

بررسی اثر بخشی بحث گروهی بر تصویر ذهنی نوجوانان (۱۱-۱۸ سال) تالاسمیک

سیمین طهماسبی*، دکتر فضل الله غفرانی پور**، کیوان رواقی***، جعفر مقدسی†، لیلا صادق مقدم††،

دکتر انوشیروان کاظم نژاد†††

*مربی گروه پرستاری - دانشگاه آزاد اسلامی واحد شهرکرد، **استادیار گروه آموزش بهداشت - دانشگاه تربیت مدرس، ***مربی گروه پرستاری - دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، †مربی گروه پرستاری - دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد (مؤلف مسئول)، ††مربی گروه مامایی - دانشکده پرستاری و مامایی گناباد، †††استادیار گروه آمار - دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۲۳ - تاریخ تأییدیه: ۱۴۰۱/۲۵

چکیده:

زمینه و هدف:

روش بررسی:

یافته ها:

($p < /$)

($p < /$)

($p < /$)

نتیجه گیری:

مقدمه:

عفونی و تغذیه ای شایع ترین بیماری های بشر امروزی هستند (۱). تالاسمی ماژور که یکی از شدیدترین کم خونی های همولیتیک مادرزادی است (۲) و در

یکی از عواملی که باعث گرفتاری دستگاه سیستم خون ساز به صورت مزمن می شود، عوامل ژنتیکی است. بیماری های ارثی پس از بیماری های

شخص تأثیر بگذارد (۱۰). مطالعات نشان دهنده این است که افراد مبتلا به بیماری های مزمن در صورتی که پنداشت مثبتی از خود داشته باشند با بیماری سازگاری بهتری پیدا می کنند و در این بیماران در صورتی که حس عدم اطمینان از هویت جدید بوجود آید، عزت نفس کاهش می یابد که این ارزیابی منفی نتیجه ای جز پنداشت منفی از خود ندارد در حالی که اگر آنها پنداشت مثبتی از خود داشته باشند، بهتر می توانند با تغییر جسمی جدید سازگاری پیدا کنند (۱۱). تصویر ذهنی در مدل های پرستاری تمرکز در ابعاد خود جسمی، هویت یابی اجتماعی، خود عاطفی و خانوادگی می باشد (۱۲). انسجام و تمامیت خود اتحادی از مجموعه عناصری است که دارای انسجام و یکپارچگی است و این ابعاد را باید در رابطه فرد با جامعه اش به خصوص در دوران پر اهمیت کودکی و نوجوانی جستجو کرد (۱۳). Palma و همکاران اثرات روانی - اجتماعی را در نوجوانان تالاسمی ماژور با میانگین سنی ۱۷/۶ سال بررسی کردند و نشان دادند که والدین بیماران نقش مثبتی در کمک و حمایت از بیماران دارند و همچنین عضویت در انجمن های نوجوانان در توانایی مقابله با مشکلات روزانه آنها تأثیر بسزایی دارد (۶). Tsiantis و همکاران تأثیر بحث گروهی بر واکنش های والدین بیماران مبتلا به تالاسمی ماژور در مقابل بیماری فرزندان بررسی و نشان داده که آشنایی با والدین دیگر کودکان مبتلا به تالاسمی و در میان گذاشتن تجارب و احساسات خود با دیگران باعث بهبود واکنش های نامناسب در برخورد با کودک بیمار شده و اضطراب و احساس گناه والدین نسبت به قبل از مداخله کاهش یافته و والدین دید واقع بینانه تری نسبت به بیماری فرزند خود پیدا نمودند (۱۴).

کشورهای حوزه مدیترانه، خاور میانه، هند و جنوب آسیا بیشتر دیده می شود و اینگونه به نظر می رسد که ایران به نسبت یکی از گرفتارترین کشورهای منطقه در رابطه با تالاسمی ماژور می باشد (۴،۳). در حال حاضر تعداد بیماران مبتلا به تالاسمی در کشور ما حدود ۲۵۰۰۰ نفر می باشد (۵) و سالیانه حدود هزار و پانصد نفر به این تعداد افزوده می شود، در واقع هر شش ساعت یک کودک یا به گفته ای روزانه چهار کودک مبتلا به تالاسمی ماژور در ایران متولد می شود (۳). تالاسمی دیگر بیماری دوره کودکی محسوب نمی شود و با در اختیار قرار دادن سرویس های بهداشتی - درمانی مناسب به این بیماران آنها به خوبی تا بعد از نوجوانی و بلوغ نیز زنده می مانند (۶). هشتاد و پنج درصد از کل مبتلایان در کشور، در گروه سنی زیر هجده سال قرار دارند و در واقع اکثریت این مبتلایان در گروه سنی کودک و نوجوان به سر می برند (۲).

دوران نوجوانی و جوانی حتی برای کسانی که تالاسمی ندارند، لحظاتی حساس در زندگی است. مطالعات نشان داده که نوجوانان مبتلا به بیماری مزمن در مقایسه با همسالان سالم خود در معرض خطر بیشتر از نظر مشکلات روانی، اجتماعی قرار دارند. از جمله مشکلات نوجوانان مبتلا به بیماری های مزمن شامل تصویر ذهنی ناخوشایند، ترس از طرد شدن، مشکل ارتباط با همسالان و ترس از استقلال و نگرانی از بابت خود کفایی می باشد که باعث تغییر در خود پنداره آنان می گردد (۷). تشخیص تالاسمی ماژور مانند هر بیماری محدود کننده و مزمن دیگر تأثیرات نامطلوب بر سلامت روانی بیمار و خانواده او خواهد داشت (۸). با توجه به مزمن بودن و درگیری مادام العمر آن می تواند بر تصویر ذهنی فرد اثر گذاشته (۹) و این تغییر می تواند بر اعتماد به نفس و هویت فردی

آنان سنجیده و با اجرای این برنامه، نقش آن را در پیشگیری و درمان تغییرات منفی در نوجوانان بررسی نماید.

روش بررسی:

این پژوهش یک تحقیق نیمه تجربی از نوع آزمون قبل و بعد از نوع مقطعی است که بر روی ۳۵ نوجوان سنین ۱۱-۱۸ سال مبتلا به تالاسمی ماژور مراجعه کنندگان بخش تالاسمی بیمارستان هاجر شهرکرد شامل ۲۱ نفر دختر و ۱۴ پسر که به صورت غیر تصادفی انتخاب شدند اجرا گردید. داده ها با استفاده از پرسشنامه خود ساخته که شامل مشخصات دموگرافیک (سن، جنس، محل سکونت، گروه خونی، وزن، قد، تحصیلات، تحصیلات و شغل والدین، درآمد و کفایت درآمد آنان، سن تشخیص بیماری، سن شروع تزریق خون، وجود فرد تالاسمیک دیگر در خانواده، وجود بیماری دیگر در فرد، نظم تزریق خون و دسفرال، دفعات بستری شدن در بیمارستان، طحال برداری و سن آن) و وضعیت تصویر ذهنی بود جمع آوری گردید. وضعیت تصویر ذهنی بر اساس پرسشنامه ۵۲ سؤالی تصویر ذهنی افر که مشتمل بر پنج بخش خود روانشناختی، خود اجتماعی، خود جنسی، خود خانوادگی و خود سازگاری می باشد تعیین گردید (۱۹). به منظور اعتبار یابی و نرم سازی آن با بافت فرهنگی کشور ما از روش اعتبار محتوی استفاده شد. محتوی آن توسط ده نفر از اساتید معرب دانشگاه های تهران و تربیت مدرس و ایران مورد تأیید قرار گرفت و جهت اعتماد علمی آن از روش آزمون مجدد استفاده شد و با $F=0/91$ مورد اعتماد قرار گرفت. در ابتدا و قبل از مداخله مشخصات دموگرافیکی و وضعیت تصویر ذهنی نمونه های مورد مطالعه با استفاده از پرسشنامه های مورد نظر مورد ارزیابی قرار گرفت و سپس نمونه ها در گروههای ۱۲-۸ نفری به مدت ۸ هفته و هر هفته دو جلسه یک ساعته در جلسات بحث گروهی شرکت نمودند. مباحث مطرح شده

Mufson و همکاران اثر بخشی روان درمانی بین فردی را بر افسردگی نوجوانان در چارچوب کار گروهی انجام دادند. این مطالعه اثر بخشی گروه را به عنوان یک محیط آزمایشی در اتخاذ راههای ارتباط و تعامل با دیگران نشان می دهد (۱۵). با توجه به خصوصیات دوره نوجوانی که احساس تعلق به گروه دارند و این حقیقت که بحث گروهی، فرآیندی جمعی برای تفکر پیرامون حل مسائل است و اینکه عوامل روانی اجتماعی و تعامل با دیگران و طرز تلقی جمع بر تصویر ذهنی تأثیر دارد (۱۶) و نوجوان تالاسمیک اگر درک صحیح از بیماری داشته باشد، احساس خشم، افسردگی، ترس و نگرانی در او پایدار نمی ماند، اولین و مهمترین اقدام در بهبود تصویر ذهنی این بیماران کمک به بیان احساساتشان می باشد و پرستار از جمله کسانی است که می تواند به این فرآیند کمک کند (۱۷). برای کمک مؤثر به بیمار دچار تغییر در تصویر ذهنی، پرستار باید توانایی سازگاری و منابع حمایت کننده بیمار را شناسایی کند. وقتی بیمار تشویق می گردد که از مهارت ها و راههای پیشرفت خود استفاده کند، اتکاء به نفس (Self esteem) وی بالا می رود و با تغییرات محیطی بهتر سازگار می شود (۱۸).

از آنجایی که تالاسمی ماژور با توجه به مزمن بودن و درگیری مادام العمر آن می تواند بر تصویر ذهنی فرد اثر بگذارد و با توجه به این که اکثریت بیماران در کشور ما در گروه سنی زیر هجده سال می باشند و این تغییر تصویر ذهنی می تواند بر شیوه سازگاری فرد، نحوه زندگی وی و تعاملات اجتماعی او تأثیر گذار باشد (۹)، این مطالعه با اجرای برنامه بحث گروهی در نوجوانان تالاسمیک تأثیر این برنامه را بر میزان تصویر ذهنی

بعد از اتمام جلسات اعضای گروه در جلسه شانزدهم به منظور بررسی تأثیر روش بحث گروهی بر میزان تصویر ذهنی بعد از مداخله شرکت نمودند. همچنین یک ماه پس از آخرین جلسه بحث گروهی برای سومین مرتبه میزان تصویر ذهنی گروه مورد ارزیابی قرار گرفت و نتایج حاصل با استفاده از آزمون t تجزیه و تحلیل گردید.

یافته ها:

میانگین سنی در پسران ۱۴/۴ و در دختران ۱۳/۵ سال بود. بیشترین فراوانی (۴۲/۹٪) پسران در گروه سنی ۱۴-۱۵ سال و ۵۷/۱ درصد دختران در

در جلسات بحث گروه شامل آشنایی اعضاء گروه با یکدیگر بحث در باره روال کار گروه، زمان، طول مدت جلسات و میزان آگاهی و اطلاعات پیرامون چگونگی مراقبت از خود، بررسی میزان عملکرد افراد در باره چگونگی مراقبت از خود (تغذیه، فعالیت و استراحت) توصیف هر یک از اعضا از خود، بررسی میزان اختلال در خود واقعی به وسیله توصیف هر فرد-بحث در باره تفکرات منفی پیرامون تصویر هر فرد از خود، تقویت تفکر مثبت و راههای موفقیت، بررسی چگونگی بهتر زیستن و غیره که در طی هر جلسه موضوعات و بحث های جلسات قبل هم مورد بررسی قرار می گرفت. بعد از اتمام جلسه پانزدهم، بلافاصله

جدول شماره ۱: مقایسه میانگین نمره انواع خود و تصویر ذهنی قبل و بعد از مداخله در دختران و پسران مبتلا به تالاسمی ماژور مراجعه کننده به بخش تالاسمی بیمارستان هاجر شهرکرد

انواع خود و تصویر ذهنی	جنس	قبل از مداخله	بعد اول	بعد دوم
خود روانشناختی	دختر	۵۱/۱۴±۳/۶۸	*۵۷/۹۵±۲/۶۲	*۵۷/۹۳±۲/۸۶
	پسر	۵۱/۱۴±۵/۲۷	*۵۴/۸۶±۴/۵۷	*۵۵/۴۳±۴/۳۶
خود اجتماعی	دختر	۳۵/۱۰±۳/۰۳	۳۶±۲/۴۰	۳۵/۲±۲/۷۴
	پسر	۳۷/۳۶±۳/۷۱	۳۷/۱±۲/۹۷	۳۷±۲/۹۵
خود جنسی	دختر	۳۲/۸۱±۴/۱۴	۳۱/۹۱±۲/۶۳	۳۲/۲۴±۳/۱۸
	پسر	۳۴/۵±۲/۴۷	۳۳/۰۷±۱/۹۴	۳۳/۰۹±۱/۲۳
خود سازگاری	دختر	۳۴/۲۴±۲/۹۰	*۴۱/۵۲±۲/۶۰	*۴۰/۸۱±۲/۴۸
	پسر	۳۴±۵/۱۴	*۴۱/۵۷±۳/۲۳	*۴۱/۳۶±۳/۱۰
خود خانوادگی	دختر	۲۵/۸۶±۲/۳۳	۲۵/۳۳±۱/۶۲	۲۵±۱/۹۴
	پسر	۲۴/۵۷±۱/۷۴	۲۴/۴۳±۲/۱۴	۲۳/۷۱±۲/۴۹
تصویر ذهنی	دختر	۱۷۹/۱۴±۷/۲۷۸	۱۸۹/۱۴±۴/۲۰	۱۸۸/۶۲±۵/۵۳
	پسر	۱۸۱/۵۷±۸/۲۶	۱۸۶/۲۱±۶/۱۵	۱۸۶/۶۴±۵/۷۲

نمرات بر اساس پرسشنامه تصویر ذهنی افر به دست آمده است. $p < 0/05$ * در مقایسه با قبل از مداخله. بعد اول: بلافاصله بعد از اتمام بحث گروهی. بعد دوم: یک ماه بعد از اتمام بحث گروهی. داده ها به صورت انحراف معیار میانگین می باشد.

گروه سنی ۱۳-۱۱ سال بودند. ۲۸/۶ درصد نمونه خواهر یا برادر مبتلا به تالاسمی داشتند. ۳۷/۱ درصد واحدها مورد پژوهش بطور منظم دسفرال تزریق می نمودند حداکثر سن در هنگام طحال برداری در دختران ۱۰ سال و در پسران ۱۴ سال بوده است. همچنین یافته های پژوهش نشان داد که ۷۴/۳ درصد نمونه ساکن روستا می باشند.

بر اساس یافته های این مطالعه اختلاف معنی داری بین حیطه خود روانشناختی قبل و بعد از مداخله در هر دو گروه پسرها و دخترها وجود داشت ($p < 0/001$). همچنین در نمره خود روانشناختی بین پسران و دختران فقط در بعد اول اختلاف معنی داری وجود داشت ($p < 0/05$). در حالی که بین بحث گروهی و حیطه های خود اجتماعی، خود جنسی، خود خانوادگی و خود سازگاری در دو گروه و بین پسر و دختر اختلاف معنی دار وجود نداشت (جدول شماره ۱). همچنین اختلاف معنی داری بین نمره تصویر ذهنی قبل و بعد از مداخله در هر دو گروه پسر و دختر وجود داشت و بحث گروهی باعث بهبود تصویر ذهنی در نوجوانان دختر و پسر تالاسمیک گردید ($p < 0/05$) (جدول شماره ۱).

بحث:

از نظر مشخصات دموگرافیک از قبیل گروه سنی، داشتن خواهر یا برادر مبتلا به تالاسمی، حداکثر سن تشخیص، سن شروع تزریق خون و دسفرال و تزریق مرتب دسفرال یافته های ما با یافته های مطالعات انجام شده در داخل و خارج از کشور مطابقت دارد (۲۳-۸،۲۰-۵).

پژوهش حاضر نشانگر اثر بخشی مثبت شیوه بحث گروهی در حیطه خود روانشناختی در جهت ارتقاء تصویر ذهنی در هر دو گروه دختران و پسران است. همچنین نمره خود روانشناختی در بعد اول بین پسران و دختران اختلاف معنی داری داشت. محققین

معتقدند که جنبه های مختلف تصویر ذهنی با سن و جنس تغییر می کند. این محققین به تحلیل جنسیت به عنوان ساختی اجتماعی می پردازند و احتمال می دهند که زنان در بعضی جنبه های تصویر ذهنی متفاوت باشند و یا انواع متفاوتی مفهوم از خود را داشته باشند (۲۴). همچنین زنان حالات عاطفی و احساسی خود را بیشتر بیان می کنند و در تحقیقی که در آمریکا و بریتانیا بر روی ۶۵ مادر و دختر نوجوان با زمینه های مختلف اجتماعی به منظور بررسی فشار و تنیدگی گسترده انجام شد نشان داد که دختران تمرکز افکارشان بر خود بیشتر می باشد (۹) که این اختلاف در زنان و مردان می تواند باعث ایجاد اختلاف در تأثیر بحث گروهی بین دو گروه در نمره خود روانشناختی باشد.

همچنین مطالعه ما نشان داد بحث گروهی باعث بهبود خود سازگاری در هر دو گروه دختر و پسر می شود. یکی از عواملی که تصویر ذهنی و سازگاری را تحت تأثیر قرار می دهد احساس بیگانگی است که نوجوان احساس جدائی از خود یا خانواده می کند که در واقع دور شدن از احساسات خویش است (۲) که با ورود او به مباحث گروهی و جمع هموعان این مشکل تا حدی مرتفع می شود.

همچنین نتایج مطالعه ما نشان داد نمره تصویر ذهنی در هر دو گروه دختر و پسر بعد از مداخله نسبت به قبل بهبود یافته، یعنی روش بحث گروهی باعث بهبود تصویر ذهنی در نوجوانان تالاسمیک گردیده است که این نتایج مشابه نتایج مطالعه مشکلی است که بیان می دارد اجرای شیوه بحث گروهی بر روی نمونه ها تأثیر مثبت داشته و باعث افزایش خود پنداشت نوجوانان گردیده است (۲۵). همچنین اثر بخشی بحث گروهی در مطالعات دیگر به اثبات رسیده است (۱۵-۱۳) که با یافته های ما مطابقت دارد. Nash بیان می کند که با ایجاد نگرش بهتر به آینده و زندگی در بیماران تالاسمی، این بیماران

تهایی زیاد می کند (۵). لذا بحث گروهی و مصاحبه با همسالان و هموعان می تواند تأثیر مطلوبی در تصویر ذهنی نوجوانان خصوصاً افراد مبتلا به بیماری های مزمن داشته باشد.

با توجه به یافته های پژوهش پیشنهاد می گردد آموزش روش های بحث گروهی برای پرستاران شاغل در بیمارستان ها مورد تأکید قرار گیرد و همچنین شرایط و امکانات لازم جهت استفاده از این روش در تمامی بخش های بیمارستانی فراهم گردد و از طرفی با توجه به تأثیر روش بحث گروهی در تصویر ذهنی بیماران تالاسمیک انجام طرح تحقیقاتی مشابه برای سایر بیماری های مزمن مورد توجه قرار گیرد.

نتیجه گیری:

بکارگیری روش بحث گروهی موجب بهبود تصویر ذهنی نوجوانان تالاسمیک می شود و به عنوان یک روش مناسب در بهداشت روانی بیماران مزمن از جمله تالاسمی پیشنهاد می گردد.

تشکر و قدردانی:

بدینوسیله از مسئولان محترم بخش تالاسمی بیمارستان هاجر شهرکرد که در انجام پژوهش و نوجوانان تالاسمیک که در تکمیل پرسشنامه همکاری نمودند، تشکر و قدردانی می شود.

می تواند تنش ها را به گونه ای مطلوب تحمل نمایند و باید آنها پیش از هر درمانی از دیدگاه روانی - اجتماعی در چهار زمینه بررسی شوند که شامل واکنش های رفتاری نسبت به بیماری، نقش اعضای خانواده در رابطه با بیماری، ارتباط اعضای خانواده و امکانات در دسترس خانواده مانند کمک اقتصادی مشاوره و حمایت است همچنین او معتقد است که اطلاع رسانی گسترده و دسترسی به یافته های روز به افزایش تحمل این بیماران منجر می شود (۲۶). همچنین نگرانی درباره تشکیل خانواده، پنداره ذهنی ضعیف از خود و داشتن احساس متفاوت در این بیماران علت مهمی برای مشکلات روانی آنهاست (۴). یافته های پژوهش Goldbeck و همکارانش در باره جنبه های روانی - اجتماعی بیماری تالاسمی نیز بیانگر آن است که این بیماران اغلب به علت درمان بیماری به اختلال روحی دچار می شوند و لازم است که برای کاهش این اختلال، سازگاری با بیماری و درمان از حمایت بیشتری برخوردار شوند (۲۷).

نوجوانان بیش از کودکان متکی به روابط با همسالانشان هستند، زیرا پیوندهای نوجوانان با والدین سست می شود و نوجوان در پی استقلال است و رفتارهای اجتماعی و ارزشهای فرهنگی نیز دچار سر درگمی است. نوجوانی که مورد تمسخر و یا بی اعتنایی دوستان واقع می شود، دچار اضطراب می گردد. نوجوانی بطور کلی زمان اجتماعی شدن است و در عین حال زمانی است که احساس

منابع:

۱. میر فتاحی محمد باقر. بهداشت کودکان. مجموعه مقالات، تهران: انتشارات دانش پژوه. ۱۳۶۹، ۱۰.
۲. شیروانی غلامحسین. بیماری های خون. تهران: انتشارات دانش پژوه. ۱۳۶۹، ۱۱.
۳. فرمانی فرشته. بررسی دلایل مؤثر بارداری مجدد مادران کودکان مبتلا به تالاسمی ماژور در مراجعین به درمانگاههای خون بیمارستان های وابسته به وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی تهران در سال ۱۳۷۱. فصلنامه پرستاری مامایی دانشگاه ایران. ۱۳۷۵، ۱۴ و ۱۵: ۲۵-۳۲-۲۸.

۴. عرب منصور، عباس زاده عباس. تأثیر آموزش تالاسمی بر آگاهی دانش آموزان. مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی قزوین. ۱۳۸۱، ۲۲(۲): ۴۳-۷.
۵. کریمی مهران، مصلی نژاد لیلا، عبدالهی فرد مهدی. بررسی آنزیم های کبدی در بیماران تالاسمی ماژور مورد پیوند مغز استخوان شیراز در سال ۱۳۸۱. مجله تحقیقات پزشکی (فصلنامه دانشگاه علوم پزشکی شیراز). ۱۳۸۳، ۲(۳): ۷۰-۶۲.
۶. Palma A, Vullo C, Zani B, Facchini A. Psychological integration of adolescents and young adults with thalassaemia major. *Ann NY Acad Sci*. ۱۹۹۸ Jun; ۸۵۰: ۳۵۵-۶۰.
۷. Georganda E. Thalassaemia and adolescent an investigation of chronic illness, individuals and systems. *Family Sys Med*. ۱۹۸۸; ۶(۲): ۱۵۰.
۸. مومنی علی، ادبی مرتضی، امین جواهری ملیح السادات، هورفر حمید. علائم پوستی و مخاطی در بیماران مبتلا به تالاسمی ماژور در اصفهان. مجله دانشگاه علوم پزشکی بابل. ۱۳۸۰، ۳(۱۰): ۴۶-۳۸.
۹. Donelson R. The science of group dynamics. In: Donelson R. *Group dynamic*. ۳rd ed. Virginia: Wadsworth Publishers Company. ۱۹۹۹; p: ۸.
۱۰. Yoder L. Management of clients with hematologic disorder. In: Black JM, Hawks JH, Keene AM. *Medical surgical nursing*. ۶th ed. Philadelphia: WB Saunders Company. ۲۰۰۱; p: ۲۱۱۲-۱۳.
۱۱. Swanson B, Cronin-Stubbs D, Sheldon JA. The impact of psychosocial factors on adapting to physical disability: a review of the research literature. *Rehabil Nurs*. ۱۹۸۹ Mar-Apr; ۱۴(۲): ۶۴-۸.
۱۲. Ayers J. Assessment health perception and health management. In: Fuller J, Schalaller A. *Health assessment: a nursing approach*. Philadelphia: Lippincot Company. ۲۰۰۳; p: ۳۷۳.
۱۳. Bulander D. Adolescents. *Adolscence*. ۲۰۰۴; ۳(۸۵): ۵.
۱۴. Tsiantis J, Xypolita-Tsantili D, Papadakou-Lagoyianni S. Family reactions and their management in a parents group with beta-thalassaemia. *Arc Dis Child*. ۱۹۸۲; ۵۷(۱۱): ۸۶۰-۳.
۱۵. Mufson L, Gallagher T, Dorta KP, Young JF. A group adaptation of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. *Am J Psychother*. ۲۰۰۴; ۵۸: ۳۷-۲۲.
۱۶. معماریان ربابه. کاربرد مفاهیم و نظریه های پرستاری. تهران: مرکز نشر آثار علمی تربیت مدرس. ۱۳۷۸، ۲۳۳.
۱۷. Georganda ET. The impact of thalassaemia on body image, self-image and self-esteem. *Ann NY Acad Sci*. ۱۹۹۰; ۶۱۲: ۴۶۶-۷۲.
۱۸. Belcher AE. Hematolymphatic system. In: Thompson J. *Clinical nursing*. ۲nd ed. Louis: C.V. Mosby Company. ۱۹۸۹; p: ۱۹۹۲.
۱۹. محمودی شن غلامرضا. بررسی مقایسه ای تصویر ذهنی نوجوانان ۱۱-۱۸ سال شهرستان بابل ۱۳۷۴. پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری. دانشگاه تهران. ۱۳۷۴.
۲۰. قائمیان علی، کوثریان مهنوش، ادهمی افسانه. بررسی عملکرد سیستمولیک قلب در بیماران تالاسمی ماژور در مرکز تالاسمی بیمارستان بوعلی ساری در سال ۱۳۷۸. مجله دانشگاه علوم پزشکی بابل. ۱۳۸۰، ۳(۱۱): ۴۲-۶.

۲۱. جشن مطلق علیرضا، وثوق پروانه. تأثیر تزریق مرتب خون و دسفرال بر پیشگیری از هیپوتیروئیدی در بالغین جوان مبتلا به تالاسمی ماژور. مجله دانشگاه علوم پزشکی ایران. ۱۳۸۲، ۸(۲۶): ۳۹۱-۶.
۲۲. فکری علیرضا، شمس الدینی سعداله، مقصودلو نژاد علی. علائم پوستی و مخاطی در بیماران مبتلا به تالاسمی ماژور. فصلنامه بیماری های پوست. ۱۳۷۹، ۳(۱۲): ۷-۱۷.
۲۳. کوثریان مهنوش، ولائی ناصر، مهدیانی ارغوان. آیا بیماران تالاسمیک دریافت کننده دسفرال کمبود ید دارند؟ مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران. ۱۳۷۹، ۱۰(۲۶): ۱-۶.
۲۴. Piliern D. Concepts of child health. In: Piliern D. Children health nursing. Canada: Brown Company. ۱۹۸۷; p: ۹۸.
۲۵. مشکی مهدی، غفرانی پور فضل الله، الهیاری عباسعلی. اثربخشی بحث گروهی بر خود پنداشت نوجوانان پسر دبیرستان های گناباد. مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی قزوین. ۱۳۸۰، ۱۹(۳): ۱۶-۲۱.
۲۶. Nash KB. A psychosocial perspective. Growing up with thalassemia, a chronic disorder. Ann Ny Acad Sci. ۱۹۹۰; ۶۱۲: ۴۴۲-۵۰.
۲۷. Goldbeck L, Baving A, Kohne E. Psychosocial aspects of beta-thalassemia: distress, coping and adherence. Klin Pediatr. ۲۰۰۰ Sep-Oct; ۲۱۲(۵): ۲۵۴-۹.