیرها	پارامتر	سن	جنس	تعداد فرزندان	سال ازدواج
رضایت از زندگی	ضریب همبستگی	۰/۰۹۳	۰/۰۶۶	-۵/۵۶۴	۷/۲
	p-value	۰/۵۴۷	۰/۹۴۷	۰,۰۰۰	۰,۰۰۰

پس از جمع بندی اطلاعات پرسشنامه نمرات میزان رضایت از زندگی در بین ۱۱ تا ۳۰ می‌باشد که دو گروه به شدت راضی و به شدت ناراضی به دلیل نداشتن فراوانی از طبقه بندی حذف شدند. همانطور که جدول شماره ۳ نشان می‌دهد بین میزان رضایت از زندگی با پارامترهای تعداد فرزندان و سال ازدواج زوجین ارتباط معنی‌دار آماری وجود دارد. ولی در این پژوهش بین میزان رضایت از زندگی با سن و جنس ارتباطی مشاهده نشده است.

بحث و نتیجه‌گیری

سیاست‌های پیشگیری و کنترل بیماری بتا تالاسمی ماژور متمرکز بر زوج‌های تالاسمی مینور می‌باشد. لذا در این مطالعه با هدف بررسی میزان رضایت از زندگی زوج‌های تالاسمی مینور به ارزیابی سیاست‌های پیشگیری و کنترل بیماری بتا تالاسمی ماژور پرداخته‌ایم. تجزیه و تحلیل یافته‌های حاصل از پژوهش نشان داد که ۶۷/۷ درصد زوج‌های تالاسمی مینور شرکت کننده در این پژوهش میزان رضایتمندی خود را از زندگی پایین (ناراضی و اندکی ناراضی) بیان کرده‌اند. تنها ۲۲/۶ درصد زوج‌های تالاسمی مینور از زندگی خود اندکی رضایت داشتند؛ و

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-30]

این میزان برای زوج‌های تالاسمی مینور که از زندگی خود رضایت داشتند ۶/۵ درصد می‌باشد .

در مطالعه زارع و همکاران ابعاد هشت‌گانه کیفیت زندگی (سلامتی عمومی، عملکرد جسمانی، ایفای نقش فیزیکی، ایفای نقش عاطفی، عملکرد اجتماعی، درد بدنی، نیرو وانرژی حیاتی و درک کلی از سلامتی) بیماران تالاسمی در مقایسه با خانواده‌های آن‌ها مورد بررسی قرار گرفت. نتایج مطالعه نشان داد که اعضای خانواده بیماران در تمامی ابعاد کیفیت زندگی نمره پایین‌تری را نسبت به بیماران دارند که از نظر آماری تفاوت معنی‌داری نداشتند به جز بین میانگین نمرات ابعاد عملکرد اجتماعی در دو گروه بیماران و اعضای خانواده‌های آنها اختلاف معنی‌داری وجود داشت. کیفیت زندگی خانواده‌های تالاسمی در بعد عملکرد اجتماعی پایین‌تر از بیمارانشان بوده است. ابتلا عضوی از خانواده به بیماری تالاسمی موجب ایجاد نوعی بحران روان‌شناختی در تمامی اعضای خانواده می‌شود که خود نیازمند کاربرد روش های مقابله‌ای است (۱۱).

همچنین نتایج این مطالعه حاکی از آن است که بین میزان رضایت از زندگی با پارامترهای تعداد فرزندان و سال ازدواج زوجین ارتباط معنی‌دار آماری وجود دارد؛ بدین صورت که هر چه تعداد سال بیشتری از ازدواج زوجین می‌گذرد میزان رضایت از زندگی آنان کمتر می‌شود و با افزایش تعداد فرزندان میزان رضایت از زندگی در زوج‌های تالاسمی مینور باز هم کاهش می‌یابد. که این یافته موید مشکلات روحی و روانی علی‌رغم افزایش و توسعه خدمات در سطح کشور می‌باشد.

بین میزان رضایت از زندگی با سن و جنس ارتباطی مشاهده نشده است. این می‌تواند به دلیل پایین بودن تعداد زوج‌ها و نداشتن تفاوت سنی قابل ملاحظه بین شرکت‌کنندگان در این پژوهش می‌تواند باشد. همچنین به دلیل پایین بودن تعداد زوج‌های دارای سقط جنین ماژور در این مطالعه نتوانستیم بین سقط جنین ماژور و میزان رضایت از زندگی ارتباطی را نتیجه-گیری کنیم. در مطالعه خانی و همکاران (۱۳۸۴) با هدف تعیین میزان سلامت روانی– اجتماعی نوجوانان مبتلا به تالاسمی ماژور انجام شده است، مشاهده گردید که میزان سلامت روان بیماران تالاسمی با جنسیت رابطه معنی‌داری نداشته و فقط در گروه‌های سنی مورد مطالعه، تفاوت داشته است. بیماران مبتلا به تالاسمی با توجه به مزمن بودن بیماری، نوع درمان‌های دریافتی، شدت و عوارض بیماری در معرض ابتلا به انواع مختلف اختلالات روانپزشکی هستند (۱۳).

نتیجه پژوهش پورموحد (۱۳۸۲) حاکی از آنست که میان میزان ناامیدی و اضطراب بیماران مبتلا به بتا تالاسمی ماژور و متغیرهایی چون مدت تشخیص بیماری، سن، جنس، دفعات بستری شدن، شمار فرزندان مبتلا در خانواده و رتبه تولد خانواده، فراوانی عوارض بیماری و میزان تحصیلات پدر و مادر (به جزء میان تحصیلات پدر و ناامیدی و میان سن بیماران و اضطراب آنها) ارتباط معنی دار آماری وجود ندارد (۱۴).

در مطالعه بهروزیان (۱۳۹۳) بین مکانیسم مدارای ناسازگارانه مادران، با مشکلات روانشناختی کودکان مبتلا به تالاسمی ماژور، همبستگی مثبت وجود دارد بدین معنی که مشکلات روانشناختی کودکانی که مادرانشان از مکانیسم‌های مدارای ناسازگارانه استفاده می‌کنند بیشتر از کودکانی است که مادرانشان از مکانیسم‌های مدارای سازگارانه استفاده می‌کنند (۱۵). از آنجا که سیاست‌های پیشگیری و کنترل بیماری بتا تالاسمی ماژور متمرکز بر زوج‌های تالاسمی مینور و سقط جنین ماژور می‌باشد؛ با توجه به سطح رضایت از زندگی پایین به‌دست آمده، توصیه می‌شود از روش‌های جدیدتر همچون تشخیص ژنتیکی قبل از لقاح (PGD) که یک روش پیشرفته و موفق برای پیشگیری از تولد بیماران تالاسمی ماژور است را مورد بررسی بیشتر قرار دهند.

تشکر و قدردانی

از همکاری کلیه کارمندان محترم واحد بیماری‌ها معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی و مرکز بهداشت شهرستان بجنورد و کلیه زوج‌های تالاسمی مینور شهرستان بجنورد که ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌شود.

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-30]

References

1. Caocci G, Efficace F, Ciotti F, Roncarolo MG, Vacca A, Piras E, et al. Health related Quality of life in Middle Eastern children with beta-thalassemia. BMC Blood Disorders. 2012; 12(6): 1-7.
2. Zare K, Baraz S, Pedram M, Pakbaz Z. Comparison of quality of life of young people with thalassemia referred to thalassemia Shafa hospital in Ahvaz members of their families. Research in Nursing. 2014; 8(4): 42-50. [In Persian]
3. Ali BA, Mahmoud AM. Frequency of Glomerular Dysfunction in Children with Beta Thalassemia Major. SQUMJ. 2014; 14(1): 88-94.
4. Jain M, Bagul A, Porwal A. Psychosocial problems in thalassemia adolescents and young adults Chronicles of Young Scientists. 2013; 4(1): 21-4.
5. Haghpanah S, Nasirabadi S, Ghaffarpasand F, Karami R, Mahmoodi M, Parand S, et al. Quality of life among Iranian patients with beta-thalassemia major using the SF-36 questionnaire.SPMJ . 2013; 131(3): 166-72.
6. Azar kevan A. A Comprehensive Package of Thalassemia Patients. Tehran: Center for the management of transplantation and special diseases; 2011.p.17-18 [In Persian]
7. Samavat A, Modell B. Iranian national thalassemia screening program. Bmj. 2004; 329(74-75): 1134-7.
8. Miri-moghaddam E, Fadaiy Raieny M, Izadie Sh. Lack of Knowledge of Being Minor thalamic is the Main Cause of Major Thalassemia Incidence in Zahedan, the south of Iran. Hakim Research Journal. 2011; 14(3): 174-17.
9. Mahmoodi nesheli H, nakhjavani N, eshraghi P. Insight of Minor Thalassemia Couples on Abortion of Major Thalassemia Fetus. Med J Mashad Univ Med Sci. 2013: 56(3): 177-81 [In Persian]
10. Zare K, Baraz Pardandani PM, Pabbaz Z. Quality of life in children with thalassemia who referred to thalassemia. Sci Med J Ahwaz Jundishapur Univ Med Sci. 2013; 1(1): 45-54 [In Persian]
11.Thavorncharoensap M, Torcharus K, Nuchprayoon I, Riewpaiboon A, Indaratna K, Ubol B. Factors affecting health-related quality of life in Thai children with thalassemia. BMC Blood Disorders. 2010; 10: 1.
12. Khaledi S, Moridi G, Valiee S. Comparison the quality of life of healthy and Thalassemia children. Iranian Journal of Nursing Research. 2013; 8(29): 87-94 [In Persian]
13. Khani H, Majdi M, Marzabadi EA, Montazeri A, Ghorbani A, Ramezani M. Quality of life of Iranian beta-thalassemia major patients living on the southern coast of the Caspian Sea. JBS.2012; 18(5): 539-45.
14. Pourmovahed Z, Dehghani KH, Yassini Ardakani M. Evaluation of Hopelessness and Anxiety in Young Patients with Thalassemia Major.JMR. 2012; 2(1): 45-52.
15. Behrouzian F, Khajehmougahi N, Ziaee kajbaf A. Relationship of coping mechanism of mothers with mental health of their major thalassemia children. Sci J Iran Blood Transfus Organ. 2014; 10(4): 387-393.

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-30]

Evaluation of life satisfaction in couples with thalassemia minor in Bojnourd city (2016)

Safarpour M[1], Delshad A[2], Mohamadzade P[3], Mohamadzade M[4]

1. MSc of Epidemiology, Health Deputy, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran.
2. MD, Department of Diseases. Health Deputy, North Khorasan University of Medical Sciences, North Khorasan, Iran.
3. expert of Public Health, Health Deputy, North Khorasan University of Medical Sciences, , North Khorasan, Iran.
4. MSc of Health Services Management, Health Deputy, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran

Abstract

Background & Aim: Preventive and control policies of major beta-thalassemia focus on couples with minor thalassemia. Therefore, this study aimed to evaluate the life satisfaction in couples with minor thalassemia to examine the preventive and control policies of major beta-thalassemia.
Material & Methods: This is a descriptive research. The research population consists of all couples who were informed about their status before engagement and have married in Bojnourd since 2001 (62 samples by census method). The survey tools were short life satisfaction form and SWLS questionnaire. Data were analyzed by SPSS software using frequency test and linear correlation.
Results: The results showed that 67.7% of couples with minor thalassemia participated in this study have reported low levels of life satisfaction (dissatisfied and slightly dissatisfied). Also, there was a significant statistical relationship between life satisfaction and parameters like the number of children and marriage date of couples (P value=0.00); but there was no relationship between life satisfaction and age (P value= 0.547) and sex (P value= 0.947).
Conclusion: The results of this study confirm the psychological problems despite the increase and development of services throughout the country. Since the country's program for preventing major beta-Thalassemia is related to marriage, fertility and the management of them, consultation will play a certain role in advancing the objectives of the program's goal.

Keywords: Satisfaction, life satisfaction, Couples with thalassemia minor

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-30]