MEJDS. 2020; 1:157.

Published online 2020 Oct. **Original Article**

Effects of Mindfulness-Based Stress Reduction Training on Pain and Quality of Life in Patients With Thalassemia Major

Naghibi F[1], *Ahadi H[2], Tajeri B[3], Seairafi MR[3]

Author Address
1. Department of Psychology, Kish International Branch, Islamic Azad University, Kish Island, Iran;
2. Department of Clinical Psychology, Allameh Tabatabaei University, Tehran, Iran;
3. Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.
***Corresponding author's email:** Ahadi@aut.ac.ir

Received: 2020 July 26; **Accepted:** 2020 October 18

Abstract

Background & Objectives: Thalassemia is among the most prevalent chronic and inherited diseases. This condition is also one of the most common inherited diseases in Iran. Frequent visits of these patients to medical centers for blood transfusion change their lifestyle, and lead to frequent absences from school and work, decreased social activities, increased anxiety, the lack of self–confidence, and the fear of premature death. Additionally, this condition presents adverse effects on the mental health of other family members. Considering the prevalence of thalassemia major and the occurrence of numerous biopsychological problems in the affected individuals as well as their families, and the importance of pain structures and quality of life in these patients due to its chronic and debilitating nature, reducing pain and increasing quality of life can be effective in improving their mental status. Therefore, the present study aimed to evaluate the effects of Mindfulness–Based Stress Reduction (MBSR) training on pain and quality of life in patients with thalassemia major.

Methods: This was a quasi–experimental study with a pretest–posttest and a control group design. The statistical population of this study included all patients with thalassemia major who were referred to specialized centers and hospitals in Bandar Abbas City, Iran, in 2019. In total, 50 eligible patients were included in the study. Then, they were randomly divided into two groups of MBSR training and control. The required number of samples was calculated based on similar studies, considering the effect size of 0.40, confidence level of 0.95, test power of 0.80, and the sample dropout rate of 10% (n=25/group). The inclusion criteria of the study included the following: age of over 16 years, receiving the diagnosis of thalassemia major by an oncologist, having no psychiatric disorder (based on a clinical psychologist's interview), and receiving no other psychiatric treatment. The exclusion criteria were the unwillingness of individuals to continue cooperation with the research project, and absence from more than two intervention sessions. The pretest and posttest data were collected using the Quality of Life Questionnaire (Ware, 1994) and the Brief Pain Questionnaire (Cleeland et al., 1996). The experimental group underwent MBSR training based on Kabat–Zinn et al.'s training package (1990) for eight 90–minute sessions per week. The obtained data were analyzed by one–way Analysis of Covariance (ANCOVA) in SPSS. The significance level of the tests was considered 0.05.

Results: Data analysis suggested that MBSR training affected quality of life (p<0.001) and its components, including physical functioning (p<0.001), physical function limitation (p<0.001), emotional role limitation (p<0.001), vitality (p<0.001), mental health (p<0.001), social functioning (p<0.001), physical pain and general health (p<0.001), and pain intensity (p<0.001). The effect size of pain intensity and quality of life were 0.67 and 0.52, respectively. Furthermore, the effect of quality of life components, including physical functioning was equal to 0.55, physical function limitation equaled 0.76, emotional role limitation was measured as 0.71, vitality was equal to 0.64, mental health was calculated as 0.72, social functioning was measured as 0.76, physical pain was equal to 0.62, general health equaled 0.76, and pain intensity was equal to 0.67.

Conclusion: Based on the current research findings, MBSR training is an efficient, practical, and effective method in improving the severity of pain and increasing the quality of life among patients with thalassemia major.

Keywords: Mindfulness–Based stress reduction, Quality of life, Pain intensity, Thalassemia major.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.209.8]

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۳۹۹؛ (۱۰):۱۵۷.

انتشار برخط مهرماه ۱۳۹۹ مقاله پژوهشی اصیل

بررسی اثربخشی آموزش کاهش استرس مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی (MBSR) بر درد و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به تالاسمی ماژور

فروغ نقیبی[۱]، *حسن احدی[۲]، بیوک تاجری[۳]، محمدرضا صیرفی[۳]

توضیحات نویسندگان

۱. گروه روان‌شناسی، واحد بین‌الملل کیش، دانشگاه آزاد اسلامی، جزیرهٔ کیش، ایران؛

۲. گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران؛

۳. گروه روان‌شناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** Ahadi@aut.ac.ir

تاریخ دریافت: ۵ مرداد ۱۳۹۹؛ **تاریخ پذیرش:** ۲۷ مهر ۱۳۹۹

چکیده

زمینه و هدف: با توجه به شیوع تالاسمی ماژور و نظر به اهمیت سازه‌های درد و کیفیت زندگی در این بیماران، کاهش درد و افزایش کیفیت زندگی می‌تواند در بهبود وضعیت روان‌شناختی این بیماران مؤثر باشد؛ بنابراین هدف این پژوهش بررسی اثربخشی آموزش کاهش استرس مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی (MBSR) بر درد و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به تالاسمی ماژور بود.

روش‌بررسی: روش پژوهش، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون_پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری در این پژوهش تمامی بیماران مبتلا به تالاسمی ماژور مراجعه‌کننده به مراکز تخصصی و بیمارستان‌های سطح شهر بندرعباس در سال ۱۳۹۸ بودند. از بین آن‌ها تعداد ۵۰ بیمار واجد شرایط داوطلب وارد مطالعه شدند و به‌صورت تصادفی در دو گروه آموزش کاهش استرس مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی (MBSR) و گروه گواه قرار گرفتند. گروه آزمایش طی هشت جلسهٔ ۹۰دقیقه‌ای به‌صورت هفتگی، آموزش کاهش استرس مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی (MBSR) را براساس بستهٔ آموزشی کابات_زین و همکاران (۱۹۹۰) دریافت کرد. داده‌ها با استفاده از پرسشنامهٔ کیفیت زندگی (وار، ۱۹۹۴) و پرسشنامهٔ مختصر درد (کلیلند و همکاران، ۱۹۹۶) جمع‌آوری شد. تحلیل داده‌ها با روش تحلیل کوواریانس تک‌متغیره و نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۲ صورت گرفت. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: تحلیل داده‌ها نشان داد که آموزش کاهش استرس مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی (MBSR) بر کیفیت زندگی ($p<۰/۰۰۱$) و مؤلفه‌های آن شامل عملکرد جسمی ($p<۰/۰۰۱$)، محدودیت عملکرد جسمی ($p<۰/۰۰۱$)، محدودیت نقش عاطفی ($p<۰/۰۰۱$)، شادابی و نشاط ($p<۰/۰۰۱$)، سلامت روان ($p<۰/۰۰۱$)، عملکرد اجتماعی ($p<۰/۰۰۱$)، درد بدنی ($p<۰/۰۰۱$) و سلامت عمومی ($p<۰/۰۰۱$) و همچنین شدت درد ($p<۰/۰۰۱$) مؤثر است.

نتیجه‌گیری: نتیجهٔ این پژوهش نشان داد که آموزش کاهش استرس مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی (MBSR) بر کاهش شدت درد و افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به تالاسمی ماژور مؤثر است.

کلیدواژه‌ها: کاهش استرس مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی، کیفیت زندگی، شدت درد، تالاسمی ماژور.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار_غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.209.8]

۱ مقدمه

تالاسمی[1] از بیماری‌های بسیار شایع مزمن و ارثی است. طبق آمار فدراسیون بین‌المللی تالاسمی[2] ، حدود ۲۰۰ هزار بیمار مبتلا به تالاسمی ماژور تحت درمان در دنیا به ثبت رسیده است. به‌طور تقریبی ۲۴۰ میلیون نفر در سراسر جهان به تالاسمی بتا مبتلا هستند و سالانه حدود ۲۰۰ هزار نفر در دنیا به این جمعیت افزوده می‌شود. تالاسمی، تنها مشکلی بهداشتی برای بیماران و خانواده‌های آن‌ها نیست؛ بلکه برای سیستم بهداشت عمومی نیز هزینه‌بر است؛ ازجمله هزینه‌های تزریق منظم خون، دفع آهن مازاد بدن و بستری‌های مکرر در بیمارستان. این بیماری همچنین یکی از بیماری‌های وراثتی شایع در ایران محسوب می‌شود (۱). مراجعات مکرر این بیماران به مراکز درمانی به‌منظور ترانسفوزیون خون موجب تغییر شیوهٔ زندگی، غیبت‌های مکرر آنان از مدرسه و کار، کاهش فعالیت‌های اجتماعی، کاهش اعتمادبه‌نفس، احساس بی‌کفایتی و حقارت ناشی‌از وابستگی به دیگران، خشم، ناامیدی و ترس از مرگ زودرس می‌شود. علاوه بر این، تأثیرات نامطلوبی بر سلامت روان سایر اعضای خانواده می‌گذارد؛ به‌طورکلی اثرات بار روانی بیماری مذکور در بسیاری از جنبه‌های زندگی این بیماران مانند تحصیل، وقت آزاد فرد، فعالیت‌های فیزیکی و مهارت‌های فرد، قابلیت‌های فرد و سازگاری خانواده قابل رؤیت است (۲).

امروزه باتوجه به پیشرفت‌های بسیار مهم در عرصهٔ علم پزشکی و کاهش مرگ‌ومیر ناشی‌از تالاسمی و افزایش امید به زندگی این بیماران، کیفیت زندگی[3] آن‌ها به‌عنوان یکی از شاخص‌های مهم مراقبت بهداشتی مدنظر است (۳). برای بیماری مزمنی مانند تالاسمی که به مدیریت مادام‌العمر نیاز دارد، کیفیت زندگی و نه فقط بقای بیمار به جنبهٔ مهمی برای ارائهٔ مراقبت‌های بهداشتی و سلامتی کامل تبدیل شده است (۴). کیفیت زندگی مرتبط با سلامت به‌طورکلی به‌عنوان مفهوم یا ساختاری چندبعدی تصور می‌شود که به درک بیمار از تأثیر بیماری و درمان بر عملکرد جسمی، روانی، اجتماعی و رفاه و خوب‌بودن اشاره دارد (۵). اسمعیل و همکاران در مطالعهٔ خود تأثیر تالاسمی را بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت این کودکان، به‌صورت کاهش عملکرد فیزیکی، اجتماعی و تحصیلی در حدود ۱۰ تا ۲۴ درصد نشان دادند (۶). در مطالعهٔ مشابه دیگری توسط باقیانی مقدم و همکاران مشخص شد که تالاسمی کیفیت زندگی را در محدودهٔ فعالیت‌های جسمی، اجتماعی و روانی در حدود ۱۴ تا ۲۳ درصد کاهش می‌دهد (۷). مشکلات جسمی و روانی می‌تواند به ناامیدی، کاهش عملکرد اجتماعی و برقراری ارتباطات اجتماعی و بالاخره کاهش کیفیت زندگی مبتلایان به تالاسمی منجر شود (۸). یافته‌های پژوهش صالحی و همکاران نشان داد که بیماران مبتلا به بتا تالاسمی ماژور برای برقراری تعادل اجتماعی مناسب با مشکلات بیشتری مواجه‌اند و از نظر سلامت عمومی دچار دو مشکل اصلی اختلال کارکرد اجتماعی و افسردگی هستند. این مشکلات منجربه کاهش کیفیت زندگی بیماران مذکور می‌شود (۹).

درد به‌عنوان نشانه‌ای شایع همیشه همراه بیماران مبتلا به تالاسمی بوده است. این بیماران از سردرد، ضعف، خستگی زودرس، ریزش مو و دردهای عضلانی‌اسکلتی شکایت دارند (۱۰). سایتمل و همکاران در پژوهش خود به زخم‌های بسیار دردناک پای بیماران مبتلا به تالاسمی اشاره داشتند که منجربه تحمل درد شدید و طاقت‌فرسا در این بیماران می‌شود (۱۱). پاکباز و همکاران نیز میزان درد متوسط در بیماران تالاسمی را ۲۱ درصد و درد شدید را در ۱۴ درصد بیماران تزریق خونی گزارش کردند (۱۲). با افزایش سن میزان درد در این بیماران نیز افزایش می‌یابد (۸). همچنین تحقیقات وقوع دردهای عضلانی و استخوانی و مفصلی را در اندام تحتانی و ستون فقرات در بیماران مبتلا به تالاسمی عنوان کردند (۱۳).

هدف روش‌های مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی، کاهش نقش هشیاری محدودشده و برخی از تأثیرات هیجانی و رفتاری پریشان‌کنندهٔ تجارب روان‌شناختی در بیماران است (۱۴). مطالعات زیادی به‌خصوص در سال‌های اخیر انجام شده که به اثرات آموزش کاهش استرس مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی[4] (MBSR) در گستره‌های بالینی پرداخته است؛ به‌طورکلی در مطالعاتی دربارهٔ درد مزمن، یافته‌ها اثرات مثبت آماری معناداری را در مقیاس‌های درد و نشانه‌های طبی و نشانه‌های روان‌شناختی عمومی نشان می‌دهند؛ همچنین کاهش‌های معناداری در علائم جسمی و روان‌شناختی در بیماران درد مزمن بعد از شرکت در برنامهٔ آموزش کاهش استرس مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی توسط بیماران گزارش شده است (۱۵). نتایج گروه ذهن‌آگاهی درمقایسه با گروه گواه در شاخص‌های اضطراب، افسردگی، درد لحظهٔ حاضر، تصویر بدنی منفی و بازداری فعالیت توسط درد بهبود یافت (۱۶،۱۷). آموزش کاهش استرس مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی می‌تواند در راستای بهبود کیفیت زندگی و افزایش شادکامی سالمندان به‌کار رود (۱۶). علاوه بر این تحقیقات مختلفی اثربخشی آموزش کاهش استرس مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی را بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سردردهای تنشی مزمن (۱۸)، آرتریت روماتوئید (۱۹) و سندرم رودهٔ تحریک‌پذیر (۲۰) نشان دادند. همچنین راج و کومار اثربخشی آموزش کاهش استرس مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی را بر گسترهٔ وسیعی از مشکلات روان‌شناختی (علائم درد، اضطراب، استرس، افسردگی) گزارش کردند (۲۱). در زمینهٔ اثربخشی درمان کاهش استرس مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی، نتایج پژوهش رحمانی‌فرد و همکاران نشان داد که آموزش کاهش استرس مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بر کیفیت زندگی زنان نابارور مؤثر است (۲۲)؛ همچنین معصومیان و همکاران در پژوهش خود مشخص کردند که درمان کاهش استرس مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بر کیفیت زندگی بیماران دارای کمردرد مزمن تأثیر دارد (۲۳) و عبدالقادری و همکاران در پژوهشی به این نتیجه دست یافتند که درمان کاهش استرس مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بر کاهش درد، افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به کمردرد مؤثر است (۲۴).

باتوجه به شیوع تالاسمی ماژور و بروز مشکلات عدیدهٔ جسمی و روانی افراد مبتلا و خانواده‌های آنان و نظر به اهمیت سازه‌های درد و کیفیت زندگی در این بیماران به‌دلیل ماهیت مزمن و ناتوان‌کنندهٔ تالاسمی

[1]. Thalassemia
[2]. Thalassemia International Federation (TFI)
[3]. Quality of life
[4]. Mindfulness-based stress reduction training

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.209.8]

ماژور، کاهش درد و افزایش کیفیت زندگی می‌تواند در بهبود وضعیت روان‌شناختی این بیماران مؤثر باشد؛ بنابراین باتوجه به مطالب ذکرشده، پژوهش حاضر با هدف اثربخشی آموزش کاهش استرس مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی (MBSR) بر درد و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به تالاسمی ماژور انجام شد.

۲ روش‌بررسی

روش پژوهش، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون ـ پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری در این پژوهش تمامی بیماران مبتلا به تالاسمی ماژور مراجعه‌کننده به مراکز تخصصی و بیمارستان‌های سطح شهر بندرعباس در سال ۱۳۹۸ بودند. از بین آن‌ها تعداد ۵۰ فرد به‌صورت هدف‌مند انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی در دو گروه آموزش کاهش استرس مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی (MBSR) و گواه قرار گرفتند. تعداد نمونهٔ لازم براساس مطالعات مشابه با درنظرگرفتن اندازهٔ اثر ۰/۴۰، سطح اطمینان ۰/۹۵، توان آزمون ۰/۸۰ و میزان ریزش ۱۰درصد برای هر گروه ۲۵ نفر محاسبه شد (۲۵). معیارهای ورود بیماران به پژوهش عبارت بود از: سن بیشتر از ۱۶ سال؛ تشخیص بیماری تالاسمی ماژور توسط متخصص انکولوژی؛ نداشتن اختلال روان‌شناختی (براساس مصاحبه بالینی توسط روانشناس)؛ دریافت‌نکردن درمان روان‌شناختی دیگر. معیارهای خروج از مطالعه نیز تمایل‌نداشتن افراد به ادامهٔ همکاری و حداکثر دو جلسه غیبت برای هر بیمار بود. برای جمع‌آوری اطلاعات شرکت‌کنندگان در دو مرحلهٔ پیش‌آزمون و پس‌آزمون از پرسشنامه‌های زیر استفاده شد.

ـ پرسشنامهٔ کیفیت زندگی[1]: این پرسشنامه توسط وار در سال ۱۹۹۴ برای اندازه‌گیری کیفیت زندگی ابداع شد (۲۶). این پرسشنامه می‌تواند به‌خوبی کیفیت زندگی را اندازه‌گیری کند. پرسشنامه شامل ۳۶ سؤال است و سلامت را در هشت حیطهٔ عملکرد جسمی، محدودیت عملکرد جسمی، درد بدنی، سلامت عمومی، شادابی و نشاط، عملکرد اجتماعی، محدودیت نقش عاطفی و سلامت روان می‌سنجد (۲۶). یک سؤال تغییر در وضعیت سلامتی فرد را در طول دورهٔ یک‌ساله بررسی می‌کند و بقیهٔ سؤالات به‌منظور محاسبهٔ امتیاز هشت حیطهٔ عملکرد کیفیت زندگی به‌کار می‌رود. امتیاز هر سؤال در محاسبهٔ یک مقیاس به‌کار برده می‌شود. در برخی سؤالات، امتیازها مجدداً کدبندی می‌شود. نمره‌گذاری به این صورت است که در سؤالات ۱ و ۲ گزینهٔ اول ۵ امتیاز و گزینهٔ پنجم ۱ امتیاز خواهد گرفت. در سؤالات ۳تا۱۲ گزینه‌های ۱تا۳ به‌ترتیب ۱، ۲ و ۳ امتیاز می‌گیرد. در سؤالات ۱۳تا۱۹ گزینهٔ بلی صفر امتیاز و گزینهٔ خیر ۱ امتیاز دارد. در سؤالات ۲۰ تا ۲۲ گزینهٔ اول ۵ امتیاز و گزینهٔ پنجم ۱ امتیاز می‌گیرد. در سؤالات ۲۳تا۳۱ گزینه‌ها به‌ترتیب ۶تا۱ امتیاز گرفته و در سؤال ۳۲ گزینهٔ اول ۱ امتیاز و گزینهٔ پنجم ۵ امتیاز می‌گیرد. در سؤالات ۳۳تا۳۶ گزینه‌ها به‌ترتیب ۱تا۶ امتیاز دارد. امتیازهای هر مقیاس از صفرتا۱۰۰ متغیر است که صفر وضعیت بدتر و ۱۰۰ وضعیت بهتر را در مقیاس مدنظر گزارش می‌کند (۲۷). جعفری و همکاران در مطالعهٔ خود روایی و پایایی نسخهٔ فارسی این پرسشنامه را با بررسی کیفیت زندگی بیماران تالاسمی ماژور سنجیدند و ضریب آلفای کرونباخ را برای کل مقیاس برابر با ۰/۸۸ برآورد کردند، منتظری و همکاران ضریب آلفای کرونباخ تمامی خرده‌مقیاس‌های این پرسشنامه را به غیر از شادابی و نشاط که ۰/۶۵ به دست آمد، بین ۰/۷۷ تا ۹۰ به دست آوردند (۲۸).

ـ پرسشنامهٔ مختصر درد[2]: این پرسشنامه توسط کلیلند و همکاران در سال ۱۹۹۶ برای اندازه‌گیری شدت درد مزمن در بیماران سرطانی و دیگر بیماران بالینی دچار درد مزمن طراحی شد (۲۹). پرسشنامه از دو بخش اصلی سنجش شدت درد و میزان تداخل در امور روزمره و سؤالات زمینه‌ای تشکیل شده است (۲۹). بخش حسی شامل ۴ آیتم است که شدت درد اخیراً، حداقل درد، بدترین درد و متوسط درد طی هفتهٔ گذشته را اندازه‌گیری می‌کند. نمره‌گذاری این مواد از صفر (وجودنداشتن درد) تا ۱۰ (تصورنشدنی) است. هرچه نمره بیشتر باشد، نشان‌دهندهٔ شدت بیشتر درد است. بخشی که میزان تداخل درد را با کارکردهای عمومی اشخاص می‌سنجد (بعد واکنشی) از ۷ سؤال تشکیل شده است (۳۰). وکیل‌زاده و نخعی پایایی و روایی این پرسشنامه را روی بیماران مبتلا به سرطان ارزیابی کردند. آنان پایایی پرسشنامه را از روش آلفای کرونباخ برای ابعاد شدت و واکنش به‌ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۸۹ به‌دست آوردند (۳۱).

برنامهٔ آموزشی ذهن‌آگاهی در هشت جلسهٔ ۹۰دقیقه‌ای و هفته‌ای دو بار به‌مدت دو ماه براساس بستهٔ آموزشی کابات ـ زین و همکاران اجرا شد. روایی این پروتکل توسط سازندگان آن تأیید شد که از روایی صوری و محتوایی مطلوبی برخوردار است (۳۲). همچنین روایی محتوایی این بستهٔ آموزشی در پژوهش حاضر توسط پنج تن از متخصصان روان‌شناسی دانشگاه شهید بهشتی به تأیید رسید و سپس در این پژوهش استفاده شد. در جدول ۱، خلاصه‌ای از جلسات برنامهٔ آموزشی ذهن‌آگاهی ارائه شده است.

ملاحظات اخلاقی پژوهش حاضر به‌شرح ذیل بود: تمامی افراد به‌صورت کتبی اطلاعاتی دربارهٔ پژوهش دریافت کردند و در صورت تمایل در پژوهش مشارکت کردند. این اطمینان به افراد داده شد که تمام اطلاعات محرمانه هستند و برای امور پژوهشی استفاده خواهند شد. به‌منظور رعایت حریم خصوصی، نام و نام خانوادگی شرکت‌کنندگان ثبت نشد. همچنین پس از پایان پژوهش، برای افراد حاضر در گروه گواه درمان مؤثرتر اجرا شد. تجزیه‌وتحلیل داده‌ها با استفاده از روش‌های آمار توصیفی مانند میانگین، انحراف معیار و آمار استنباطی به‌روش تحلیل کوواریانس تک‌متغیره و نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۱ صورت گرفت. برای بررسی پیش‌فرض نرمال‌بودن آزمون تحلیل کوواریانس از آزمون شاپیرو ـ ویلکز و به‌منظور بررسی همگنی واریانس‌ها از آزمون لون استفاده شد. برای بررسی همگنی شیب رگرسیون، اثر متقابل متغیر مستقل (گروه) با متغیرهای همپراش (کیفیت زندگی و شدت درد و پیش‌آزمون هر کدام) بررسی شد. برای مقایسهٔ دو گروه از نظر توزیع جنسیت، آزمون خی دو و برای مقایسهٔ دو گروه از نظر سن، آزمون تی‌مستقل به‌کار رفت. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

[1]. Quality of Life Questionnaire

[2]. Brief Pain Inventory

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.209.8]

جدول ۱. شرح جلسات آموزش برنامهٔ MBSR

جلسات	محتوای جلسات
اول	تعیین اهداف جلسه، تمرین خوردن کشمش، دادن پسخوراند و بحث دربارهٔ تمرینِ خوردن، تمرین وارسی بدنی، آغاز تمرین با تمرکز بر تنفس کوتاه ۴۰ دقیقه، دادن بازخورد و بحث دربارهٔ وارسی بدنی.
دوم	تمرین وارسی بدنی، بازنگری تمرین، بازنگری تکلیف خانگی، تمرین افکار و احساسات (پیاده‌روی در خیابان)، ثبت وقایع خوشایند، مراقبهٔ نشسته ۱۰تا۱۵ دقیقه، توزیع جزوات جلسهٔ دوم بین شرکت‌کنندگان، ارائهٔ تکالیف خانگی، نوار وارسی بدنی ۶ بار در ۷ روز، تنفس با حضور ذهن ۱۰تا۱۵ دقیقه ۶ بار در ۷ روز، ثبت وقایع خوشایند یا لذت‌بخش (هر روز)، حضور ذهن از فعالیت‌های عادی.
سوم	تمرین دیدن و شنیدن به‌مدت ۵۰ دقیقه، ۳۰تا۴۰دقیقه حالت مراقبه (آگاهی از حس‌های قوی بدنی)، تمرین فضای تنفس ۳دقیقه‌ای و بازنگری آن، قدم‌زدن با حضور ذهن و بازنگری آن، تهیهٔ فهرستی از وقایع ناخوشایند.
چهارم	تمرین ۵دقیقه‌ای دیدن و شنیدن،۴۰ دقیقه مراقبه، آگاهی از تنفس، بدن، صدا و افکار، بازنگری تکلیف خانگی، فضای تنفس ۳دقیقه‌ای، بررسی تکالیف تجربیات ناخوشایند، فضای تنفس ۳دقیقه‌ای.
پنجم	۴۰ دقیقه مراقبهٔ نشسته، بازنگری تمرین، بازنگری تمرین خانگی، فضای تنفس و بازنگری آن، فضای تنفس ۳دقیقه‌ای، توزیع جزوات بین شرکت‌کنندگان، فضای تنفس ۳دقیقه‌ای به‌طور منظم (۳ بار در روز).
ششم	مراقبهٔ نشستهٔ ۴۰دقیقه‌ای، بازنگری تمرین، بازنگری تکلیف خانگی (شامل مراقبه بدون نوار و تنفس عمیق)، آماده‌شدن برای اتمام دوره، خلق، افکار و تمرین نظرات یا افکار جانشین، زمان تنفس و بازنگری آن، توزیع جزوات جلسهٔ ششم بین شرکت‌کنندگان، تعیین تکالیف خانگی.
هفتم	۴۰ دقیقه مراقبهٔ نشسته، بازنگری تکالیف خانگی، تهیهٔ فهرستی از فعالیت‌های لذت‌بخش و فعالیت‌های منجربه حس ازعهده‌برآیی، برنامه‌ریزی و تهیهٔ برنامه‌ای مناسب برای چنین فعالیت‌هایی، فضای تنفس ۳دقیقه‌ای به‌عنوان گام اول برای داشتن حضور ذهن، توزیع جزوات جلسهٔ هفتم بین شرکت‌کنندگان، تعیین تکلیف خانگی.
هشتم	تمرین وارسی بدنی، بازنگری تکلیف خانگی (شامل نظام‌های هشداردهندهٔ اولیه و برنامه‌های عمل)، بازنگری کل برنامه، بحث دربارهٔ چگونگی بهترین نحوهٔ ادامه‌یافتن تحرک و نظم ایجادشده در ۷ هفتهٔ گذشته چه در تمرین‌های منظم و چه در تمرین‌های غیرمنظم، وارسی و بحث دربارهٔ برنامه‌ها و یافتن دلایل مثبت برای ادامهٔ تمرین، توزیع جزوات جلسهٔ هشتم بین شرکت‌کنندگان، پایان‌دادن به کلاس‌ها با آخرین مراقبه.

۳ یافته‌ها

در این پژوهش میانگین±انحراف معیار سن گروه آزمایش ۶/۸±۳۵/۹ و گروه گواه ۶/۲±۳۶/۸ سال بود که دامنهٔ سنی از ۱۶تا۴۳ سال را شامل شد. دو گروه تفاوت معناداری از نظر میانگین سن نداشتند (p=۰/۸۴۴). در گروه آزمایش، ۱۴ نفر (۵۶درصد) را مردان و ۱۱ نفر (۴۴درصد) را زنان تشکیل دادند. همچنین در گروه گواه، ۱۲ نفر (۴۸درصد) را مردان و ۱۳ نفر (۵۲درصد) را زنان تشکیل دادند. دو گروه تفاوت معناداری از نظر توزیع جنسیت نداشتند (p=۰/۱۲۷).

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نمره‌های متغیرهای درد و کیفیت زندگی در گروه‌های آزمایش و گواه در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر	گروه آزمایش				گروه گواه			
	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
شدت درد	۸	۱/۶	۷/۱	۱/۳	۸/۲	۱/۵	۸/۵	۱/۳
عملکرد جسمی	۷۹/۳۲	۱۸/۳۲	۸۴/۲۱	۱۹/۱۳	۷۸/۲۱	۱۶/۱۵	۷۷/۵۹	۱۵/۸۷
محدودیت عملکرد جسمی	۷۴/۶۵	۲۰/۰۶	۸۴/۱۲	۲۱/۲۳	۷۳/۲۲	۱۸/۲۵	۷۳/۰۲	۱۸/۱۳
محدودیت نقش عاطفی	۶۵/۲۲	۱۹/۳۶	۷۷/۱۴	۲۱/۸۳	۶۴/۱۲	۱۸/۰۵	۶۰/۲۵	۱۶/۳۲
شادابی و نشاط	۶۸/۲۵	۲۱/۱۶	۷۵/۱۱	۲۴/۳۱	۶۵/۱۹	۱۸/۹۵	۶۴/۸۵	۱۹/۰۳
سلامت روان	۶۱/۲۵	۲۲/۴۱	۷۰/۰۹	۲۴/۳۳	۶۰/۲۴	۲۱/۵۰	۵۹/۱۵	۲۰/۸۵
عملکرد اجتماعی	۵۹/۲۵	۲۰/۳۶	۶۹/۴۸	۲۲/۱۲	۵۸/۲۲	۱۹/۷۵	۵۵/۳۸	۱۸/۴۱
درد بدنی	۷۶/۸۹	۱۹/۴۵	۸۸۴/۲۱	۲۱/۴۲	۷۵/۹۲	۱۸/۴۱	۷۴/۵۲	۱۸/۰۳
سلامت عمومی	۵۷/۴۵	۲۰/۴۲	۷۴/۲۱	۲۳/۴۲	۵۶/۹۲	۱۹/۴۵	۵۶/۸۵	۱۸/۸۷
نمرهٔ کلی کیفیت زندگی	۶۹/۲۵	۲۲/۱۶	۷۸/۵۱	۲۳/۵۳	۶۸/۲۱	۱۹/۹۲	۶۷/۵۸	۱۹/۲۲

قبل از اجرای تحلیل واریانس، برای بررسی رعایت پیش‌فرض‌های لازم از آزمون‌های شاپیرو_ویلکز و لون استفاده شد. آزمون شاپیرو_ویلکز برای توزیع متغیرهای کیفیت زندگی و شدت درد در مرحلهٔ پس‌آزمون نشان داد، متغیرهای تحقیق از توزیع نرمال برخوردار هستند. برای

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.209.8]

بررسی پیش‌فرض همگنی واریانس‌های خطا از آزمون لون استفاده شد. نتایج آزمون لون نشان داد، فرض همگنی واریانس‌ها رد نمی‌شود. بررسی همگنی شیب‌های رگرسیون اثر متقابل متغیر مستقل (گروه) با متغیرهای همپراش (ترس از ارزیابی منفی و پریشانی روان‌شناختی و پیش‌آزمون هر کدام) نیز نشان داد که پیش‌فرض همگنی شیب‌های رگرسیون برقرار است؛ بنابراین پیش‌فرض‌های لازم برای اجرای تحلیل کوواریانس تک‌متغیره وجود داشت. در جدول ۲، به نتایج شاخص‌های توصیفی و در جدول ۳ به نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیره اشاره شده است.

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که در گروه آزمایش درمقایسه با گروه گواه، میانگین نمرهٔ درد و کیفیت زندگی به‌ترتیب در مرحلهٔ پس‌آزمون درمقایسه با مرحلهٔ پیش‌آزمون کاهش و افزایش یافته است.

جدول ۳. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس تک‌متغیره بر میانگین نمره‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرهای درد و کیفیت زندگی در گروه آزمایش و گروه گواه

متغیر	مجموع مجذورات	درجهٔ آزادی	میانگین مجذورات	F	اندازهٔ اثر	مقدار احتمال
شدت درد	۹۶۵/۱۲	۱	۹۶۵/۱۲	۴۱/۲۲	۰/۶۷	<۰/۰۰۱
عملکرد جسمی	۷۶/۸۶	۱	۷۶/۸۶	۳۵/۳۹	۰/۵۵	<۰/۰۰۱
محدودیت عملکرد جسمی	۱۱۱/۴۰	۱	۱۱۱/۴۰	۵۰/۰۸	۰/۷۶	<۰/۰۰۱
محدودیت نقش عاطفی	۱۳۷/۴۸	۱	۱۳۷/۴۸	۷۰/۵۰	۰/۷۱	<۰/۰۰۱
شادابی و نشاط	۱۵۰/۰۲	۱	۱۵۰/۰۲	۵۱/۵۳	۰/۶۴	<۰/۰۰۱
سلامت روان	۶۱/۳۵	۱	۶۱/۳۵	۵۰/۴۹	۰/۷۲	<۰/۰۰۱
عملکرد اجتماعی	۲۸۴/۵۷	۱	۲۸۴/۵۷	۲۹/۷۷	۰/۷۶	<۰/۰۰۱
درد بدنی	۱۷۶/۵۸	۱	۱۷۶/۵۸	۳۲/۱۷	۰/۶۲	<۰/۰۰۱
سلامت عمومی	۱۰۴۹۴/۷۶	۱	۱۰۴۹۴/۷۶	۶۲/۶۸	۰/۷۶	<۰/۰۰۱
نمرهٔ کلی کیفیت زندگی	۷۳۸/۷۷	۱	۷۳۸/۷۷	۲۵/۴۷	۰/۵۲	<۰/۰۰۱

یافته‌های جدول ۳ نشان می‌دهد که میانگین نمرات شدت درد و کیفیت زندگی در مرحلهٔ پس‌آزمون بعد از کنترل نمرات پیش‌آزمون در دو گروه معنادار است. بدین معنا که درمان مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بر شدت درد ($p<۰/۰۰۱$) و کیفیت زندگی ($p<۰/۰۰۱$) تأثیر دارد. ضریب تأثیر شدت درد و کیفیت زندگی به‌ترتیب ۰/۶۷ و ۰/۵۲ به‌دست آمد. همچنین درمان مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بر مؤلفه‌های عملکرد جسمی ($p<۰/۰۰۱$)، محدودیت عملکرد جسمی ($p<۰/۰۰۱$)، محدودیت نقش عاطفی ($p<۰/۰۰۱$)، شادابی و نشاط ($p<۰/۰۰۱$)، سلامت روان ($p<۰/۰۰۱$)، عملکرد اجتماعی ($p<۰/۰۰۱$)، درد بدنی ($p<۰/۰۰۱$) و سلامت عمومی ($p<۰/۰۰۱$) مؤثر است. ضریب تأثیر مؤلفه‌های عملکرد جسمی ۰/۵۵، محدودیت عملکرد جسمی ۰/۷۶، محدودیت نقش عاطفی ۰/۷۱، شادابی و نشاط ۰/۶۴، سلامت روان ۰/۷۲، عملکرد اجتماعی ۰/۷۶، درد بدنی ۰/۶۲ و سلامت عمومی ۰/۷۶ و همچنین شدت درد ۰/۶۷ به‌دست آمد.

۴ بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش کاهش استرس مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی (MBSR) بر درد و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به تالاسمی ماژور انجام شد. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که آموزش کاهش استرس مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی (MBSR) باعث تغییر درد و کیفیت زندگی گروه آزمایش درمقایسه با گروه گواه می‌شود. به عبارت دیگر، میزان درد و کیفیت زندگی در افراد شرکت‌کننده در جلسات آموزش کاهش استرس مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی (MBSR) درمقایسه با گروه گواه تغییر معناداری داشته است. این یافته با نتایج پژوهش رحمانی‌فرد و همکاران مبنی‌بر اثربخشی آموزش کاهش استرس مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بر کیفیت زندگی زنان نابارور (۲۲) و پژوهش معصومیان و همکاران مبنی‌بر اثربخشی درمان کاهش استرس مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بر کیفیت زندگی بیماران دارای کمردرد مزمن (۲۳) و پژوهش عبدالقادری و همکاران مبنی‌بر اثربخشی کاهش استرس مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بر کاهش درد، افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به کمردرد (۲۴)، همسوست. در تبیین یافته‌های این مطالعه می‌توان گفت کیفیت درد به‌واسطهٔ شدت، تازگی، پیش‌بینی‌ناپذیری و میزان تهدیدآمیزبودن آن تغییر می‌کند. این تغییر می‌تواند باعث تمرکز فرد روی آن شود و به نوسان افزایش درد منجر شود (۳۱). اطلاعات مرتبط با درد در برنامهٔ آموزشی می‌تواند سبب کاهش درد شود و باعث شود که بیماران نگرانی کمتری از درد داشته باشند و به رویارویی فعال با آن مبادرت ورزند. همچنین پوی و همکاران معتقد هستند، آموزش کاهش استرس مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی (MBSR) ازطریق آموزش راهبردهای مقابله‌ای فعال باعث افزایش توان فرد برای مقابله با درد می‌شود و فرد ناتوانی کمتری را گزارش می‌کند؛ زیرا با آموزش مهارت‌های مقابله‌ای فعال به‌نظر می‌رسد بیماران به میزان بیشتری به ارزیابی مجدد پدیدهٔ درد می‌پردازند و ازطریق آموزش مهارت‌های حل مسئله به مشکل‌گشایی برنامه‌ریزی‌شده می‌پردازند (۱۵). این آموزش‌ها می‌تواند سبب افزایش رویارویی فعال، ارزیابی مجدد مثبت، مخالفت‌ورزی با افکار خودآیند منفی و درنتیجه مشکل‌گشایی برنامه‌ریزی‌شده شود و از این طریق به کاهش ادراک درد و نیز به افزایش مهارت‌های کارآمد منتهی شود. از طرفی دیگر، آموزش خودکنترلی به افزایش مهارگری و خویشتن‌داری بیماران در مقابله با درد می‌انجامد. در این آموزش‌ها فرد هیجان‌های منفی خود را کنترل می‌کند و مسئولیت مشکلات خود را به عهده می‌گیرد و با تعدیل یا تصحیح آن‌ها و ارزیابی مجدد مثبت مشکلات خود به مهارگری و

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.209.8]

همچنین ارتقای وضعیت مقابله‌ای خود کمک می‌کند (۱۹).
دیگر تبیین یافته‌های مطالعهٔ حاضر این است که باتوجه به محتوای جلسات ذهن‌آگاهی مبتنی‌بر کاهش استرس (MBSR)، تأکید این برنامه بر به‌کارگیری تکنیک‌هایی برای کاهش استرس و مقابله با درد و هشیاربودن دربارهٔ وضعیت خویش است. رهاکردن مبارزه و پذیرش وضعیت موجود بدون قضاوت، مفهوم اصلی و اساسی در برنامهٔ MBSR است. درواقع، تغییر در پذیرش بدون قضاوت‌کردن با بهبود در کیفیت زندگی ارتباط دارد. هدف MBSR هشیاری لحظهٔ حاضر است. ذهن‌آگاهی مبتنی‌بر کاهش استرس روشی جدید و شخصی در مقابله‌کردن با استرس برای فرد فراهم می‌کند. عوامل استرس‌زای بیرونی بخشی از زندگی‌اند و تغییرناپذیر هستند؛ اما روش‌های مقابله با استرس و نحوهٔ پاسخ‌دهی به استرس‌ها می‌توانند تغییر کند؛ بنابراین، ازآنجاکه کیفیت زندگی به‌طور معناداری با استرس و افسردگی همبستگی دارد، انتظار می‌رود با انجام تمرینات منظم ذهن‌آگاهی تغییرات مثبتی در برخی از کارکردهای روان‌شناختی مانند کاهش استرس، افزایش بهزیستی و سلامت روان به‌وجود آید (۲۰) و درنهایت منجربه بهبود کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به تالاسمی شود.
مداخلهٔ MBSR علاوه‌بر آموزش تکنیک‌های مدیتیشن خاص به شرکت‌کنندگان در درمان، محیطی گروهی و حمایتگرانه ایجاد می‌کند که باعث بهبود هرچه بیشتر کیفیت زندگی بیماران می‌شود. همچنین به‌عنوان بخشی از گروه‌درمانی، افراد فرصتی برای ابراز احساسات خود دربارهٔ بیماری‌شان پیدا می‌کنند و تجاربشان را دربارهٔ تمرین مدیتیشن باهم به اشتراک می‌گذارند. حمایت اجتماعی و ابراز هیجان‌ها، تلاشی سازنده برای مقابله با بیماری است و احتمال کیفیت زندگی را که عامل مهمی در درمان بیماری جسمی است، درکل افزایش می‌دهد (۲۱).
باتوجه به محدودبودن افراد حجم نمونه در بندرعباس و همچنین خودگزارشی‌بودن متغیرهای پژوهش، در تعمیم نتایج باید جانب احتیاط رعایت شود. از دیگر محدودیت‌ها نیز اجرای برنامهٔ مداخله‌ای توسط پژوهشگر بود که می‌تواند در سوگیری نتایج تأثیرگذار باشد. نتایج این پژوهش تلویحات مهمی در زمینهٔ درمان و خدمات مشاوره‌ای به مبتلایان تالاسمی ماژور دارد؛ ازجمله درمانگران و مشاوران حوزهٔ سلامت و درمان می‌توانند از این مدل برای کاهش درد و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به تالاسمی ماژور استفاده کنند. پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی زمان اجرای مداخلات افزایش یابد و در پژوهش‌های آتی اثربخشی این مدل بر کاهش دیگر مؤلفه‌ها و متغیرهای مربوط به مبتلایان تالاسمی ماژور مانند سلامت روان و بهزیستی روان‌شناختی آن‌ها مطالعه شود.

۵ نتیجه‌گیری

براساس یافته‌های این پژوهش می‌توان گفت، آموزش کاهش استرس مبتنی‌بر ذهن آگاهی بر کاهش شدت درد و افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به تالاسمی ماژور مؤثر است؛ بنابراین روش‌های درمانی آموزش کاهش استرس مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی روشی کارآمد، کاربردی و مؤثر در بهبود کاهش شدت درد و افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به تالاسمی ماژور است.

۶ تشکروقدردانی

از تمامی افرادی که در این پژوهش ما را یاری کردند، تشکر و قدردانی می‌شود.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیهٔ اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

تمامی افراد به‌صورت کتبی اطلاعاتی دربارهٔ پژوهش دریافت کردند و در صورت تمایل در پژوهش مشارکت نمودند. این اطمینان به افراد داده شد که تمام اطلاعات محرمانه هستند و برای امور پژوهشی استفاده خواهند شد. به‌منظور رعایت حریم خصوصی، نام و نام خانوادگی شرکت‌کنندگان ثبت نشد. همچنین پس از پایان پژوهش، برای افراد حاضر در گروه گواه درمان مؤثرتر اجرا شد.

رضایت‌نامهٔ انتشار

رضایت‌نامهٔ انتشار غیرقابل اجرا است.

تزاحم منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند تضاد منافعی بین آن‌ها وجود ندارد. این مقاله برگرفته از رسالهٔ دکتری روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بین‌المللی کیش است. همچنین مجوز اجرای این پژوهش بر گروه مطالعه‌شده به مراکز تخصصی و بیمارستان‌های شهر بندرعباس با شماره نامهٔ ۷۸ صادر شده است.

منابع مالی

منابع مالی از هزینه‌های شخصی تأمین شده و توسط هیچ نهاد یا سازمانی تأمین نشده است.

مشارکت نویسندگان

نویسندهٔ اول داده‌های به‌دست‌آمده را آنالیز و تفسیر کرد. نویسندهٔ دوم، در نگارش نسخهٔ دست‌نوشته همکار اصلی بود. همهٔ نویسندگان نسخهٔ دست‌نوشتهٔ نهایی را خواندند و تأیید کردند.

References

1. Mirzaei K. The relationship between social support and depression in patients with thalassemia major in Bushehr, Iran. Nursing of the Vulnerables. 2015;2(4):1-4. http://njv.bpums.ac.ir/article-1-654-fa.html
2. 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):349-68.
3. Arian M, Soleimani M, Fakhr-Movahedi A, Oghazian MB, Badiee Z. Quality of life in patients with Thalassemia Major: a concept analysis using rodgers' evolutionary method. International Journal of Pediatrics. 2020;8(5):11197–217. doi: 10.22038/ijp.2019.42126.3547

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.209.8]

4. Patel P, Beamish P, Silva TL da, Kaushalya D, Premawardhena A, Williams S, et al. Examining depression and quality of life in patients with thalassemia in Sri Lanka. International Journal of Noncommunicable Diseases. 2019;4(1):27.
5. Bakhshi R, Akaberian S, Bahreini M, Mirzaei K, Kiani J. The effect of group counseling on the quality of life in patients with major thalassemia referred to the Thalassemia treatment center in Bushehr. Pajouhan Scientific Journal. 2018;16(3):11–9. [Persian] doi: 10.21859/psj.16.3.11
6. Ismail A, Campbell MJ, Ibrahim HM, Jones GL. Health related quality of life in Malaysian children with Thalassaemia. Health Qual Life Outcomes. 2006;4:39. doi: 10.1186/1477-7525-4-39
7. Baghianimoghadam MH, Sharifirad G, Rahaei Z, Baghianimoghadam B, Heshmati H. Health related quality of life in children with thalassaemia assessed on the basis of SF-20 questionnaire in Yazd, Iran: a case-control study. Cent Eur J Public Health. 2011;19(3):165–9.
8. Anwar K, Waqar S. Psychopathological tendencies and quality of life among patients with Thalassemia major. Rawal Medical Journal. 2018;43(1):32–8.
9. Salehi M, Mirbehbahani NB, Jahazi A, Aghebati Amlashi Y. General health of beta-thalassemia major patients in Gorgan, Iran. J Gorgan Uni Med Sci. 2014;16(1):120–5. [Persian] http://goums.ac.ir/journal/article-1-1985-en.pdf
10. Giusti A, Pinto V, Forni GL, Pilotto A. Management of beta-thalassemia-associated osteoporosis. Ann N Y Acad Sci. 2016;1368(1):73–81. doi: 10.1111/nyas.13041
11. Çaytemel C, Topaloğlu Demir F, Büyükbabani N, Türkoğlu Z, Uzuner EG. Multifactorial painful leg ulcers due to hyperhomocysteinemia, plasminogen activator inhibitor-1 4G/5G heterozygote gene mutation, and beta Thalassemia minor: a case report. Int J Low Extrem Wounds. 2019;18(3):339–41. doi: 10.1177/1534734619861584
12. Pakbaz Z, Treadwell M, Yamashita R, Quirolo K, Foote D, Quill L, et al. Quality of life in patients with thalassemia intermedia compared to thalassemia major. Ann N Y Acad Sci. 2005;1054:457–61. doi: 10.1196/annals.1345.059
13. Madmoli M, Madmoli Y, Rahmati P, Adavi A, Yousefi N, Gheisari Z, et al. Quality of life and some related factors in patients with beta thalassemia major in southwest Iran. Journal of Client-Centered Nursing Care. 2017;3(2):139–46. doi: 10.32598/jccnc.3.2.139
14. Jabbarifard F, Solati K, sharifi, 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. [Persian] http://jcnm.skums.ac.ir/article-1-980-en.pdf
15. Pouy S, Attari Peikani F, Nourmohammadi H, Sanei P, Tarjoman A, Borji M. Investigating the effect of mindfulness-based training on psychological status and quality of life in patients with breast cancer. Asian Pac J Cancer Prev. 2018;19(7):1993–8. doi: 10.22034/APJCP.2018.19.7.1993
16. Ghadampour E, Moradizadeh S, Shahkarami M. The effectiveness of mindfulness training on increasing happiness and improving quality of life in elderly. Aging Psychology. 2018;4(1):27–38. [Persian] https://jap.razi.ac.ir/article_900_eb106b0cae15dd7671b86db9e0a0f310.pdf
17. Jafari A, Shahabi SR. Effectiveness of mindfulness-based stress reduction on state/trait anxiety and quality of life in women with obesity. Feyz. 2017;21(1):83–93. [Persian] http://feyz.kaums.ac.ir/article-1-3285-en.pdf
18. Porabasi Z. Asarbakhshi ravesh kahesh stress mobtani bar zehn–agahi dar salamat ravan, keyfiyat zendegi, paziresh dard va shedat an dar bimaran mobtala be sardard–haye taneshi mozmen [The effectiveness of mindfulness-based stress reduction method on mental health, quality of life, acceptance of pain and its intensity in patients with chronic stress headaches] [Thesis for M.Sc.]. [Tabriz, Iran]: University of Tabriz; 2014. [Persian]
19. Mobseri M. Barrasi asarbakhshi ravesh kahesh stress mobtani bar zehn–agahi bar bavarhaye marbout be dard, keyfiyat zendegi va khashm zanan mobtala be rheumatoid arthritis shahr Ahvaz [The effectiveness of mindfulness-based stress reduction method on beliefs about pain, quality of life and anger in women with rheumatoid arthritis in Ahvaz] [Thesis for M.Sc.]. [Ahvaz, Iran]: Shahid Chamran University;2014. [Persian]
20. Dabaghi Zarif S. Barrasi asarbakhshi zehn–agahi mobtani bar kahesh stress bar salamt ravan va keyfiyat zendegi bimaran mobtala be syndrome roode tahrik pazir [The effectiveness of mindfulness-based stress reduction on mental health and quality of life in patients with irritable bowel syndrome] [Thesis for M.Sc.]. [Tehran, Iran]: Payam Nour University, Tehran Branch; 2014. [Persian]
21. Raj A, Kumar P. Efficacy of Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR): a brief overview. Journal of Disability Management and Rehabilitation. 2018;4(1):20–8.
22. Rahmani Fard T, Kalantarkousheh SM, Faramarzi M. The effect of mindfulness-based cognitive psychotherapy on quality of life in infertile women. Journal of hayat. 2017;23(3):277–89. [Persian] https://hayat.tums.ac.ir/article-1-2024-en.pdf
23. Masumian S, Shairi MR, Hashemi M. The Effect of mindfulness-based stress reduction on quality of life of the patients with chronic low back pain. Anesthesiology and Pain. 2013;4(3):25–37. [Persian] http://jap.iums.ac.ir/article-1-5053-en.pdf

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.209.8]

24. Abdolghadery M, Kafee M, Saberi A, Aryapouran S. The effectiveness of Mindfulness-based Cognitive Therapy (MBCT) and Cognitive Behavior Therapy (CBT) on decreasing pain, depression and anxiety of patients with chronic low back pain. J Shahid Sadoughi Uni Med Sci. 2014;21(6):795–807. [Persian] http://jssu.ssu.ac.ir/article-1-2533-en.pdf
25. Teare MD, Dimairo M, Shephard N, Hayman A, Whitehead A, Walters SJ. Sample size requirements to estimate key design parameters from external pilot randomised controlled trials: a simulation study. Trials. 2014;15(1):264-70. https://doi.org/10.1186/1745-6215-15-264
26. Ware JE. The status of health assessment 1994. Annu Rev Public Health. 1995;16:327–54. doi: 10.1146/annurev.pu.16.050195.001551
27. Sakzewski L, Carlon S, Shields N, Ziviani J, Ware RS, Boyd RN. Impact of intensive upper limb rehabilitation on quality of life: a randomized trial in children with unilateral cerebral palsy. Dev Med Child Neurol. 2012;54(5):415–23. doi: 10.1111/j.1469-8749.2012.04272.x
28. Jafari H, Lahsaeizadeh S, Jafari P, Karimi M. Quality of life in thalassemia major: reliability and validity of the Persian version of the SF-36 questionnaire. J Postgrad Med. 2008;54(4):273–5. doi: 10.4103/0022-3859.41432
29. Cleeland CS, Nakamura Y, Mendoza TR, Edwards KR, Douglas J, Serlin RC. Dimensions of the impact of cancer pain in a four country sample: new information from multidimensional scaling. Pain. 1996;67(2–3):267–73. doi: 10.1016/0304-3959(96)03131-4
30. Atkinson TM, Mendoza TR, Sit L, Passik S, Scher HI, Cleeland C, et al. The Brief Pain Inventory and its "pain at its worst in the last 24 hours" item: clinical trial endpoint considerations. Pain Med. 2010;11(3):337–46. doi: 10.1111/j.1526-4637.2009.00774.x
31. Vakilzadeh P, Nakhaee N. The reliability and validity of the persian version of the brief pain inventory in cancer patients. J Rafsanjan Uni Med Sci. 2006;5(4):253–8. [Persian] http://journal.rums.ac.ir/article-1-237-en.pdf
32. Kabat-Zinn J. Full catastrophe living: using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness. New York: Bantam Books trade paperback; 1990.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.209.8]