

Research Paper

Effectiveness of Cognitive Therapy Based on Mindfulness on Perceived Stress, Resilience, and Quality of Life in Patients With Thalassemia Major

Fariborz Jabbarifard¹ , *Kamal Solati^{1,2} , Tayebeh Sharifi¹, Ahmad Ghazanfari¹

1. Department of Psychology, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran.

2. Department of Psychiatry, School of Medicine, Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran.



Citation: Jabbarifard F, Solati K, Sharifi T, Ghazanfari A. Effectiveness of Cognitive Therapy Based on Mindfulness on Perceived Stress, Resilience and Quality of Life in Thalassemic Major Patients. *Journal of Clinical Nursing and Midwifery*. 2019; 7(4):296-307.



Received: 23 Apr 2018

Accepted: 10 Nov 2018

Available Online: 01 Jan 2019

Keywords:

Cognitive therapy based on mindfulness, perceived Stress, Resilience, Quality of life, Thalassemia major

ABSTRACT

Background and Aims Chronic physiological diseases, such as thalassemia, cause serious cognitive, psychological, and social changes in patients. One of the psychological trauma of this disease is the occurrence of stress that affects the positive adaptation with stressful and resilient experiences in these patients and reduces their quality of life. This study aimed to determine the effectiveness of cognitive therapy based on mindfulness on perceived stress, resilience, and quality of life in patients with thalassemia major in Lordegan City, Iran, in 2015-2016.

Methods This is a quasi-experimental study with pretest-posttest design and a control group with follow up. The sample consisted of 40 patients with thalassemia major who referred to Lordegan Shohada Hospital and were selected by purposeful sampling method based on inclusion and exclusion criteria. They were randomly assigned to two groups of experimental and control. The experimental group received acceptance and commitment-based therapy, while the control group did not receive any intervention until the end of the project. The obtained data were collected by perceived stress questionnaire Cohen et al. Researcher Conner and Davison, and World Health Organization Quality of Life (SF-26).

Results The results showed a significant difference between the experimental and control groups, in terms of perceived stress, resilience, and quality of life ($P < 0.001$). So, cognitive-mindedness-based therapy can have a significant effect on the perceived stress, resilience, and quality of life in patients with thalassemia major.

Conclusion Cognitive therapy based on mindfulness is a useful practice in reducing perceived stress, increasing resilience, and improving the quality of life of the patients with thalassemia major.

* Corresponding Author:

Kamal Solati, PhD.

Address: Department of Psychology, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran.

Tel: +98 (913) 3810718

E-mail: kamal_solati@yahoo.com

اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر استرس ادراک‌شده، تاب‌آوری و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به تالاسمی ماژور

فریبرز جباری‌فرد^۱، *کمال صولتی^{۲،۱}،^۱د، طیبه شریفی^۱، احمد غضنفری^۱

۱- گروه روانشناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران.

۲- گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران.

چکیده

تاریخ دریافت: ۰۳ اردیبهشت ۱۳۹۷

تاریخ پذیرش: ۱۹ آبان ۱۳۹۷

تاریخ انتشار: ۱۱ دی ۱۳۹۷

زمینه و هدف: بیماری‌های فیزیولوژیک مزمن همچون تالاسمی، فرایندهای شناختی، روان‌شناختی و اجتماعی بیماران را با آسیب جدی مواجه می‌کند. بر این اساس یکی از آسیب‌های روان‌شناختی این بیماری وقوع استرس است و استرس ناشی از این بیماری، می‌تواند انطباق مثبت با تجربه‌های استرس‌زا و به عبارتی تاب‌آوری را در این افراد تحت تأثیر قرار دهد و همچنین باعث کاهش کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به تالاسمی شود، بنابراین هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، بر استرس ادراک‌شده، تاب‌آوری و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به تالاسمی ماژور شهر لردگان از سال ۱۳۹۵ تا ۱۳۹۶ بود.

روش بررسی: این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل و دوره پیگیری ۳ ماهه بود. نمونه شامل ۴۰ نفر از بیماران مبتلا به تالاسمی ماژور مراجعه‌کننده به بیمارستان شهدای لردگان بود که به روش نمونه‌گیری هدفمند مبتنی بر ملاک‌های ورود و خروج انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل، جایگزین شدند (هر گروه ۲۰ نفر). گروه آزمایش، درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی را طی هشت جلسه دریافت کردند و گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکردند. برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسش‌نامه‌های استرس ادراک‌شده کوهن و همکاران، تاب‌آوری کاتر و دیویسون و کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی استفاده شد. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌های آماری از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد بین گروه آزمایش و کنترل، از لحاظ استرس ادراک‌شده، تاب‌آوری و کیفیت زندگی تفاوت معنی‌داری وجود دارد و در دوره پیگیری نیز این تفاوت مشهود است ($P < 0/001$). بدین ترتیب که درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی توانسته بر استرس ادراک‌شده، تاب‌آوری و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به تالاسمی ماژور تأثیر معنادار داشته باشد.

نتیجه‌گیری: درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی تلویحات کاربردی مفیدی در کاهش استرس ادراک‌شده، افزایش تاب‌آوری و بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به تالاسمی ماژور دارد.

کلیدواژه‌ها:

درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، استرس ادراک‌شده، تاب‌آوری، کیفیت زندگی، تالاسمی ماژور

مقدمه

مشکل اساسی این افراد هنگام رسیدن به جوانی بروز می‌کند؛ یعنی زمانی که علاوه بر مشکلات جسمانی، مشکلاتی نظیر تشکیل خانواده، تحصیلات عالی و یافتن شغل مناسب گریبان‌گیر بیمار و خانواده‌اش می‌شود که بروز مشکلات روانی متعدد از جمله استرس را به همراه دارد.^(۱)

بیماری تالاسمی به دلیل ایجاد شرایط فیزیولوژیک خاص برای افراد، به شکل طبیعی با استرس همراه بوده است. بر این اساس یکی از آسیب‌های روان‌شناختی این بیماری، وقوع استرس است.^(۲) استرس ادراک‌شده عبارت است از واکنش بدن به تغییری که مستلزم سازگاری یا پاسخ ذهنی، جسمی یا هیجانی است. استرس ادراک‌شده حالت یا فرایندی روان‌شناختی است که طی آن فرد

بیماری تالاسمی، یک بیماری مادرزادی اتوزوم مغلوب و نوعی هموگلوبینوپاتی ارثی ناشی از نقص ساخت زنجیره‌های گلوبین است که درمان‌های پزشکی ویژه‌ای را می‌طلبد و این بیماران را (برای بقا) نیازمند تزریق مرتب خون و جابه‌جاکننده آهن (شلاتور) می‌کند.^(۱) امروزه این بیماری به یک بیماری مزمن تبدیل شده است.^(۲،۳) اما این بیماری، هنوز هم از شایع‌ترین بیماری‌های ژنتیکی در ایران و جهان به شمار می‌رود؛ به طوری که حدود ۳۰۰ میلیون بیمار تالاسمی در سراسر جهان وجود دارد و ایران با حدود ۲۰ هزار بیمار تالاسمیک و ۳ میلیون ناقل تالاسمی، یکی از کشورهای است که روی کمربند تالاسمی در جهان قرار گرفته است.^(۴-۶)

* نویسنده مسئول:

دکتر کمال صولتی

نشانی: شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد شهرکرد، گروه روانشناسی.

تلفن: ۳۸۱۰۷۱۸ (۹۱۳) +۹۸

پست الکترونیکی: kamal_solati@yahoo.com

دارد. هدف از بازتوانی بیمار، بهبود توانایی‌های مقابله‌ای و ارتقای کیفیت زندگی است. در حوزه روان‌شناسی سلامت، اعتقاد بر این است که عوامل غیرزیستی (شخصیتی/روان‌شناختی) در شکل‌گیری، تشدید و موفقیت در درمان بسیاری از بیمارهای مزمن نقش دارند. از جمله عوامل روان‌شناختی مؤثر، روان‌درمانی است. مطالعات نقش روان‌درمانی را در حیطه سلامت نشان داده‌اند (۱۸، ۱۹).

از جمله روان‌درمانی‌های قابل استفاده در کاهش و بهبود مشکلات روان‌شناختی این بیماران، درمان‌های روان‌شناختی است. امروزه درمان‌های نسل سوم درمان‌های روان‌شناختی نسبت به دیگر درمان‌ها پیشی گرفته و توانسته‌اند اعتبار لازم برای مطرح‌شدن به عنوان جایگزین درمان‌های شناختی رفتاری را به دست بیاورند. برخی از درمان‌های نسل سوم عبارت است از رفتاردرمانی دیالکتیک، درمان شفقت‌محور و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (۲۰-۲۳).

در این بین درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی نوعی روان‌درمانی است که با استفاده از شیوه‌های رفتاردرمانی شناختی سنتی به همراه راهبردهای جدیدتر روان‌شناختی نظیر ذهن‌آگاهی، مراقبه و توجه آگاهانه اثرگذار است. شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر این نظریه استوار است که وقتی افراد پریشان می‌شوند، در ذهنشان فرایندهای خودکار شناختی ظاهر می‌شود که یک اپیزود را به راه می‌اندازد. هدف شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی برهم‌زدن این فرایندهای خودکار شناختی و آموزش به مراجعان برای کمتر واکنش نشان دادن به محرک‌های واردشده به فکر است، همچنین این هدف نیز دنبال می‌شود که مراجع، پذیرش و مشاهده بدون قضاوت آن محرک‌ها را بیاموزد. این تمرین ذهن‌آگاهی، مراجعان را یاری می‌کند تا به فرایندهای شناختی هنگام وقوع توجه کنند و واکنش خود را بیشتر به صورت تعمق در بیاورند (۲۴). پژوهش‌های پیشین نشان از کارایی این درمان داشته‌اند. چنان‌که لیان^۲ و همکاران اثربخشی این درمان را بر استرس روان‌شناختی، سلطانی تأثیر این درمان را بر بهبود تاب‌آوری و سون و چویی^۳ اثربخشی این درمان را در افزایش کیفیت زندگی بررسی و تأیید کرده‌اند (۲۵-۲۷).

در باب ضرورت انجام پژوهش حاضر باید گفت مزمن‌بودن بیماری به همراه عوارض و پیامدهای ناخوشایند ناشی از آن، بستری‌شدن‌های احتمالی در بیمارستان، مراجعات مکرر به پزشک و عوارض جانبی ناشی از مصرف داروها یا جراحی و گاه اطلاعات مبهم و ادراک نادرست از بیماری، آسیب‌های قابل ملاحظه‌ای به سلامت روان‌شناختی و کیفیت زندگی بیمار وارد می‌کند (۲۸). بیماران مبتلا به تالاسمی در معرض ابتلا به انواع مختلف اختلالات روانی قرار دارند. چنان‌که نتایج پژوهش‌های پیشین نشان داده‌اند بیماران مبتلا به تالاسمی ماژور کیفیت زندگی پایینی دارند و درصد زیادی از بیماران از افسردگی، اضطراب و استرس متوسط تا شدید رنج می‌برند (۲۹).

بهبودی جسمی و روان‌شناختی خود را تهدیدشده ادراک می‌کند. در واقع ایجاد استرس به چگونگی برداشت و درک فرد از موقعیت‌ها و حوادث بستگی دارد. ممکن است یک موقعیت برای فردی بی‌خطر و برای فرد دیگری به صورت یک تهدید درک شود (۹).

اهمیت توجه به استرس از آن منظر است که از آثار استرس قابل سرایت از محیطی به محیط دیگر یا انتقال از حوزه‌ای به حوزه دیگر است. آثار استرس می‌تواند موجب اختلال در روابط افراد به‌ویژه روابط همسران شود و رنج و ناراحتی آن‌ها را به کودکان نیز منتقل و به کیفیت زندگی نیز لطمه وارد کند (۱۰).

استرس ناشی از این بیماری مزمن، می‌تواند انطباق مثبت با تجربه‌های تلخ، ناگوار و استرس‌زا و به عبارتی تاب‌آوری را در این افراد تحت تأثیر قرار دهد (۱۱). چنان‌که در افرادی که تاب‌آوری پایینی دارند رهایی سریع از استرس، اجتناب‌ناپذیر است که این امر در کاهش تحمل فرد برای مقابله با شرایط ناگوار بیماری و محدودیت‌های ناشی از آن و کیفیت زندگی اهمیت زیادی دارد (۱۲).

تاب‌آوری در موقعیت‌های مختلف زندگی، به‌ویژه مواقع بحرانی، پاسخ‌های افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد و با کنترل احساسات، عواطف و هیجان‌ها، موجبات عملکرد بهتر آن‌ها را در این موقعیت‌ها موجب می‌شود. این فرایند، سازگاری موفق با شرایط ناگوار را در افراد افزایش می‌دهد و باعث می‌شود فرد با گذر از شرایط تنش‌زا، پیامدهای سالم روان‌شناختی و محیطی را تجربه کند (۱۳). مشخصه ذاتی و درونی تاب‌آوری، خودشکوفایی است، افراد تاب‌آور جهت‌گیری مشخص در زندگی دارند، در ارتباط با دیگران و خود نقش حمایت‌گرانه دارند و قدرت درونی آن‌ها سبب می‌شود در برابر آسیب‌های روان‌شناختی مقاوم‌تر باشند (۱۴).

از طرف دیگر دلایل بسیاری از جمله مزمن‌شدن بیماری، هزینه‌های درمان و انتظار مرگ، باعث ایجاد مشکلات روانی، از جمله استرس و تبعات آن و همچنین کاهش کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به تالاسمی می‌شود (۱۵). تحقیقات بسیاری نیز نشان داده‌اند که بیماران مبتلا به تالاسمی ماژور، افسردگی و اختلالات روانی بیشتر و کیفیت زندگی ضعیف‌تری را نسبت به افراد سالم گزارش می‌کنند (۱۶، ۱۷).

در همین راستا لوپریزی^۱ و همکاران در بررسی‌های خود نقش استرس و تاب‌آوری در تعیین میزان ناتوانی حاصل از بیماری‌های مزمن و کیفیت زندگی مبتلایان را تأیید کرده‌اند. با توجه به اینکه بیماری‌های مزمن، اثرات درازمدتی بر زندگی فرد بیمار و حتی اطرافیان او بر جا می‌گذارد، بسیار اهمیت دارد که فرد بتواند با تغییرات منفی حاصله کنار بیاید و روندی سازنده را در برابر رویکرد خودشکنانه در پیش گیرد (۱۷).

با توجه به موارد مذکور مسئله بازتوانی این بیماران اهمیت ویژه‌ای

2. Lianne

3. Son & Choi

1. Loprinzi

روی گروه آزمایش و در گروه‌های پنج‌نفره، مداخله درمانی از سوی نویسندگان اول پژوهش به صورت هفته‌ای یک جلسه (هر جلسه ۹۰ دقیقه) و طی ۲ ماه مطابق با جدول شماره ۱ انجام شد، در حالی که گروه کنترل به همان روش جاری و معمول آموزش می‌دید.

مقیاس استرس ادراک‌شده

چوئن^۲ و همکاران، مقیاس استرس ادراک‌شده را ابداع کردند که مشتمل بر ۱۴ آیتم است و هر آیتم بر اساس یک مقیاس لیکرتی ۵ درجه‌ای (هرگز، تقریباً هرگز، گاهی اوقات، اغلب اوقات و بسیاری از اوقات) پاسخ داده می‌شود.^(۳۱) ضرایب پایایی همسانی درونی مقیاس از طریق ضریب آلفای کرونباخ در دامنه‌ای از ۰/۸۶ تا ۰/۸۴ در دو گروه از دانشجویان به دست آمده است.^(۳۲) استرس ادراک‌شده به طور معناداری با نشانه‌های افسردگی و جسمی رویدادهای زندگی، اضطراب اجتماعی و رضایت از زندگی پایین و بهره‌مندی از خدمات بهداشتی همبسته است.^(۳۱)

بر اساس پژوهشی روی دانشجویان ژاپنی، ضریب آلفای کرونباخ مقیاس اصلی و مقیاس ویرایش‌شده ژاپنی، به ترتیب ۰/۸۸ و ۰/۸۱ به دست آمد.^(۳۳) علاوه بر این، پژوهشگران روایی محتوایی پرسش‌نامه استرس ادراک‌شده را مطلوب گزارش کرده‌اند. سجادی‌نژاد و همکاران نیز ضریب آلفای کرونباخ را ۰/۷۵ بیان کرده‌اند.^(۳۲) پایایی این پرسش‌نامه در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۳ محاسبه شد.

مقیاس تاب‌آوری

مقیاس تاب‌آوری را داویدسون و کونر^۵ در سال ۲۰۰۳ با مرور منابع پژوهشی در حوزه تاب‌آوری به منظور اندازه‌گیری قدرت مقابله با فشار و تهدید تهیه کردند.^(۳۴) ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس در شش گروه جمعیت عمومی، مراجعه‌کنندگان به بخش مراقبت اولیه، بیماران سرپایی روان‌پزشکی، افراد با اختلال فراگیر و دو گروه از بیماران اختلال استرس پس از آسیب بررسی شده است. داویدسون و کونر بر این باورند که این مقیاس به‌خوبی قادر است افراد تاب‌آور و غیرتاب‌آور را در گروه‌های بالینی و غیربالینی تفکیک کند.^(۳۴)

در این مقیاس، ۲۵ گویه با طیف ۵ درجه‌ای لیکرت (کاملاً نادرست تا همیشه درست) در نظر گرفته شده که از صفر (کاملاً نادرست) تا ۴ (همیشه درست) نمره‌گذاری می‌شود و یک نمره کل از تاب‌آوری به دست می‌دهد. روایی (به روش تحلیل عوامل و روایی همگرا و واگرا) و پایایی (به شرط بازآزمایی و آلفای کرونباخ) مقیاس را سازندگان آزمون در گروه‌های مختلف (عادی و در خطر) احراز کرده‌اند.^(۳۴) در ایران، پایایی مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۳ گزارش شده است.^(۳۵)

حال با توجه به شیوع آسیب‌های روان‌شناختی و هیجانی در این بیماران، ضرورت به‌کارگیری درمان‌های روان‌شناختی کارا برای این بیماران امری اجتناب‌ناپذیر است. همچنین باید گفت از آنجایی که پژوهش‌های بسیاری اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی را در بهبود وضعیت روان‌شناختی بیماران مزمن تأیید کرده‌اند و با توجه به آنکه هر رویکرد مسیر خاص خود را در دستیابی به زندگی مطلوب در این بیماران در پیش می‌گیرد، لازم است درمانی که بیشترین اثر و کارایی را در زمان محدودتر دارد، مشخص شود تا آن درمان به عنوان رویکردی غالب در مراکز مخصوص این بیماران آموزش داده شود و در سطح وسیعی کاربردی شود. بنابراین با توجه به کاربرد بسیار شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر وضعیت روان‌شناختی بیماران مزمن و همچنین بررسی‌نشده تأثیر این درمان بر وضعیت روان‌شناختی بیماران مبتلا به تالاسمی ماژور، این پژوهش به دنبال بررسی تأثیر شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر استرس ادراک‌شده، تاب‌آوری و کیفیت زندگی بیماران تالاسمی ماژور بود.

روش بررسی

روش پژوهش تحقیق، نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون‌پس‌آزمون با گروه کنترل و دوره پیگیری ۳ ماهه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر تمام بیماران مبتلا به تالاسمی ماژور ۱۸ تا ۳۵ ساله مراجعه‌کننده به بخش تالاسمی بیمارستان شهدای لردگان در مقطع زمانی آذر ۱۳۹۵ تا مرداد سال ۱۳۹۶ بودند و ۴۰ نفر به صورت هدفمند، مبتنی بر ملاک‌های ورود و خروج (ملاک‌های ورود: تشخیص تالاسمی ماژور از سوی متخصص انکولوژی، ابتلانداشتن به بیماری حاد یا مزمن دیگری غیر از تالاسمی ماژور، داشتن تحصیلات حداقل سوم راهنمایی، رضایت از شرکت در مطالعه، کسب نمره بیشتر از ۲۸ در پرسش‌نامه استرس ادراک‌شده، نمره کمتر از ۵۰ در پرسش‌نامه تاب‌آوری و کسب نمره کمتر از ۵۳ در کیفیت زندگی) انتخاب شدند.

ملاک‌های خروج نیز شامل سابقه مصرف داروهای روان‌پزشکی، دریافت درمان‌های روان‌شناختی همزمان، غیبت بیش از دو جلسه و انجام‌ندادن تکالیف محوله بود. حجم نمونه با استفاده از جدول کوهن و تعیین اندازه اثر با توجه به $1-\beta=0/8$ ، $\alpha=0/05$ ، $\alpha=0/05$ و با توجه به اندازه اثرهای پیشینه پژوهش محاسبه و در هر دو گروه ۲۰ نفر برآورد شد.^(۳۶) سپس از ۴۰ نفر انتخاب‌شده، به صورت تصادفی ۲۰ نفر در گروه آزمایش و ۲۰ نفر در گروه کنترل قرار گرفتند. در مطالعه حاضر پرسش‌نامه‌های پژوهش در سه مرحله قبل از مداخله (مرحله پیش‌آزمون)، پس از مداخله (مرحله پس‌آزمون) و ۳ ماه پس از اتمام مداخله (مرحله پیگیری) اجرا شدند. برای رعایت اخلاق در پژوهش رضایت افراد برای شرکت در برنامه مداخله گرفته شد و از آن‌ها از تمام مراحل مداخله آگاه شدند.

همچنین به افراد گروه کنترل اطمینان داده شد که آنان نیز پس از اتمام فرایند پژوهشی این مداخلات را دریافت خواهند کرد. در نهایت،

4. Cohen

5. Davidson and Coner

پرسش‌نامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی فرم کوتاه

پیش‌آزمون، تکمیل کردند و نفرات به صورت تصادفی به دو گروه گمارش شدند. پس از آن شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش به مدت هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی قرار گرفتند. برای گروه کنترل در این مدت، هیچ‌گونه مداخله‌ای صورت نگرفت. در پایان جلسات، شاخص‌هایی که در پیش‌آزمون ارزیابی شده بودند، مجدداً ارزیابی شدند. همچنین یک پیگیری ۳ ماهه نیز انجام شد. برنامه درمانی طبق پروتکل کابات-زین^۶ که در تحقیقات مختلفی مطالعه شده است، اجرا شد که در جدول شماره ۱ ارائه شده است^(۳۴).

محتوای جلسات درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی

در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از دو سطح آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد. در سطح آمار توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد و در سطح آمار استنباطی از آزمون کلموگروف اسمیرنوف برای بررسی عادی بودن توزیع متغیرها، آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس‌ها و از آزمون موچلی برای بررسی پیش‌فرض کرویت استفاده شد. در نهایت برای اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر استرس ادراک‌شده، تاب‌آوری و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به تالاسمی ماژور از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. نتایج آماری با استفاده از نسخه ۲۳ نرم‌افزار آماری SPSS تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها

نتایج حاصل از یافته‌های جمعیت‌شناختی در جدول شماره ۲ ارائه شده است. قبل از ارائه نتایج تحلیل آزمون واریانس با اندازه‌گیری

6. Kabat-Zinn

در این پژوهش، برای سنجش کیفیت زندگی از پرسش‌نامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی که فرم خلاصه‌شده مقیاس ۱۰۰ ماده‌ای کیفیت زندگی است، استفاده شد^(۳۴). پرسش‌نامه مذکور ۲۶ سؤال دارد. دو سؤال آن درباره رضایت‌مندی از سلامت عمومی و درک کلی فرد از کیفیت زندگی خود است و بقیه گویه‌ها، احساس و رفتار فرد را در دو هفته اخیر در ابعاد مختلف کیفیت زندگی اندازه‌گیری می‌کند که مواردی مانند فعالیت فیزیکی، درد جسمی، ایفای نقش جسمی، درک کلی از سلامت عمومی، قوه یا نیروی حیاتی، فعالیت اجتماعی، نقش عاطفی و سلامت روانی را شامل می‌شود^(۳۴).

نمره‌گذاری این پرسش‌نامه به روش لیکرت و بر اساس درجه‌بندی ۵ درجه‌ای است و کسب نمره بیشتر به معنی کیفیت زندگی بهتر است. پرسش‌ها در چهار زمینه کلی شامل سلامت عمومی، جنبه‌های روان‌شناختی، روابط اجتماعی و محیط فیزیکی هستند و جنبه‌های مثبت و منفی کیفیت زندگی را ثبت می‌کنند. در ایران، روایی این ابزار به روش روایی محتوا تأیید شده است و ضریب آلفای کرونباخ را در بخش عملکرد جسمی، ۰/۷۰؛ درد، ۰/۹۰؛ فعالیت‌های روزانه، ۰/۹۵؛ احساس، ۰/۸۴؛ خواب، ۰/۸۹؛ سلامت کلی، ۰/۷۸ و ارتباط با نزدیکان، ۰/۹۱ گزارش کرده‌اند^(۳۷). همچنین ضریب آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه در پژوهش سجادی‌نژاد و همکاران ۰/۸۱ به دست آمد^(۳۲).

پس از تعیین اهداف پژوهش، در آغاز درمان شرکت‌کنندگانی که به صورت هدفمند مبتنی بر ملاک‌های ورود و خروج انتخاب شده بودند، پرسش‌نامه‌های پژوهش را به منظور اجرای

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی

جلسات	محتوا
اول	تنظیم خط مشی کلی با در نظر گرفتن جنبه محرمانه بودن و زندگی شخصی افراد، دعوت افراد به معرفی خود به یکدیگر، تمرین واریس بدنی، تکلیف خانگی، بحث و تعیین جلسات هفتگی، توزیع نوارها و جزوات.
دوم	شامل آموزش تن‌آرامی برای ۱۴ گروه از عضلات شامل ساعد، بازو، عضله پشت ساق پا، ران‌ها، شکم، سینه، شانه‌ها، گردن، لب، چشم‌ها و پیشانی
سوم	تن‌آرامی برای شش گروه از عضلات شامل دست‌ها و بازوها، پاها و ران‌ها، شکم و سینه، پیشانی و لب‌ها و آموزش تکلیف خانگی تن‌آرامی آموزش.
چهارم	آشنایی با نحوه ذهن‌آگاهی تنفس، آموزش تکنیک دم و بازدم همراه آرامش و بدون تفکر درباره چیز دیگر و آموزش تکنیک تماشای تنفس و تعیین تکلیف خانگی ذهن‌آگاهی تنفس قبل از خواب.
پنجم	شامل آموزش تکنیک توجه به حرکت بدن هنگام تنفس، تمرکز بر اعضای بدن و حرکات آن‌ها و جست‌وجوی حس‌های فیزیکی و تعیین تکلیف خانگی ذهن‌آگاهی خوردن.
ششم	آموزش توجه به ذهن، افکار مثبت و منفی، خوشایند یا ناخوشایند بودن افکار، اجازه دادن به ورود افکار منفی و مثبت به ذهن و به آسانی خارج کردن آن‌ها از ذهن بدون قضاوت و توجه عمیق به آن‌ها.
هفتم	شامل ۴۰ دقیقه مراقبه نشسته، بازنگری تکالیف خانگی و تمرین مشاهده ارتباط بین فعالیت و خلق بود.
هشتم	بازنگری و جمع‌بندی مطالب گذشته

همان گونه که نتایج جدول شماره ۴ نشان می‌دهد میزان F اثر تعامل مراحل و گروه برای متغیرهای استرس ادراک شده، $۹۴/۳۷$ ؛ تاب‌آوری، $۳۹/۷۰$ و کیفیت زندگی $۱۰۵/۴۴$ است که در سطح $۰/۰۰۱$ معنی‌دار است. این یافته نشان می‌دهد گروه‌های آزمایش و کنترل از لحاظ متغیرهای پژوهش (استرس ادراک شده، تاب‌آوری و کیفیت زندگی) در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، با یکدیگر تفاوت معنی‌داری دارند. برای بررسی تفاوت گروه آزمایش با گروه کنترل در متغیرهای پژوهش در جدول شماره ۵ نتایج مقایسه میانگین گروه‌های آزمایش و کنترل در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گزارش شده است.

همان گونه نتایج جدول شماره ۵ نشان می‌دهد، در متغیرهای استرس ادراک شده، تاب‌آوری و کیفیت زندگی تفاوت میانگین گروه آزمایش با گروه کنترل در مرحله پیش‌آزمون ($۰/۲۶$ ، $۰/۱۶$ و $۰/۵۰$) معنی‌دار نیست و در نتیجه بین دو گروه آزمایش و کنترل در این مرحله تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. اما تفاوت میانگین گروه آزمایش و گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون ($P < ۰/۰۰۱$) و پیگیری ($P < ۰/۰۰۱$) در متغیرهای استرس ادراک شده، تاب‌آوری و کیفیت زندگی معنی‌دار است. در نتیجه میانگین گروه آزمایش در این دو مرحله به صورت معنی‌داری متفاوت از میانگین گروه کنترل است. این یعنی روش درمانی شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی توانسته

مکرر، پیش‌فرض‌های آزمون‌های پارامتریک سنجیده شد. بر همین اساس نتایج آزمون شاپیرو ویلک بیانگر آن بود که پیش‌فرض عادی بودن توزیع نمونه‌های داده‌ها در متغیرهای استرس ادراک شده، تاب‌آوری و کیفیت زندگی در گروه‌های آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری برقرار است ($f = ۰/۴۱$ ، $۰/۴۹$ ، $P > ۰/۰۵$). همچنین پیش‌فرض همگنی واریانس نیز با آزمون لوین سنجیده شد که نتایج نشان می‌داد پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها رعایت شده است ($f = ۱/۲۱$ ، $P > ۰/۰۵$). از طرفی نتایج آزمون تی نشان داد تفاوت میانگین نمرات پیش‌آزمون گروه‌های آزمایش و کنترل در متغیرهای وابسته (استرس ادراک شده، تاب‌آوری و کیفیت زندگی) معنادار نبوده است ($P > ۰/۰۵$) (جدول شماره ۲).

همچنین نتایج آزمون موچلی بیانگر آن بود که پیش‌فرض کرویت داده‌ها در متغیرهای استرس ادراک شده، تاب‌آوری و کیفیت زندگی رعایت شده است ($P > ۰/۰۵$). برای بررسی اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر استرس ادراک شده، تاب‌آوری و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به تالاسمی ماژور از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شده است. در این تحقیق یک عامل درون‌آزمودنی وجود داشت که زمان اندازه‌گیری متغیر پژوهش در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بود و یک عامل بین‌آزمودنی وجود داشت که عضویت گروهی بود.

جدول ۲. نتایج حاصل از یافته‌های جمعیت‌شناختی در گروه‌های آزمایش و کنترل

گروه‌ها	جنسیت			سن				تحصیلات				
	مرد	زن	P مقدار	۱۸-۲۲	۲۳-۲۷	۲۸-۳۲	۳۳-۳۷	سیکل	دیپلم	کارشناسی	ارشد	P مقدار
گروه آزمایش	۸	۱۲	۰/۲۳	۴	۳	۴	۴	۳	۴	۵	۳	۰/۱۱
گروه کنترل	۹	۱۱		۳	۴	۴	۵	۳	۵	۲		

جدول ۳. میانگین و انحراف استاندارد گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای استرس ادراک شده، تاب‌آوری و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به تالاسمی ماژور

متغیرها	مرحله	میانگین \pm انحراف استاندارد		میزان معناداری
		گروه آزمایش	گروه کنترل	
استرس ادراک شده	پیش‌آزمون	$۲۹/۸۰ \pm ۴/۹۳$	$۳۱/۷۵ \pm ۵/۹۴$	۰/۲۴
	پس‌آزمون	$۲۲/۳۵ \pm ۳/۲۶$	$۳۲ \pm ۵/۹۵$	۰/۰۰۰۱
	پیگیری	$۲۰/۵۵ \pm ۳/۱۵$	$۳۲/۱۵ \pm ۵/۴۷$	۰/۰۰۰۱
تاب‌آوری	پیش‌آزمون	$۳۰/۲۰ \pm ۸/۰۲$	$۳۳/۳۰ \pm ۵/۷۱$	۰/۲۱
	پس‌آزمون	$۴۵/۶۰ \pm ۱۰/۵۰$	$۳۳/۹۵ \pm ۵/۷۶$	۰/۰۰۰۱
	پیگیری	$۴۵/۵۰ \pm ۸/۲۳$	$۳۴ \pm ۵/۵۳$	۰/۰۰۰۱
کیفیت زندگی	پیش‌آزمون	$۴۱/۴۰ \pm ۷/۱۷$	$۴۰/۰۵ \pm ۵/۲۸$	۰/۱۹
	پس‌آزمون	$۵۰/۵۵ \pm ۶/۷۱$	$۴۰/۶۰ \pm ۵/۶۶$	۰/۰۰۰۱
	پیگیری	$۵۲/۸۵ \pm ۷/۲۵$	$۴۱/۵۵ \pm ۵/۹۳$	۰/۰۰۰۱

جدول ۴. تحلیل واریانس با واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی تفاوت گروهها در متغیر پژوهش

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار f	مقدار P	اندازه اثر	توان آزمون
استرس ادراک‌شده	مراحل	۲	۲۲۱/۴۷	۸۰/۲۸	۰/۰۰۰۱	۰/۶۸	۱
	گروه‌بندی	۱	۱۷۹۴/۱۳	۲۶/۶۲	۰/۰۰۰۱	۰/۴۲	۱
	تعامل مراحل و گروه‌بندی	۲	۲۶۰/۳۵	۹۴/۳۷	۰/۰۰۰۱	۰/۷۱	۱
	خطا	۷۶	۲۰۹/۶۶	۲/۷۶			
تاب‌آوری	مراحل	۲	۱۷۱۲/۰۱	۸۵۶	۰/۰۰۰۱	۰/۵۵	۱
	گروه‌بندی	۱	۱۳۴۰	۱۰/۰۴	۰/۰۰۰۳	۰/۲۱	۰/۸۷
	تعامل مراحل و گروه‌بندی	۲	۱۴۳۵/۸۱	۲۱۷/۹۰	۰/۰۰۰۱	۰/۵۱	۱
	خطا	۷۶	۱۴۳۴/۱۶	۱۸/۰۸			
کیفیت زندگی	مراحل	۲	۹۱۰/۰۱	۴۵۵	۰/۰۰۰۱	۰/۸۱	۱
	گروه‌بندی	۱	۱۶۹۵	۱۴/۴۵	۰/۰۰۰۱	۰/۲۸	۰/۹۶
	تعامل مراحل و گروه‌بندی	۲	۵۸۰/۲۱	۲۹۰/۱۰	۰/۰۰۰۱	۰/۷۳	۱
	خطا	۷۶	۲۰۹/۱۰	۲/۷۵			

طول دوره پیگیری ۳ ماهه همچنان ماندگار بوده است. این بخش از یافته‌ها به صورت مستقیم و غیرمستقیم با مطالعه وان سون^۷ همسو است^(۳۸). علاوه بر این لینین و همکاران در نتایج پژوهش خود نشان داده‌اند شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی باعث کاهش استرس روان‌شناختی می‌شود^(۳۰).

در تبیین یافته اول پژوهش مبنی بر اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر استرس ادراک‌شده در بیماران مبتلا به

7. Van Son

باعث کاهش استرس ادراک‌شده و بهبود تاب‌آوری و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به تالاسمی ماژور در مراحل پس‌آزمون و پیگیری شود.

بحث

پژوهش حاضر به منظور ارزیابی اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر استرس ادراک‌شده، تاب‌آوری و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به تالاسمی ماژور شهر لردگان انجام شد. نتایج نشان داد درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش استرس ادراک‌شده افراد مبتلا به بیماری تالاسمی ماژور تأثیر دارد. این اثر در

جدول ۵. نتایج مقایسه میانگین گروه‌های آزمایش و کنترل در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در متغیر پژوهش

مؤلفه	مرحله	مقدار تی	درجه آزادی	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد برآورد	سطح معناداری
استرس ادراک‌شده	پیش‌آزمون	-۱/۱۲	۳۸	-۱/۹۵	۱/۷۲	۰/۲۶
	پس‌آزمون	-۶/۳۵	۳۸	-۹/۶۵	۱/۵۱	۰/۰۰۰۱
	پیگیری	-۸/۲۰	۳۸	-۱۱/۶۰	۱/۴۱	۰/۰۰۰۱
تاب‌آوری	پیش‌آزمون	-۱/۴۰	۳۸	-۳/۱۰	۲/۲۰	۰/۱۶
	پس‌آزمون	۴/۳۴	۳۸	۱۱/۶۵	۲/۶۷	۰/۰۰۰۱
	پیگیری	۵/۱۸	۳۸	۱۱/۵۰	۲/۲۱	۰/۰۰۰۱
کیفیت زندگی	پیش‌آزمون	۰/۶۷	۳۸	۱/۳۵	۲	۰/۵۰
	پس‌آزمون	۵/۰۴	۳۸	۹/۹۰	۱/۹۶	۰/۰۰۰۱
	پیگیری	۵/۳۹	۳۸	۱۱/۳۰	۲/۰۹	۰/۰۰۰۱

ناشی از استرس و نشخوار محافظت کند. با انجام تمرین‌های منظم ذهن‌آگاهی، تغییراتی مثبت در برخی از کارکردهای روان‌شناختی مانند کاهش استرس و کنترل هیجان ایجاد می‌شود که باعث کسب مهارت‌های خودگردانی و انعطاف‌پذیری در برخورد با رویدادهای استرس‌زا و کسب مهارت‌های فیزیکی و جسمی می‌شود و گرفتن مهارت‌های لازم برای تغییر چالش‌ها بر اساس ذهن‌آگاهی، باعث افزایش تاب‌آوری در بیماران مبتلا به تالاسمی ماژور می‌شود^(۴۱).

در نهایت نتایج نشان داد، درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی باعث بهبود کیفیت زندگی مبتلایان به بیماری تالاسمی ماژور شده است و پس از ۳ ماه این اثر پایدار بوده است. این یافته با نتایج پژوهش سون و چویی همسو بود^(۴۲). این پژوهشگران در نتایج پژوهش خود گزارش کرده‌اند که شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی باعث بهبود کیفیت زندگی افراد می‌شود. در تبیین این یافته‌ها می‌توان بیان کرد، شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، باعث تغییر شناختی در طرز تفکر و در نتیجه رفتار بیمار می‌شود و از اصول تقویت شرطی سود می‌برد. بدین ترتیب که در طی این درمان فرد مبتلا به تالاسمی ماژور با استفاده از تکنیک‌های شناختی می‌آموزد که باید برای نیل به موقعیت بهتر تلاش کند و این امر به طور مستمر باعث بهبود وضعیت پیروی از درمان بیمار می‌شود و در عین آرامش و آگاهی، بیمار به درمان فردی خود ادامه می‌دهد و نواقص و اشکالات خود را در جلسات حضوری حل می‌کند^(۴۱).

این درمان به افراد کمک می‌کند این نکته را درک کنند که هیجان‌های منفی ممکن است رخ دهند، اما آن‌ها جزء ثابت و دائمی شخص نیستند. این دیدگاه باعث تقویت امید به زندگی در فرد می‌شود و باعث می‌شود به جای آنکه فرد به رویدادها به طور غیرارادی و بی‌تأمل پاسخ دهد، به نقش و عاملیت خود و اراده فردی در حل مشکلات توجه کند و به مسیرهای مختلف برای رسیدن به هدف بیندیشد و به زندگی خود غنا و معنی بخشد^(۴۳).

با توجه به نتایج پژوهش حاضر به منظور بهبود استرس ادراک‌شده، تاب‌آوری و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به تالاسمی ماژور می‌توان از درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی استفاده کرد که با توجه به اثرات ماندگار آن در ارتقای تاب‌آوری و کیفیت زندگی و کاهش استرس ادراک‌شده، قادر است باعث کاهش مشکلات روان‌شناختی این گروه از بیماران شود. متخصصان امر می‌توانند با استفاده از این مداخله به موازات درمان‌های دارویی، گامی مؤثر در راستای بهبود وضعیت روان‌شناختی بیماران مبتلا به تالاسمی و خانواده‌های آنان بردارند. علاوه بر این باید اشاره کرد در حوزه پرستاری نیز این درمان می‌تواند کارایی داشته باشد؛ چنان‌که آشنایی با مفاهیم شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌تواند باعث این شود که پرستاران با انتقال مفاهیم این درمان به بیماران تالاسمی، سبب شوند بیماران با افزایش پذیرش و ذهن‌آگاهی خود، تعاملات مثبت‌تری را با پرستاران داشته و پاسخ بهتری را نیز به روند درمانی خود نشان دهند.

تالاسمی ماژور بر اساس مبانی نظری باید بیان کرد، در درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، بر تغییر آگاهی و ایجاد رابطه جدید با افکار به جای تغییر آن‌ها تأکید می‌شود که نشخوارهای ذهنی را کاهش می‌دهد. این توانایی به واسطه پرورش دو مهارت مهم پذیرش تجارب درونی افکار، احساسات و حس‌های بدنی ناخوشایند و اجتناب‌نکردن از این تجارب است. یکی از مکانیسم‌های اثر ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت‌درمانی برای افزایش پذیرش، ارائه شیوه متفاوتی از مواجهه با هیجانات، درد و پریشانی است^(۴۴).

به گونه‌ای که فرد را ترغیب می‌کند تا به تجارب خود به شیوه‌ای خالی از قضاوت و در زمان حال توجه کند و از این طریق میزان ناراحتی روان‌شناختی را کاهش می‌دهد^(۴۵). به نظر می‌رسد شیوه متفاوت ارتباط با هیجانات که در ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت‌درمانی به بیماران مبتلا به تالاسمی ماژور آموزش داده می‌شود، بر هیجانات ناخوشایند آن‌ها نظیر استرس مؤثر بوده است. به علاوه درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی عنصر اصلی بالابردن خودآگاهی لازم برای توانمندسازی و پاسخ‌های مطلوب در شرایط بحرانی برای جلوگیری از تجربه اضطراب و استرس است و همواره به عنوان یک محرک قوی دائمی پیش‌گیرنده عمل می‌کند.

در درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی بیمار یاد گرفت که در لحظه حال، ذهن را از یک شیوه به سوی شیوه دیگر حرکت دهد. در همین راستا افراد آموختند چگونه به شکلی متفاوت با افکار ناکارآمد و غیرمنطقی نظیر داشتن بیماری تالاسمی ماژور و هیجانات و احساسات منفی خود نظیر استرس ارتباط برقرار کنند. این روش درمانی با ایجاد تراوش‌های فکری و عاطفی از آسیب‌پذیری و حساسیت‌های غیرمنطقی در موقعیت‌های استرس‌زا می‌کاهد. در مجموع به نظر می‌رسد مکانیسم اصلی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، خودکنترلی توجه باشد، چراکه متمرکز کردن مکرر توجه روی یک محرک خنثی مثل تنفس، محیط توجه مناسبی به وجود می‌آورد^(۴۶). کابات-زین معتقد است فنون ذهن‌آگاهی در این درمان با فراهم‌آوردن فرصتی برای مراقبه در افزایش آرام‌بخشی عضلانی و کاهش نگرانی و استرس مؤثر هستند^(۴۴).

همچنین نتایج نشانگر اثر مثبت درمان مبتنی بر درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی تاب‌آوری افراد مبتلا به بیماری تالاسمی ماژور و ماندگاری آن پس از ۳ ماه بود. این بخش از نتایج با پژوهش سلطانی همسو بود^(۴۶). چنان‌که این پژوهشگر نشان داده است که شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی باعث بهبود تاب‌آوری افراد می‌شود.

در تبیین یافته‌های پژوهش باید بیان کرد شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌تواند با تقویت فرایندهای مقابله شناختی مانند ارزیابی مجدد مثبت و تقویت مهارت‌های تنظیم هیجان مانند تحمل پریشانی و ناکامی، آموزش حل مسئله و آموزش فنون نادیده‌گرفتن، در زمان شروع حملات استرس از فرد در مقابل بدعملکردی خلقی

نتیجه‌گیری

مشارکت نویسندگان

مفهوم سازی، تحقیق و بررسی، نگارش پیش نویس، ویراستاری، تامین مالی و منابع: آقای فریبرز جباری فرد؛ نهایی سازی، نظارت و مدیریت: آقای سید کمال صولتی؛ روش شناسی و تحلیل: آقای احمد غضنفری؛ اعتبار سنجی: خانم طیبه شریفی.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

بیماران تالاسمی ماژور در طول درمان علائم جسمی و روانی زیادی را متحمل می‌شوند که این علائم باعث بالا رفتن سطح استرس و پایین آمدن قدرت تاب‌آوری در این بیماران و همچنین تغییرات منفی در کیفیت زندگی این بیماران می‌شود و درمان موفقیت‌آمیز این بیماران را با مشکلاتی مواجه می‌سازد. بنابراین با توجه به نتایج پژوهش حاضر مبنی بر کارایی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش استرس ادراک‌شده و بهبود تاب‌آوری و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به تالاسمی ماژور، می‌توان این درمان را به عنوان درمانی کارا به مشاوران مراکز درمانی بیماران تالاسمی و همچنین پرستاران این مراکز معرفی کرد و آموزش داد.

پژوهش حاضر، مانند هر پژوهش دیگر با محدودیت‌هایی نظیر محدود بودن نتایج پژوهش به گروه و منطقه جغرافیایی خاص (افراد مبتلا به تالاسمی شهرستان لردگان) و بهره نگرستن از روش نمونه‌گیری تصادفی مواجه بود. بنابراین پیشنهاد می‌شود نظیر این پژوهش در جامعه آماری دیگر و سایر مناطق جغرافیایی و با روش نمونه‌گیری تصادفی انجام شود تا سبب افزایش تعمیم یافته‌ها شود. با توجه به یافته‌های حاصل از پژوهش حاضر توصیه می‌شود شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در کلینیک‌های درمانی بیماران مبتلا به تالاسمی استفاده شود.

کاربرد یافته‌ها در بالین

با توجه به وضعیت جسمی و روانی بیماران تالاسمی ماژور، میزان بالای استرس ادراک‌شده در این بیماران، تاب‌آوری پایین و کیفیت زندگی نسبتاً ضعیف و همچنین گزارش اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بهبود این متغیرها در بیماران مبتلا به تالاسمی ماژور، می‌توان این درمان را به عنوان درمانی کمکی برای بالابردن سطح روحیه و همچنین تسریع درمان این بیماران استفاده کرد و همچنین پیشنهاد می‌شود درمان مذکور برای دیگر بیماران با علائم و نشانه‌های مزمن برای بهبود و کمک به تسریع درمان استفاده شود.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

پژوهش حاضر از دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد کد اخلاق (IR. 1397.004.IAU.SHK.REC) دریافت کرده است.

حامی مالی

پژوهش حاضر بخشی از پایان‌نامه دکترای مصوب دانشگاه آزاد اسلامی شهرکرد با کد ۱۳۳۲۰۷۰۵۹۶۱۰۰۷ است.

Reference

- Al-Harazi AA, Al-Eryani BM, & Al-Sharafi BA. Neonatal hemolytic anemia does not always indicate thalassemia: A case report. *BMC Res Notes*. 2017; 10(1):476-81. [DOI:10.1186/s13104-017-2803-6] [PMID] [PMCID]
- 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 Disord*. 2012; 12:6. [DOI:10.1186/1471-2326-12-6] [PMID] [PMCID]
- Gollo G, Savioli G, Balocco M, Venturino C, Boeri E, Costantini M, & Forni GL. Changes in the quality of life of people with thalassemia major between 2001 and 2009. *Patient Prefer Adherence*. 2013; 7:231-6. [DOI:10.2147/PPA.S42133] [PMID] [PMCID]
- Valaei A, Karimipour M, Kordafshari A, & Zeinali S. Molecular Basis of α -Thalassemia in Iran. *Iran Biomed J*. 2018; 22(1):6-14. [PMID] [PMCID]
- Thavorncharoensap M, Torcharus K, Nuchprayoon I, Riewpaiboon A, Indaratna K, Ubol BO. Factors affecting health-related quality of life in Thai children with thalassemia. *BMC Blood Disord*. 2010; 10:1. [DOI:10.1186/1471-2326-10-1] [PMID] [PMCID]
- Arazi S, Alae Karheroodi F, Rohani C, Purhoseingholi A, Vasli P. Evaluating the effect of health promoting education plan on adolescents' lifestyle in patients with thalassemia major (Persian)]. *J Nurs Edu*. 2017; 6(1):16-22.
- Aziz K, Sadaf B, Kanwal S. Psychosocial problems of Pakistani parents of Thalassaemic children: A cross sectional study done in Bahawalpur, Pakistan. *Biopsychosoc Med*. 2012; 6:15. [DOI:10.1186/1751-0759-6-15] [PMID] [PMCID]
- Crielaard BJ, Rivella S. β -Thalassemia and Polycythemia vera: Targeting chronic stress erythropoiesis. *Int J Biochem Cell Biol*. 2014; 51:89-92. [DOI:10.1016/j.biocel.2014.03.029] [PMID] [PMCID]
- Chaudhury S, Rosen MAC, Ma M, Viqaruddin M, Parikh S, Kharbada S, et al. A multicenter retrospective analysis stressing the importance of long-term follow-up after hematopoietic cell transplantation for β -Thalassemia. *Biol Blood Marrow Transplant*. 2017; 23(10):1695-700. [DOI:10.1016/j.bbmt.2017.06.004] [PMID]
- von Dawans B, Ditzen B, Trueg A, Fischbacher U, Heinrichs M. Effects of acute stress on social behavior in women. *Psychoneuroendocrinology*. 2019; 99:137-44. [DOI:10.1016/j.psyneuen.2018.08.031] [PMID]
- Jamalabadi F. Compare the anxiety of death, life expectancy and resiliency among patients developed in thalassemia and non developed people. *J Psychol Edu Sci*, 2017; 3(1):60-7.
- García-León MA, Pérez-Mármol JM, Gonzalez-Pérez R, García-Ríos MC, Peralta-Ramírez MI. Relationship between resilience and stress: Perceived stress, stressful life events, HPA axis response during a stressful task and hair cortisol. *Physiol Behav*, 2019; 202:87-93. [DOI:10.1016/j.physbeh.2019.02.001] [PMID]
- Zautra AJ, Hall JS, Murray KE. Resilience: A new definition of health for people and communities. In: Reich, JW, Zautra AJ, & Hall JS. *Hand book of adult resilience*. New York: The Guilford Press; 2010.
- Maulding W, Peters GB, Roberts J, Leonard E, Sparkman L. Emotional intelligence resilience in children and adolescents: Processes, mechanisms and interventions. Cambridge: Cambridge University Press; 2012.
- Kaheni S, Yaghobian M, Sharefzadah GH, Vahidi A, Ghorbani H, Abderahemi A. Quality of life in children with β -thalassemia major at center for special diseases. *Iran J Ped Hematol Oncol*. 2013; 3(3):108-13.
- Mikelli A, Tsiantis J. Brief report: Depressive symptom and quality of life in adolescents with beta thalassemia. *J Adolesc*. 2004; 27(2):213-6. [DOI:10.1016/j.adolescence.2003.11.011] [PMID]
- Loprinzi CL, Reeves BN, Dakhil SR, Sloan JA, Wolf SL, Burger KN, et al. Natural history of paclitaxel-associated acute pain syndrome: Prospective cohort study NCCTG N08C1. *J Clin Oncol*. 2011; 29(11):1472-8. [DOI:10.1200/JCO.2010.33.0308] [PMID] [PMCID]
- Goyal M, Singh S, Sibinga EM, Gould NF, Rowland-Seymour A, Sharma R, et al. Meditation programs for psychological stress and well-being: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Intern Med*. 2014; 174(3):357-68. [DOI:10.1001/jamainternmed.2013.13018] [PMID] [PMCID]
- Tang YY, Hölzel BK, Posner MI. The neuroscience of mindfulness meditation. *Nat Rev Neurosci*. 2015; 16(4):213-225. [DOI:10.1038/nrn3916] [PMID]
- Linehan MM. Dialectical behavior therapy for treatment of borderline personality disorder: Implications for the treatment of substance abuse. *NIDA Res Monogr*. 1993; 137:201-16. [DOI:10.1037/e495912006-012]
- Gilbert P. *Compassion: Conceptualization, research and use in psychotherapy*. Abingdon: Routledge Publication; 2005.
- Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press; 1999.
- Segal ZV, Teasdale JD, Williams JM. *Mindfulness based cognitive therapy for depression*. New York: Guilford Press; 2012.
- Kabat-Zinn J. *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. New York: Bantam Books; 1990.
- Lianne MT, Tavis SC, Gerald FG, Nicole LL, Linda EC, Joshua WM, et al. Mindfulness-based cognitive therapy for psychological distress in pregnancy: Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2016; 17:498. [DOI:10.1186/s13063-016-1601-0] [PMID] [PMCID]
- Solati K. [The Efficacy of Mindfulness-based cognitive therapy on resilience among the wives of patients with schizophrenia (Persian)]. *J Clin Diagn Res*. 2017; 11(4):7-11. [DOI:10.7860/JCDR/2017/23101.9514] [PMID] [PMCID]
- Son HG, Choi E. The effects of mindfulness meditation-based complex exercise program on motor and nonmotor symptoms and quality of life in patients with parkinson's disease. *Asian Nurs Res*. 2018; 12(2):145-53. [DOI:10.1016/j.anr.2018.06.001] [PMID]
- Beamish P, Patel P, Da Silva T, Kaushalya D, Premawardhena A, Williams S, et al. Examining depression and quality of life in patients with Thalassemia in Sri Lanka. *Ann Glob Health*. 2016; 82(3):551-2. [DOI:10.1016/j.aogh.2016.04.485]
- Lyrakos GN, Drossou-Servou M, Vini D, Aslani H, Spinaris V. 1467- Symptoms of depression, anxiety and stress in patients with thalassemia in a greek transfusion center. *Eur Psychiatry*. 2013; 28:1-6. [DOI:10.1016/S0924-9338(13)76495-2]
- Cohen, J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale: Lawrence Earlbaum Associates; 1998.
- Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav*. 1983; 24(4):385-96. [DOI:10.2307/2136404]
- Sajjadinezhad M, Asgari K, Molavi H, Adibi P. [Comparing the effectiveness of cognitive-behavioral stress management, optimism training and medical therapy on somatic symptoms, perceived stress, illness perception and quality of life in patients with ulcerative colitis (Persian)]. *Arak Med Uni J*. 2016; 18(103):40-54.

33. Martin AJ, Marsh HW. Academic buoyancy: Towards an understanding of students everyday academic resilience. *J Sch Psychol*, 2008; 46(1):53-83. [DOI:10.1016/j.jsp.2007.01.002] [PMID]
34. Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depress Anxiety*. 2003; 18(2):76-82. [DOI:10.1002/da.10113] [PMID]
35. Besharat ME, Salehi M, Shah Mohammadi H, Nad Ali H, Zebardast A. [The relation between resilience and hard work with success in sport and mental health in athletes (Persian)]. *Contem Psych Quarterly*. 2009; 3(2):38-49.
36. World Health Organization. Measuring quality of life. Geneva: World Health Organization.
37. Nejat S. [Quality of life and its measurement (Persian)]. *Iran J Epidemiol*. 2008; 4(2):57-62.
38. Van Son J, Nyklíček I, Pop VJ, Blonk MC, Erdtsieck RJ, Pouwer F. Mindfulness-based cognitive therapy for people with diabetes and emotional problems: long-term follow-up findings from the DiaMind randomized controlled trial. *Journal of Psychosomatic Research*. 2014; 77(1):81-4. [DOI: 10.1016/j.jpsychores]
39. Mace C. Mindfulness and mental health: therapy, theory, and science. Abingdon: Rutledge; 2008.
40. Semple RJ, Reid EFG, Miller L. Training for anxiety with mindfulness: An open trial of mindfulness training for anxious children. *J cogn Psychoth*. 2005; 19(4):379-95. [DOI:10.1891/jcop.2005.19.4.379]
41. Pan W, Gau M, Lee T, Jou H, Liu C, Wen T. Mindfulness-based programme on the psychological health of pregnant women. *Women Birth*, 2019; 32(1):102-9. [DOI:10.1016/j.wombi.2018.04.018] [PMID]

This Page Intentionally Left Blank
