

Mindfulness-Based Stress Reduction Management Training on Body Image and Death Anxiety in Patients with Thalassemia Major

Raisi M¹, *Kahrazehi F², Sanagouye Moharer Gh³

Author Address

1. PhD Student of Psychology, Department of Psychology, Faculty of Psychology, Islamic Azad University, Zahedan, Iran;
2. Associate Professor, Department of Psychology, Sistan and Baluchestan University, Zahedan, Iran;
3. Assistant Professor, Department of Psychology, Zahedan Branch, Islamic Azad University, Zahedan, Iran.

*Corresponding Author E-mail: M_r_optometrist@yahoo.com

Received: 2019 March 9; Accepted: 2019 June 8

Abstract

Background & Objectives: Thalassemia major is a chronic genetic disorder caused by the deficiency of one or more multi-chain polypeptide globin, i.e., inherited according to Mendelian genetic rules. Thalassemic patients should regularly visit healthcare centers to receive blood and consume iron supplements daily. They may develop facial and organ degeneration as a result of disease progression, and a bad image of which will affect their self-esteem. The present study aimed to investigate the effect of education on stress reduction based on mindfulness on body image and death anxiety in patients with thalassemia major.

Methods: This was a quasi-experimental study with a pretest-posttest and a control group design. The statistical population consisted of all patients with thalassemia major who referred to a thalassemia center weekly for treatment and blood transfusion in Chabahar Hospital. In this study, 30 patients were selected by convenience sampling method from the community. The study participants were randomly assigned to two groups of 15 (mindfulness & evidence-based stress reduction); the study groups were matched on age, gender, and education. The inclusion criteria included the age range of 12 to 30 years, the educational level of fifth grade to the high-school diploma, and the lack of mental disorders. The exclusion criteria were absence from more than one intervention session, the lack of cooperation, and providing incomplete questionnaires. Littelton's Body Image Concern Inventory (BICI) and Templer's Death Anxiety Scale (DAS) were used to collect the required data. Data analysis was performed using descriptive indexes and one-way Analysis of Covariance (ANCOVA).

Results: The present study results suggested the intervention effects of the variable of the group (experimental and control) on the posttest values of the body image ($\eta^2=0.95$, $p=0.009$, $F_{1,27}=509.05$). In other words, mindfulness training was effective in improving body image in patients with thalassemia major. Furthermore, there was no significant difference between the two groups in terms of the initial level and the comparison basis in the pretest stage in the death anxiety scale.

Conclusion: It seems that mindfulness reduces stress, i.e., effective in improving body image and death anxiety in patients with thalassemia major. It is suggested that along with medical therapies, education for reducing mindfulness-based stress management be provided to this group.

Keywords: Mindfulness, Body image, Death anxiety, Thalassemia major.

اثربخشی آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر تصویر بدنی و اضطراب مرگ در بیماران دچار تالاسمی نوع ماژور

مسعود رئیسی^۱، *فرهاد کهرآزنی^۲، غلامرضا شناگوی محرر^۳

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی زاهدان، زاهدان، ایران؛

۲. دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه سیستان و بلوچستان، زاهدان، ایران؛

۳. استادیار گروه روان‌شناسی، واحد زاهدان، دانشگاه آزاد اسلامی، زاهدان، ایران.

*رأباناة نویسندة مسئول: M_r.optometrist@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۸ اسفند ۱۳۹۷؛ تاریخ پذیرش: ۱۸ خرداد ۱۳۹۸

چکیده

زمینه و هدف: تالاسمی ماژور بیماری خونی ژنتیکی مزمن ناشی از کمبود ساخت یک یا چند زنجیره پلی‌پپتید گلوبین است که براساس قوانین ژنتیک مندلی از نسلی به نسل دیگر منتقل می‌شود. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثر آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر تصویر بدنی و اضطراب مرگ در بیماران دچار تالاسمی نوع ماژور انجام شد. **روش بررسی:** این پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری را تمامی بیماران تالاسمی ماژور تشکیل دادند. در این پژوهش سی نفر با روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شده و به‌صورت تصادفی در دو گروه پانزده‌نفره (گروه کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی و گروه گواه) جایگزین شدند. گروه آزمایش هشت جلسه ۶۰ دقیقه‌ای با روش‌های کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی کابات-زین به‌صورت هفته‌ای دو جلسه آموزش دید؛ اما گروه گواه در لیست انتظار برای آموزش قرار گرفت. از پرسشنامه تصویر بدنی لیتلتون و پرسشنامه اضطراب مرگ تمپلر برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از شاخص‌های توصیفی و آنالیز کوواریانس یک‌متغیره انجام گرفت.

یافته‌ها: نتایج حاکی از بهبود تصویر بدنی و اضطراب مرگ توسط آموزش ذهن‌آگاهی در گروه ذهن‌آگاهی است ($p < 0.001$).

نتیجه‌گیری: به‌نظر می‌رسد کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی در بهبود تصویر بدنی و اضطراب مرگ در بیماران دچار تالاسمی نوع ماژور مؤثر بوده است. پیشنهاد می‌شود در کنار درمان‌های دارویی، آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی نیز انجام شود. **کلیدواژه‌ها:** ذهن‌آگاهی، تصویر بدنی، اضطراب مرگ، تالاسمی نوع ماژور.

بیماری‌های ژنتیکی از بیماری‌های بسیار شایع حال حاضر جامعه جهانی محسوب می‌شوند. تالاسمی از جمله بیماری‌های مهم تر ژنتیکی بوده که در ایران بسیار شایع است و به‌عنوان بیماری اندمیک شناخته می‌شود (۱). تالاسمی ماژوراً بیماری خونی ژنتیکی مزمن ناشی از کمبود ساخت یک یا چند زنجیره پلی‌پپتید گلوبین است که بر اساس قوانین ژنتیک مندلی از نسلی به نسل دیگر انتقال می‌یابد. این بیماران با علائم و نشانه‌های کم‌خونی مزمن و شدید، نبود رشد مناسب، بزرگیطحال و کبد، اختلالات استخوانی به‌ویژه تغییرات مشهود در استخوان‌های سر و صورت همراه با تغییر قیافه مشخص می‌شوند (۲). تالاسمی ماژور بیماری بسیار شدیدی است که علائم بالینی آن زودرس بوده و از سن ۳ تا ۶ ماهگی ظاهر می‌شود. چنانچه بیمار خون‌گیری منظمی نداشته باشد، احتمال بقا و زنده ماندن او بسیار کم است. هر ساله ۳۰۰ نوزاد مبتلا به تالاسمی ماژور در ایران متولد می‌شوند. بیش از ۱۸۰۰۰ نفر مبتلا به این بیماری هستند که بیشتر آن‌ها در استان‌های فارس و مازندران زندگی می‌کنند. تالاسمی از جمله بیماری‌های شایع ژنتیکی بوده که با الگوی وراثتی اتوزومال مغلوب به ارث می‌رسد و به دلیل نقص کمی در ساخت زنجیره‌های هموگلوبین به وجود می‌آید (۳).

اما به هر حال خوشایند نبودن و طولانی و مکرر بودن رژیم‌های درمانی استفاده‌شده می‌تواند سایر جنبه‌های زندگی را در بسیاری از بیماران مبتلا به تالاسمی تحت‌تأثیر قرار دهد؛ به‌گونه‌ای که اثرات شدید و مشهودی را بر کیفیت زندگی و سلامت روان بیماران و خانواده‌های آن‌ها به‌ویژه برادران و خواهران دارد. مشکلات شایع در افراد مبتلا به تالاسمی شامل داشتن تصاویر ناخوشایند ذهنی بدشکلی از بدن، اضطراب، اختلالات جسمانی و نبود کنترل مناسب خشم است (۴). همچنین این بیماران دارای مشکلات متعددی در فعالیت‌های اجتماعی و وضعیت تحصیلی خود هستند. مبتلایان به تالاسمی در برابر سختی‌های زندگی توان کنار آمدن بهتری دارند (۵)؛ همان‌طور که بیان شد، بیماران مبتلا به تالاسمی نوع ماژور در تصویر بدنی خود دچار مشکل بوده و این بیماری تصویر بدنی را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد (۶). امروزه بیماران تالاسمی باید به‌طور منظم جهت دریافت خون به مراکز بهداشتی-درمانی مراجعه کنند و به‌صورت روزانه به‌وسیله پمپ از داروهای آهن‌زدا استفاده نمایند. این بیماران ممکن است در اثر پیشرفت بیماری دچار بدشکلی صورت و اندام‌ها شوند و تصویر بدنی بدی از خود پیدا کنند که امکان دارد بر اعتماد به نفس آن‌ها تأثیر بگذارد. تصویر بدنی ساختار چندبعدی شامل افکار، اعتقادات، احساسات و رفتارهای مرتبط با بدن ادراک شده است (۷). از جنبه‌های تصویر بدنی، نارضایتی از آن است که به ارزیابی منفی از اندازه و شکل و وزن بدن برمی‌گردد و به تمایز بین بدن واقعی و تصویر بدن ایده‌آل اشاره دارد. انواع نارضایتی از بدن شامل نگرانی درباره شکل بدن، وزن، نگرانی درباره قسمت‌های خاصی از بدن، ویژگی‌های چهره و تناسب اندام و حتی نارضایتی از پوست بدن است (۸).

کش^۲ عقیده دارد که تصویر بدنی دارای دو بعد است: ادراکی و ارزیابی. بعد ادراکی مربوط است به اینکه فرد تا چه اندازه تصور می‌کند شایستگی او با ظاهرش سنجیده می‌شود. ارزیابی نیز به این موضوع اشاره می‌کند که فرد چقدر از بدن و ظاهر خود رضایت دارد. تصویر بدنی، تظاهر ذهنی فرد است. آن چیزی است که به فرد اجازه می‌دهد تا به خودش فکر کند. تصویر بدنی فقط احساسات را تحت‌تأثیر قرار نمی‌دهد؛ بلکه به‌صورت فعالانه‌ای بر رفتار و عزت نفس و آسیب‌شناسی روانی تأثیر می‌گذارد (به نقل از ۹).

از طرف دیگر یکی از تنش‌های افراد مبتلا به تالاسمی ماژور، اضطراب مرگ است. مبتلایان به بیماری‌های بدخیم نظیر تالاسمی ماژور، به‌عنوان جمعیت‌های آسیب‌پذیر در نظر گرفته می‌شوند. در اغلب مواقع توجه تیم درمان بیشتر بر تثبیت علائم فیزیکی و جسمانی (تسکین درد، تهوع، استفراغ و...) بیماران معطوف است؛ درحالی‌که با پیشرفت بیماری و علائم مرتبط با آن، بیماران از درد، رنج، تنهایی، تنبیه و کاهش کنترل می‌ترسند که همگی این‌ها به‌عنوان ابعاد اضطراب مرگ شناسایی شده‌اند. اضطراب مرگ این گروه از بیماران با اختلال در بعد روانی و حتی روحی می‌تواند کیفیت زندگی آنان را تحت‌تأثیر قرار دهد (۱۰).

باتوجه به تأثیر عوامل روان‌شناختی متفاوت بر بیماران تالاسمی ماژور، استفاده از روش‌های درمانی غیردارویی برای بهبود ویژگی‌های این افراد ضرورت دارد. یکی از روش‌های مؤثر در بهبود ویژگی‌های آن‌ها، ذهن‌آگاهی^۳ است. ذهن‌آگاهی اجازه می‌دهد افراد به عقب برگردند و موقعیت زندگی‌شان را تحلیل کرده و به روشی نو، نه عادت، واکنش نشان دهند. در ذهن‌آگاهی و مهارت‌های تمرین آگاهی لحظه‌به‌لحظه‌اش فرد تلاش می‌کند تا درباره الگوهای افکار و عواطف و تعامل با دیگران بینش و بصیرت پیدا کند و سپس بتواند به‌صورت ماهرانه پاسخ‌های هدف‌مند مفید را انتخاب نماید (۱۱).

آموزش ذهن‌آگاهی مبتنی بر کاهش استرس^۴ (MBSR) می‌تواند اثرات مثبتی بر مؤلفه‌های مختلف مانند ذهن‌آگاهی و ابراز وجود و اضطراب داشته باشد. هارتون-داتسج و هارتون نشان دادند که با افزایش ذهن‌آگاهی در پردازش اجتماعی از جنبه‌های گوناگون تعارضات متقابل درون‌فردی، تغییراتی حاصل می‌شود. همچنین با مطالعه مهارت‌های ذهن‌آگاهی و رفتار درون‌فردی دریافتند که چهار مؤلفه از مؤلفه‌های ذهن‌آگاهی (مشاهده‌گری، توصیف، عمل همراه با آگاهی، پذیرش بدون قضاوت) با توصیف و تشخیص بهتر احساسات بدنی و اضطراب و آشفتگی کمتر همراه است (۱۲).

بنابراین تشخیص و شناسایی مؤلفه‌هایی که امکان دارد بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به تالاسمی ماژور تأثیر گذاشته، حائز اهمیت است. علاوه بر این شناسایی گروه‌هایی که در این میان آسیب‌پذیرتر هستند و می‌توان با انجام تدابیری سلامت روان آنان را بهبود بخشید، از اهمیت بیشتری برخوردار است. یکی از فاکتورهای تأثیرگذار بر اضطراب مرگ در بیماران، انجام مداخلات روان‌شناختی از جمله ذهن‌آگاهی است.

3. Mindfulness

4 Mindfulness-Based Stress Reduction Management Training

1. Thalassemia Major

2. Cash

باتوجه به مطالب مذکور، هدف پژوهش حاضر، بررسی آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر تصویر بدنی و اضطراب مرگ در بیماران دچار تالاسمی نوع ماژور بود.

۲ روش بررسی

این پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری را تمامی بیماران تالاسمی ماژور تشکیل دادند که به صورت هفتگی برای درمان و خون‌گیری به مرکز تالاسمی بیمارستان چابهار مراجعه کردند. در این پژوهش سی نفر با روش نمونه‌گیری دردسترس از جامعه مذکور انتخاب شده و به صورت تصادفی در دو گروه پانزده نفره (کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی و گواه) جایگزین شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل داشتن سن ۱۲ تا ۳۰ سال و میزان تحصیلات پنجم ابتدایی تا دیپلم بود. معیارهای خروج از پژوهش عبارت بود از: غیبت بیش از یک جلسه؛ نداشتن همکاری؛ تکمیل ناقص پرسشنامه‌ها.

گروه آزمایش هشت جلسه ۶۰ دقیقه‌ای با روش‌های کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی کابات-زین^۱ (۱۳) را به صورت هفته‌ای دو جلسه آموزش دید؛ اما گروه گواه در لیست انتظار برای آموزش قرار گرفت. لازم به ذکر است که هر گروه در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون به پرسشنامه‌های تحقیق پاسخ دادند. در این پژوهش از دو پرسشنامه تصویر بدنی و اضطراب مرگ استفاده شد.

پرسشنامه تصویر بدنی^۲: این پرسشنامه در سال ۲۰۰۵ توسط لیتلتون و همکاران طراحی شد (۱۴). این ابزار دارای ۱۹ گویه است که با استفاده از مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت (۱=هرگز تا ۵=همیشه) نمره‌گذاری می‌شود؛ لذا دامنه نمرات بین ۱۹ تا ۹۵ قرار دارد. در نمره بین ۱۹ تا ۳۸ میزان ترس از تصویر ظاهر و اندام خود، کم و در نمره بین ۳۸ تا ۵۷ ترس از تصویر ظاهر و اندام خود متوسط است؛ همچنین در نمره بیشتر از ۵۷ ترس از تصویر ظاهر و اندام خود زیاد است. روایی آن در ایران توسط بساک‌نژاد و غفاری براساس همسانی درونی به روش آلفای کرونباخ ۹۵ درصد گزارش شد (۱۵).

مقیاس اضطراب مرگ^۳: این پرسشنامه توسط تمپلر ساخته شد. شامل پانزده ماده است که نگرش آزمودنی‌ها را به مرگ می‌سنجد (۱۶). آزمودنی‌ها پاسخ‌های خود را به هر سؤال با گزینه‌های بلی یا خیر مشخص می‌کنند. پاسخ بلی نشانگر وجود اضطراب در فرد است. بدین ترتیب، نمره‌های این مقیاس می‌تواند بین ۱۵ تا ۱۰۰ متغیر باشد و نمره بیشتر معرف اضطراب زیاد افراد درباره مرگ است. بررسی‌های انجام‌شده درباره روایی و پایایی مقیاس اضطراب مرگ نشان می‌دهد که این مقیاس از اعتبار پذیرفتنی برخوردار است. در فرهنگ اروپایی، ضریب پایایی بازآزمایی مقیاس ۰/۸۳ و روایی هم‌زمان آن براساس همبستگی با مقیاس اضطراب آشکار ۰/۲۷ و با مقیاس افسردگی ۰/۴۰ گزارش شده است. شریف‌نیا، عبادی، لتو، موسوی، پیروی و چان (۱۷) پایایی این پرسشنامه را با استفاده از روش آزمون بازآزمون ۰/۷۶ و ثبات درونی آن را ۰/۸۳ محاسبه کردند.

خلاصه جلسات درمانی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی کابات-زین این‌گونه بود.

جلسه اول: برقراری ارتباط و مفهوم‌سازی، ارائه توضیحاتی درباره درد، لزوم استفاده از آموزش ذهن آگاهی، ارائه توضیحاتی در زمینه سیستم هدایت خودکار؛

جلسه دوم: مرور تکلیف هفته گذشته، تمرین واریسی بدن، دادن پس‌خوراند و بحث درباره تمرین واریسی بدن، تمرین مراقبه ذهن آگاهی تنفس؛

جلسه سوم: مرور تکلیف هفته گذشته، تمرین مراقبه نشسته، بازنگری تمرین، تمرین فضای تنفس سه دقیقه؛

جلسه چهارم: مرور تکلیف هفته گذشته، تمرین پنج دقیقه‌ای «دیدن یا شنیدن»، تمرین مجدد ذهن آگاهی تنفس و واریسی بدن؛

جلسه پنجم: مرور تکلیف هفته گذشته، تمرین تنفس، مراقبه نشسته (آگاهی از تنفس، بدن، صداها، افکار)، توضیحاتی درباره استرس و رابطه آن با درد، بررسی آگاهی از وقایع خوشایند و ناخوشایند بر احساس، افکار و حس‌های بدنی؛ جلسه ششم: مرور تکلیف هفته گذشته، یوگای هشیارانه، بحث در زمینه متفاوت دیدن افکار یا افکار جانشین، مراقبه نشسته (حضور ذهن از صداها و افکار)؛

جلسه هفتم: مرور تکلیف هفته گذشته، بهداشت خواب، تکرار تمرینات جلسات قبل، تهیه فهرستی از فعالیت‌های لذت‌بخش؛ جلسه هشتم: مرور تکلیف هفته گذشته، تمرین واریسی بدن، جمع‌بندی جلسات، واریسی و بحث درباره برنامه‌ها و ادامه تمرینات.

برای رعایت ملاحظات اخلاقی، در ابتدای تحقیق با توضیح صادقانه اهداف طرح به کسب رضایت آگاهانه از افراد برای شرکت در پژوهش پرداخته شد. در اجرای پژوهش سعی بر آن بود که با برقراری ارتباط مؤثر با آزمودنی‌ها آن‌ها از لحاظ مشکلات احتمالی (اضطراب ناشی از پاسخ‌دادن به آزمودنی، کاهش عزت‌نفس یا اعتمادبه‌نفس، نگرانی آزمودنی‌ها در رابطه با تأثیر نتایج بر سرنوشت آن‌ها و...) حمایت شوند. رازداری و محرمانه‌ماندن اطلاعات از جانب مجری و نیز از جانب همکاران پژوهشگر کاملاً حفظ شد. در صورتی که فردی، شخصاً تمایل نداشتن خود را برای شرکت در تحقیق نشان داد، بر طبق اصول رعایت حقوق انسانی نباید وی به اجبار وارد پژوهش شده یا به ادامه شرکت در جریان مطالعه وادار شود؛ لذا در تمامی اقدامات اجرایی پژوهش سعی شد هیچ‌گونه لطمه جسمی، روحی، اجتماعی و امثال آن به شرکت‌کنندگان وارد نشود. به شرکت‌کنندگان اطمینان خاطر داده شد که نحوه گزارش نتایج پژوهش ضامن حقوق مادی و غیرمادی آنان و مربوط به تحقیق است. در هیچ‌یک از مراحل پژوهش، هزینه‌ای به فرد شرکت‌کننده تحمیل نشد.

۳ یافته‌ها

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از فراوانی، درصد، میانگین، انحراف استاندارد و آنالیز کوواریانس یک‌متغیره انجام گرفت. طبق جدول ۱ میانگین نمرات متغیر اضطراب مرگ در پیش‌آزمون و پس‌آزمون برای گروه ذهن آگاهی به ترتیب ۱۲/۲۷ و ۶/۸۷ و برای گروه گواه ۱۲/۶۷ و

3. Scale of Death Anxiety (SDA)

1. Kabat-Zinn

2. Body Image Questionnaire (BIQ)

۱۲/۲۷ به دست آمد؛ همچنین میانگین نمرات متغیر تصویر بدنی در و برای گروه گواه ۸۳/۰۷ و ۸۱/۴ بود. پیش‌آزمون و پس‌آزمون برای گروه ذهن‌آگاهی به ترتیب ۸۱/۵۳ و ۳۳/۴

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی متغیرهای تصویر بدنی و اضطراب مرگ در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون به تفکیک دو گروه ذهن‌آگاهی و گواه به همراه نتایج آنالیز کوواریانس

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		مقایسه پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	مقدار F	مقدار p
تصویر بدنی	ذهن‌آگاهی	۸۱/۵۳	۱۰/۴۰	۱۹/۹۴	۷/۶۵	۵۰۹/۰۵	<۰/۰۰۱
	گواه	۸۳/۰۷	۱۰/۱۴	۸۱/۴۷	۹/۵۶		
اضطراب مرگ	ذهن‌آگاهی	۱۲/۲۷	۴/۸۶	۶/۸۷	۱۸/۸۰	۷۹/۷۰	<۰/۰۰۱
	گواه	۱۲/۶۷	۴/۶۲	۱۲/۲۷	۵/۸۲		

مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی از لحاظ بالینی اثربخش بوده و اکنون مطالعات بیشتری برای اثبات زمینه و قراردادن آن برای رشد در آینده ضروری است. بررسی او نشان می‌دهد که توجه به ذهن‌آگاهی در مداخلات بالینی پزشکی و روان‌شناسی در حال افزایش است؛ بنابراین مهم است که متخصصان درک بیشتری از عوامل منحصر به فرد در ارتباط با مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی و مشکلات بالقوه مفهومی و عملی از نبود شناخت داشته باشند. ساگیورا و همکاران در مطالعه‌ای به این نتیجه رسیدند که ذهن‌آگاهی با حل مسئله به عنوان متغیری کلیدی مرتبط با نگرانی است و این اهمیت ذهن‌آگاهی را در کاهش نگرانی تأیید می‌کند (۱۹). پیامدهای این نتایج در قالب مدل فرانشاختی نگرانی بحث شده است. لاواس و بارسکی نتیجه گرفتند که با وجود درمان‌های مبتنی بر شواهد برای اضطراب شدید، میزان بهبودی کم و میزان مرگ‌میر زیاد است؛ بنابراین، برای این وضعیت، گزینه‌های درمان بیشتری لازم است. آن‌ها دریافتند که مداخلات شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBCT) مداخلات تحقیقاتی و بالینی مفیدی برای درمان خلق‌وخو و اختلالات اضطرابی است (۲۰). صداقت و همکاران نیز در تحقیق خود نشان دادند که بین گروه‌های آموزش ذهن‌آگاهی و گواه در متغیرهای ذهن‌آگاهی و ابراز وجود و اضطراب امتحان تفاوت معناداری وجود دارد. در پژوهش آن‌ها روش آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر بهبود ذهن‌آگاهی و افزایش ابراز وجود و اضطراب امتحان مؤثر بوده است (۲۱).

باید مکانیزم اصلی ذهن‌آگاهی، خودکنترلی توجه باشد؛ چراکه متمرکز کردن مکرر توجه روی محرکی خنثی مثل تنفس، محیط توجهی مناسبی را به وجود می‌آورد و از اشتغال ذهنی با افکار تهدیدکننده و نگرانی درباره عملکرد در حین موقعیت تنش‌زا و موقعیت ارزیابی جلوگیری می‌کند. اطلاعات اولیه نشان می‌دهد که تمرین ذهن‌آگاهی ممکن است جایگزین مناسبی برای درمان‌های روان‌شناختی متداول در زمینه برخی اختلالات باشد (۲۲). پژوهش سونگ و لیندکوئیست از این عقیده حمایت کرده است که برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی، علائم استرس و اضطراب را کم می‌کند و به‌زیستی را در نمونه‌های بالینی و غیر بالینی افزایش می‌دهد. بینش و مهارت‌ها از طریق تمرین‌های ذهن‌آگاهی یاد گرفته می‌شود و سپس برای مقابله با

جهت بررسی همگنی دو گروه گواه و ذهن‌آگاهی از لحاظ متغیر تصویر بدنی در مرحله پیش‌آزمون از تی مستقل استفاده شد. نتایج نشان داد که بین دو گروه گواه و آزمایش در مرحله پیش‌آزمون تفاوت معناداری در مقیاس تصویر بدنی ($t_{(28)} = 0.07, p = 0.94$) و مقیاس اضطراب مرگ ($t_{(28)} = 0.89, p = 0.38$) وجود ندارد. برقراری این مفروضه نشانگر همگنی دو گروه گواه و آزمایش از نظر متغیر وابسته تصویر بدنی و اضطراب مرگ در مرحله پیش‌آزمون است.

از آزمون تحلیل کوواریانس یک‌عاملی جهت بررسی تفاوت بین دو گروه ذهن‌آگاهی و گواه در پس‌آزمون از نظر مقیاس تصویر بدنی و اضطراب مرگ استفاده شد. نتایج آزمون لون برای بررسی مفروضه همگنی واریانس گروه‌ها نشان داد که دو گروه گواه و آزمایش از نظر واریانس متغیر تصویر بدنی ($F_{(1,28)} = 0.97, p = 0.33$) و متغیر اضطراب مرگ ($F_{(1,28)} = 0.26, p = 0.61$) همگن هستند. نتایج آنالیز کوواریانس مشخص کرد که پس از حذف اثر پیش‌آزمون، نمرات پس‌آزمون متغیر تصویر بدنی بین دو گروه ذهن‌آگاهی و گواه معنادار است ($F_{(1,27)} = 50.905, p \leq 0.001, \eta^2 = 0.65$). به عبارت دیگر می‌توان گفت که آموزش ذهن‌آگاهی بر بهبود تصویر بدنی در بیماران تالاسمی ماژور مؤثر بوده است. نتایج آنالیز کوواریانس نشان داد که پس از حذف اثر پیش‌آزمون، نمرات پس‌آزمون متغیر اضطراب مرگ بین دو گروه ذهن‌آگاهی و گواه معنادار است ($F_{(1,27)} = 79.7, p \leq 0.001, \eta^2 = 0.74$). به عبارت دیگر می‌توان گفت که آموزش ذهن‌آگاهی بر بهبود اضطراب مرگ در بیماران تالاسمی ماژور مؤثر بوده است.

۴ بحث

هدف پژوهش حاضر آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر تصویر بدنی و اضطراب مرگ در بیماران دچار تالاسمی نوع ماژور بود. با توجه به یافته‌ها می‌توان گفت که آموزش ذهن‌آگاهی بر بهبود تصویر بدنی و اضطراب مرگ در بیماران تالاسمی ماژور مؤثر است. جست‌وجوی پژوهشگران نشان می‌دهد، تحقیق حاضر اولین پژوهش در نوع خود بوده که به بررسی اثربخشی آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی در بین بیماران تالاسمی ماژور در ایران پرداخته است. پژوهش‌های نزدیکی مانند کابات-زین (۱۸) پیشنهاد می‌کند که

استرسورها و شکایاتی که اغلب افراد مطرح کرده، استفاده می‌شود. آموزش ذهن‌آگاهی با تشویق افراد به تمرین مکرر توجه روی محرک‌های خنثی و آگاهی هدفمند درقبال جسم و ذهن، افراد اضطرابی را از اشتغال ذهنی با افکار تهدیدکننده و نگران‌کننده درباره عملکرد در امتحان رها و ذهن آن‌ها را از حالت اتوماتیک خارج می‌کند. به عبارت دیگر، این روش با افزایش آگاهی فرد از تجربیات لحظه‌حال و برگرداندن توجه بر سیستم شناختی و پردازش کارآمدتر اطلاعات، باعث کاهش نگرانی و برانگیختگی فیزیولوژیک می‌شود (۲۳).

برای ارائه‌دهندگان مراقبت بهداشتی و سلامتی، باوجود افزایش تکنولوژی‌های پیشرفته در سیستم‌های بهداشتی و بقای بیشتر بیماران و دستیابی به علاج در وضعیت مخاطره‌آمیز، مرگ واقعی بوده که همیشه وجود داشته است. علاوه بر این کمک به افراد و خانواده‌های آنان در کنترل مرگ از مسئولیت‌های مهم تیم درمانی در سراسر دنیا است. متون بسیاری عنوان می‌کنند که اضطراب مرگ باعث پیامدهای رفتاری و احساسی مهم می‌شود. یافته‌ها ضرورت توجه و تدوین برنامه‌های جامع مراقبتی را برای کاهش اضطراب مرگ و بهبود تصویر بدنی در بیماران تالاسمی ماژور مؤثر آشکار می‌سازد. کاهش اضطراب مرگ با استفاده از روش‌هایی چون مشاوره درمانی، تقویت امید، توجه به نیازهای روانی بیماران و افزایش حمایت‌های اجتماعی از جمله راهکارهایی است که می‌تواند به بهبود سلامت روان بیماران تالاسمی ماژور کمک شایان توجهی کند.

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی روبه‌رو بود که بیان آن‌ها در نتیجه‌گیری از یافته‌های تحقیق مفید است. در این پژوهش فقط اختصاص آزمودنی‌ها به روش‌های مطالعه‌شده تصادفی بود و امکان انتخاب تصادفی اولیه وجود نداشت؛ از این‌رو بازگشت آماری و رخدادهای هم‌زمان با انجام پژوهش ممکن است اعتبار درونی پژوهش

را محدود کند. محدودیت دیگر آن مربوط به روش اندازه‌گیری بود. استفاده از روش پرسشنامه و اندازه‌های خودگزارشی دارای تعدادی از مشکلات ذاتی (نبود خویشتن‌نگری و خطای اندازه‌گیری و...) است. پیشنهاد می‌شود این شیوه آموزش بر نمونه‌هایی از اختلالات اضطرابی به صورت اختصاصی‌تری کار شود. به پژوهشگران و متخصصان توصیه می‌شود این پژوهش را به صورت مقایسه درمان فردی و گروهی و ترکیب این دو درمان و نیز به صورت مقایسه درمان دارویی و درمان روان‌شناختی و ترکیب این دو انجام دهند.

۵ نتیجه‌گیری

یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که بیماران مبتلا به تالاسمی ماژور در معرض ابتلا به انواع مختلف اختلالات روان‌پزشکی بوده‌اند؛ در نتیجه نیازمند به مشاوران روان‌پزشکی مجرب جهت آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی و نحوه برخورد با نگرانی از تصویر بدنی و به تبع اضطراب مرگ و پیشگیری از اختلالات روان‌پزشکی در مراکز تالاسمی هستند. همچنین از آنجا که با انجام روش‌های درمانی مؤثر بسیاری از بیماران مبتلا به تالاسمی به سن بلوغ پا نهاده‌اند، شناخت و کاهش مسائل روانی این بیماران نیاز به سرمایه‌گذاری و تأکید بیشتر دارد؛ لذا برنامه‌ریزی به منظور ارتقای سطح آگاهی و ارائه خدمات مشاوره‌ای روان‌شناختی و راهکارهای سازگاران در کنار ارائه خدمات کلینیکی و درمانی جهت بیماران مبتلا به تالاسمی ماژور ضروری است.

۶ تشکر و قدردانی

پژوهشگران بر خود لازم دانستند از بیماران تالاسمی شرکت‌کننده در این طرح صمیمانه تشکر و قدردانی کنند.

References

1. Sajjad SF, Ahmad W, Hussain Jaffery SS, Asif M, Alam SE. Treatment of chronic Hepatitis C in Thalassemia major patients. *J Pak Med Assoc.* 2017;67(6):926–8.
2. Srivastava A, Shaji RV. Cure for thalassemia major - from allogeneic hematopoietic stem cell transplantation to gene therapy. *Haematologica.* 2017;102(2):214–23. doi: [10.3324/haematol.2015.141200](https://doi.org/10.3324/haematol.2015.141200)
3. Angelucci E, Pilo F. Management of iron overload before, during, and after hematopoietic stem cell transplantation for thalassemia major. *Ann N Y Acad Sci.* 2016;1368(1):115–21. doi: [10.1111/nyas.13027](https://doi.org/10.1111/nyas.13027)
4. Leekha S, Nayar AK, Bakshi P, Sharma A, Parhar S, Soni S. Estimation of iron overloads using oral exfoliative cytology in beta-thalassemia major patients. *Cytojournal.* 2016;13:6. doi: [10.4103/1742-6413.178993](https://doi.org/10.4103/1742-6413.178993)
5. Karami H, Kowsaryan M, Vahidshahi K, Karami H, Shahmohammadi S, Mahdavi MR, et al. Assessment of demographic, clinical and laboratory status of patients with thalassemia major and intermedia referred to thalassemia research center in Sari, Iran, during 2007- 2009. *Pajoohandeh Journal.* 2010;15(4):186–92. [Persian] <http://pajoohande.sbmu.ac.ir/article-1-993-en.pdf>
6. De Sanctis V, Soliman AT, Elsedfy H, Di Maio S, Canatan D, Soliman N, et al. Gonadal dysfunction in adult male patients with thalassemia major: an update for clinicians caring for thalassemia. *Expert Rev Hematol.* 2017;10(12):1095–106. doi: [10.1080/17474086.2017.1398080](https://doi.org/10.1080/17474086.2017.1398080)
7. Shahraki-Vahed A, Firouzkouhi M, Abdollahimohammad A, Ghalgaie J. Lived experiences of Iranian parents of beta-thalassemia children. *J Multidiscip Healthc.* 2017;10:243–51. doi: [10.2147/JMDH.S132848](https://doi.org/10.2147/JMDH.S132848)
8. Cash TF. *Encyclopedia of Body Image and Human Appearance.* Amsterdam ; Waltham, MA: Academic Press; 2012, pp:334–42.

9. Azarkeivan A, Hajibeigi B, Alavian SM, Lankarani MM, Assari S. Associates of poor physical and mental health-related quality of life in beta thalassemia-major/intermedia. *J Res Med Sci.* 2009;14(6):349–55.
10. Wielgosz J, Goldberg SB, Kral TRA, Dunne JD, Davidson RJ. Mindfulness meditation and psychopathology. *Annu Rev Clin Psychol.* 2019;15:285–316. doi: [10.1146/annurev-clinpsy-021815-093423](https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-021815-093423)
11. Lengacher CA, Reich RR, Paterson CL, Shelton M, Shivers S, Ramesar S, et al. A large randomized trial: effects of Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) for Breast Cancer (BC) survivors on salivary cortisol and IL-6. *Biol Res Nurs.* 2019;21(1):39–49. doi: [10.1177/1099800418789777](https://doi.org/10.1177/1099800418789777)
12. Horton-Deutsch SL, Horton JM. Mindfulness: overcoming intractable conflict. *Arch Psychiatr Nurs.* 2003;17(4):186–93. doi: [10.1016/s0883-9417\(03\)00089-x](https://doi.org/10.1016/s0883-9417(03)00089-x)
13. Kabat-Zinn J. *Full Catastrophe Living: How to Cope with Stress, Pain and Illness Using Mindfulness Meditation.* UK: Piatkus; 2013.
14. Littleton HL, Ollendick T. Negative body image and disordered eating behavior in children and adolescents: what places youth at risk and how can these problems be prevented? *Clin Child Fam Psychol Rev.* 2003;6(1):51–66. doi: [10.1023/a:1022266017046](https://doi.org/10.1023/a:1022266017046)
15. Basak Nejad S, Ghafari M. Rabete beyn tars az badrikhti badani va ekhelalat ravanshenakhti dar daneshjouyan [The relationship between fear of body dysmorphia and psychological disorders of university students]. *International Journal of Behavioral Sciences.* 2008;1(2):179–87. [Persian] http://www.behavsci.ir/article_67573_d69219a5ff35c8ea2cc3b115befabcf0.pdf
16. Templer DI. Death anxiety in religiously very involved persons. *Psychol Rep.* 1972;31(2):361–2. doi: [10.2466/pr0.1972.31.2.361](https://doi.org/10.2466/pr0.1972.31.2.361)
17. Sharif Nia H, Ebadi A, Lehto RH, Mousavi B, Peyrovi H, Chan YH. Reliability and validity of the Persian version of templer death anxiety scale-extended in veterans of Iran–Iraq warfare. *Iran J Psychiatry Behav Sci.* 2014;8(4):29–37.
18. Kabat-Zinn J. Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice.* 2003;10(2):144–56. doi: [10.1093/clipsy/bpg016](https://doi.org/10.1093/clipsy/bpg016)
19. Sugiura Y. Detached mindfulness and worry: a meta-cognitive analysis. *Personality and Individual Differences.* 2004;37(1):169–79. doi: [10.1016/j.paid.2003.08.009](https://doi.org/10.1016/j.paid.2003.08.009)
20. Lovas DA, Barsky AJ. Mindfulness-based cognitive therapy for hypochondriasis, or severe health anxiety: A pilot study. *J Anxiety Disord.* 2010;24(8):931–5. doi: [10.1016/j.janxdis.2010.06.019](https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.06.019)
21. Sedaghat M, Mohammadi R, Alizadeh K, Imani AH. The effect of mindfulness-based stress reduction on mindfulness, stress level, psychological and emotional well-being in Iranian sample. *Procedia - Social and Behavioral Sciences.* 2011;30:929–34. doi: [10.1016/j.sbspro.2011.10.180](https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2011.10.180)
22. Shapiro SL, Jazaieri H, Goldin PR. Mindfulness-based stress reduction effects on moral reasoning and decision making. *The Journal of Positive Psychology.* 2012;7(6):504–15. doi: [10.1080/17439760.2012.723732](https://doi.org/10.1080/17439760.2012.723732)
23. Song Y, Lindquist R. Effects of mindfulness-based stress reduction on depression, anxiety, stress and mindfulness in Korean nursing students. *Nurse Educ Today.* 2015;35(1):86–90. doi: [10.1016/j.nedt.2014.06.010](https://doi.org/10.1016/j.nedt.2014.06.010)