Journal of Anesthesiology and Pain Autumn 2020, Vol 11, NO 3

The effect of group mindfulness-based stress reduction program on Pain self-efficacy in patients with Thalassemia Major

Masoud Raisi[1], Farhad Kahrazei[2]*, Gholamreza Sanagouye moharer[3]

1. *PhD student of Psychology, Department of Psychology, Faculty of Psychology, Islamic Azad University, Zahedan, Iran.*
2. *Associate of professor, Department of Psychology, University of Sistan and Baluchestan, Zahedan, Iran*
3. *Assistant of professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology, Islamic Azad University, Zahedan, Iran.*

ABSTRACT

Aims and background: The aim of the present study was to investigate the effect of group mindfulness-based stress reduction program on Pain self-efficacy in patients with Thalassemia Major.

Material & Method: The present study was aquasi-experimental design that conducted in the form of pre-test, post-test with control group. In this study, 30 patients with Thalassemia Major (randomly were assigned to two groups of 15 Experimental and control) who were referred to therapy centers and hospitals in Chabahar were selected with purposive sampling method Pain self-efficacy Questionnaire (PSEQ) were used for data collection. All patients completed Pain Self Efficacy Questionnaire in the pre-test, post-test. Mixed effect and one-variable covariance.using SPSS software was used to analyzing the data.

Results: The results showed a significant improvement in Pain self-efficacy by mindfulness-based stress reduction program in the experimental group (p<0/01).

Conclusion: It seems that reduction of mental-based stress is effective on improving Pain self-efficacy in patients with major type of thalassemia. It is suggested that, along with medical therapies, education for the reduction of mindfulness-related stress should also be conducted.

Keywords: mindfulness-based stress reduction program, Pain self-efficacy, major type thalassemia

Please cite this paper as:
Raisi M, Kahrazei F, Sanagouye moharer GH R[The effect of group mindfulness-based stress reduction program on Pain self-efficacy in patients with Thalassemia Major (Persian)]. J Anesth Pain 2020;11(3):88-97.

Corresponding Author: Farhad Kahrazei. Associate of professor, Department of Psychology, University of Sistan and Baluchestan, Zahedan, Iran.
Email: farhad_kahraz@ped.usb.ac.ir

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2025-07-14]

فصلنامه علمی پژوهشی بیهوشی و درد، دوره ۱۱، شماره ۳، پاییز ۱۳۹۹

تاثیر برنامه کاهش استرس بهشیاری محور (ذهن آگاهی) گروهی بر خودکارآمدی درد در بیماران تالاسمی نوع ماژور

مسعود رئیسی[۱]، فرهاد کهرازئی[۲*]، غلامرضا ثناگوی محرر[۳]

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه آزاد زاهدان، زاهدان، ایران
۲. دانشیارگروه روانشناسی، دانشگاه سیستان و بلوچستان، زاهدان، ایران
۳. استادیارگروه روانشناسی، واحد زاهدان، دانشگاه آزاد اسلامی، زاهدان، ایران

تاریخ دریافت:۱۳۹۸/۳/۱۷ تاریخ بازبینی: ۱۳۹۹/۴/۲۲ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۴/۳۰

چکیده

زمینـه و هـدف: پژوهـش حاضـر بـا هـدف تعییـن تأثیـر برنامـه کاهـش اسـترس بهشـیاری محـور (ذهـن آگاهـی) گروهـی بـر خودکارآمـدی درد در بیمـاران تالاسـمی نـوع مـاژور صـورت گرفـت.

مـواد و روش‌هـا: ایـن پژوهـش طرحـی نیمـه آزمایشـی بـود کـه بـه صـورت پیش‌آزمـون ـ پس‌آزمـون بـا گـروه کنتـرل بـود. ۳۰ بیمـار مبتلابـه تالاسـمی نـوع مـاژور مراجعـه کننـده بـه مراکـز درمانـی و بیمارسـتان‌های شـهر چابهـار، بـه روش نمونه‌گیـری هدفمنـد انتخـاب شـدند و به‌طـور تصادفـی در دو گـروه آزمایـش (۱۵ نفـر) و کنتـرل(۱۵ نفـر) قـرار گرفتنـد. از پرسشـنامه خودکارآمـدی درد PSEQ بـرای جمع آوری داده‌ها اسـتفاده شـد. تمامـی بیمـاران در مرحلـه پیـش آزمـون و پـس آزمـون پرسشـنامه را تکمیـل کردنـد. بـرای محاسـبات داده‌هـا از تحلیـل کوواریانـس تـک متغیـره بـا اسـتفاده از نـرم افـزار spss ویراسـت ۲۲ اسـتفاده شـد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که درمان کاهش استرس بهشیاری محور باعث افزایش قابل توجه خودکارآمدی درد در گروه آزمایش شد. (P>۰/۰۱).

نتیجه‌گیـری: بـه نظـر می‌رسـد برنامـه کاهـش اسـترس بهشـیاری محـور در ارتقـای خودکارآمـدی درد در بیمـاران دچـار تالاسـمی نـوع مـاژور مؤثـر بـوده و پیشـنهاد می‌شـود در کنـار درمـان دارویـی، آمـوزش کاهـش اسـترس مبتنـی بـر ذهـن آگاهـی نیـز برگـزار شـود.

واژه‌های کلیدی: برنامه کاهش استرس بهشیاری محور، خودکارآمدی درد، تالاسمی نوع ماژور

مقدمه

ابتـلا بـه بیمـاری هـایی کـه همـراه بـا درد مـزمن هسـتند، باعـث تغییـر در تعـاملات بیمـاران بـا محـیط فیزیکـی و اجتمـاعی و ارتبـاط آنـان بـا همسـالان می‌شـود. طبـق مطالعه‌هـای انجـام شـده، افـرادی کـه از بیماری‌هـای درد مزمـن رنـج می‌برنـد، در معـرض خطـر بیشـتری از نظـر مشـکلات روانـی- اجتمـاعی قـرار دارنـد[۱]. تالاسـمی مـاژور (Thalassemia Major) یـک بیمـاری خونـی ژنتیکـی مزمـن

نویسنده مسئول: فرهاد کهرازئی، دانشیار گروه روان شناسی، دانشگاه سیستان و بلوچستان، زاهدان، ایران
پست الکترونیک: farhad_kahraz@ped.usb.ac.ir

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2025-07-14]

ناشی از کمبود ساخت یک یا چند زنجیره پلی پپتید گلوبین می‌باشد که براساس قوانین ژنتیک مندلی از نسلی به نسل دیگر منتقل می‌گردد. این بیماران با علایم و نشانه‌های کم خونی مزمن و شدید، عدم رشد مناسب، بزرگی طحال و کبد، اختلالات استخوانی به ویژه تغییرات قابل مشاهده در استخوان‌های سر و صورت همراه با تغییر قیافه مشخص می‌گردند[۲]. بیماری تالاسمی ماژور، علی رغم پیشرفت‌های قابل توجه علم پزشکی، همچنان به عنوان یک بیماری با مرگ و میر بالا در جامعه تلقی می‌شود و بیماران همواره در طول زندگی کوتاه خود با دردهای مزمن مواجه هستند. تالاسمی ماژور بیماری بسیار شدیدی است که علایم بالینی آن زودرس بوده و از سن ۳- ۶ ماهگی ظاهر میشوند و چنانچه بیمار خونگیری منظمی نداشته باشد، احتمال بقاء و زنده ماندن او بسیار کم است[۳].

خوشایند نبودن و طولانی و مکرر بودن رژیم‌های درمانی مورد استفاده می‌تواند سایر جنبه‌های زندگی را در بسیاری از بیماران مبتلا به تالاسمی تحت تاثیر قرار دهد. به گونه‌ای که این بیماران همیشه با دردهای مزمن مواجه هستند که اثرات شدید و قابل مشاهده‌ای را بر کیفیت زندگی و سلامت روان بیماران و خانواده‌های آن‌ها به همراه دارد.

در سال‌های اخیر این باور که متغیرهایی وجود دارند که رابطه‌ی استرس را با بیماری تعدیل می‌کنند، قوت گرفته است. یکی از متغیرهایی که در این زمینه توجه پژوهشگران را به خود جلب نموده است مفهوم خودکارآمدی درد است. خودکارآمدی جزء اصلی نظریه‌ی شناختی- اجتماعی است که به باورها و قضاوت‌های فرد در خصوص توانایی‌های خود در انجام وظایف و مسوولیت‌ها اشاره دارد[۴]. خودکارامدی مرتبط با درد عبارت است از میزان اطمینان فرد به توانایی هایش برای حفظ عملکرد، علیرغم وجود درد، که نقش آن در ناتوانایی‌های مربوط به درد در تحقیقات متعدد نشان داده شده است. اندازه‌گیری خودکارآمدی درد در یک بیماری خاص می‌تواند پیش‌بینی کننده قصد و نیت فرد برای تغییر رفتار و تصمیم‌گیری برای مداخله جهت افزایش خودمراقبتی، مورد استفاده قرار گیرد[۵]. تحقیقات نشان می‌دهد که باورهای خودکارآمدی توانسته است بسیاری از رفتارهای خاص و توجیه درد را در میان مبتلایان به درد مزمن تبیین کند[۶]. ولز فدرمن، آرنستین و کادیل[۷] در تحقیق خود بر روی بیماران مبتلابه درد مزمن نشان دادند که افزایش خودکارآمدی با کاهش درماندگی هیجانی و ناتوانی در برابر درد رابطه دارد.

بر اساس بررسی‌های دورکین و بریت بارت[۸] و مطابق با نظریه شناختی اجتماعی، افرادی که دارای سطوح بالای خودکارآمدی درد می‌باشند بیشتر می‌توانند منابع مطلوب را برای کاهش درد و ناراحتی و درنتیجه کنترل دردشان به کارگیرند. کوتلکوس و هولیوسوس(۲۰۱۳) در پژوهش خود با عنوان نقش خودکارآمدی در ادراک استرس نشان داده‌اند که افرادی برخوردار از سطح خودکارآمدی ادراک شده بالا، استرس کمتری را تجربه می‌کنند[۹]. همچنین ترکی و همکاران(۱۳۸۹) در پژوهش خود با عنوان نقش خودکارآمدی در تنش‌های زندگی، نشان دادند که افرادی که به توانایی‌های خود اطمینان دارند، بطور فعالانه در برنامه‌های بهداشتی ارتقاء سلامتی شرکت می‌کنند و قادرند بطور موثری از عهده کنترل رویدادهای زندگی خود برآیند. بنابراین باور خودکارآمدی یک عامل حیاتی در موفقیت یا شکست در سراسر زندگی است[۱۰].

با توجه به تاثیر عوامل روانشناختی متفاوت بر بیماران تالاسمی ماژور،استفاده از روش‌های درمانی غیر دارویی برای بهبود ویژگی‌های این افراد ضروری است. و یکی از روش‌های موثر در بهبود ویژگی‌های آنها، بهشیاری است[۱۱]. درمان کاهش استرس بهشیاری محور یکی از درمان‌های موج سوم می‌باشد که برای وضعیت‌های پزشکی خاص در بیماران با دردهای مزمن و استرس‌های وابسته به آن تدوین شده است و برای وضعیت‌های ویژه‌ای مانند بیماران تالاسمی، بیماران مبتلا به سرطان و ... به کار برده می‌شود[۱۲]. بهشیاری اجازه می‌دهد

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2025-07-14]

افـراد بـه عقـب برگردنـد و شـرایط زندگیشـان را تحلیـل کـرده و بـه روشـی نـو، نـه عادتـی، واکنـش نشـان دهنـد. در بهشـیاری و مهارتهـای تمریـن آگاهـی لحظـه بـه لحظـه‌اش، فـرد تـلاش می‌کنـد تـا نسـبت بـه الگوهـای افـکار، عواطـف و تعامـل بـا دیگـران بینـش و بصیـرت پیـدا کنـد و سـپس بتواند بـه صـورت ماهرانـه پاسـخهای هدفمنـد مفیـد را انتخـاب کنـد و بـه جـای آنکـه بـه طـور خـودکار بـا روشـهای خوگرفتـه و ناهشـیار واکنـش نشـان دهـد[۱۳].

آمـوزش کاهـش اسـترس بهشـیاری محـور می‌توانـد اثـرات مثبتی بـر مؤلفه‌هـای مختلـف ماننـد بهشـیاری و ابـراز وجـود و اضطـراب، داشـته باشـد. هارتون- داتسـچ و هارتون نشـان دادند که بـا افزایش بهشـیاری در پـردازش اجتماعـی از جنبه‌هـای گوناگـون تعارضـات متقابـل درون فـردی، تغییراتی حاصل می‌شـود. همچنین با مطالعه مهارتهـای ذهـن آگاهی و رفتـار درون فردی نشـان دادنـد که چهار مؤلفـه از مؤلفه‌های بهشـیاری (مشـاهده‌گری، توصیـف، عمل همراه بـا آگاهـی و پذیـرش بـدون قضـاوت) بـا توصیـف و تشـخیص بهتر احساسـات بدنـی و اضطـراب و آشـفتگی کمتر همـراه هسـتند[۱۴]. بنابرایـن تشـخیص و شناسـایی مؤلفه‌هایـی کـه ممکـن اسـت بـر مدیریـت درد وکیفیـت زندگـی بیمـاران مبتـلا بـه تالاسـمی مـاژور تأثیـر داشـته باشـند، حائـز اهمیـت اسـت. عـلاوه بـر ایـن شناسـایی گروه‌هایـی کـه در ایـن میـان آسـیب‌پذیرتر هسـتند و می‌تـوان بـا انجـام تدابیـری سـلامت آنـان را بهبـود بخشـید، از اهمیـت بیشـتری برخـوردار اسـت. باتوجـه بـه مطالـب فـوق، هـدف پژوهـش حاضـر، تأثیـر برنامـه کاهـش اسـترس بهشـیاری محـور گروهـی بـر خودکارآمـدی درد در بیمـاران تالاسـمی نـوع مـاژور می‌باشـد.

روش مطالعه

روش پژوهـش حاضـر بـا توجـه بـه ماهیـت موضـوع؛ نیمـه آزمایشـی بـا طـرح پیـش آزمـون و پـس آزمـون بـا دو گـروه آزمایـش و گـواه می‌باشـد. جامعـه آمـاری ایـن پژوهـش شـامل کلیـه بیمـاران تالاسـمی مـاژور بـود کـه بـه صـورت هفتگـی بـرای درمـان و خون‌گیـری بـه مرکـز تالاسـمی بیمارسـتان چابهـار مراجعـه کرده‌انـد و دارای پرونـده بالینـی می‌باشـند. در ایـن پژوهـش ۳۰ نفـر بـا روش نمونه‌گیـری در دسـترس از جامعـه مذکـور انتخـاب و بـه صـورت تصادفـی در دو گـروه ۱۵ نفـره (آزمایـش و گـواه) جایگزیـن شـدند. گـروه آزمایـش ۸ جلسـه ۶۰ دقیقـه‌ای بـا روش‌هـای کاهـش برنامـه کاهـش اسـترس بهشـیاری محـور کابات-زیـن[۱۵] بـه صـورت هفتـه‌ای دو جلسـه آمـوزش دیده‌انـد و گـروه گـواه در لیسـت انتظـار بـرای آمـوزش قـرار گرفـت. لازم بـه ذکـر اسـت کـه هـر گـروه در مراحـل پیـش آزمـون و پـس آزمـون بـه پرسشـنامه خودکارآمـدی درد PSEQ پاسـخ دادنـد.

پرسشـنامه خودکارآمـدی درد PSEQ: یـک مقیـاس ده سـوالی اسـت کـه بـر اسـاس نظریـه بنـدورا در مـورد خودکارامـدی تدویـن گردیـده اسـت و بـه منظـور ارزیابـی بـاور بیمـار از تواناییـش در انجـام فعالیتهـای گوناگـون علیرغـم وجـود درد توسـط نیکـولاس در سـال ۱۹۸۰سـاخته شـده اسـت[۶]. پاسـخگویی بـه ایـن پرسشـنامه در یـک مقیـاس لیکـرت ۰ تـا ۶ درجـه‌ای اسـت و نمـرات آن از ۰(عـدم خودکارآمـدی) تـا ۶۰ (خودکارآمـدی کامـل) میتوانـد متغیـر باشـد. همبسـتگی درونـی ایـن پرسشـنامه بسـیار عالـی اسـت چنانچـه اصغـری و نیکـولاس آلفـای کرونبـاخ آن را برابـر بـا ۰/۹۲گـزارش نمودنـد. نمـرات ایـن پرسشـنامه بـا نمـرات پرسشـنامه‌های همتـراز دیگـر ماننـد پرسشـنامه روشـهای مقابلـه و پرسشـنامه خودکارامـدی همبسـتگی بالایـی نشـان داده اسـت. اصغـری مقـدم و همـکاران ضرایـب اعتبـار آزمـون را بـا اسـتفاده از روشـهای آلفـای کرونبـاخ، روش تنصیـف و روش بازآزمایـی بـه ترتیـب ۰/۷۸، ۰/۸۱ و۰/۷۷ بـه دسـت اوردنـد کـه بیانگـر پایایـی مطلـوب و رضایـت بخـش آزمـون اسـت. جولایی‌هـا در پژوهـش خـود آلفـای کرونبـاخ ایـن پرسشـنامه را ۰/۹۲ بـه دسـت آورد[۱۶]. تجزیـه و تحلیـل داده‌ها بـا اسـتفاده از فراوانـی، درصـد، میانگیـن و انحـراف اسـتاندارد و آنالیزکوواریانـس یـک متغیـره انجـام گرفـت. معیارهـای ورود بـه مطالعـه شـامل داشـتن سـن ۱۲ تـا ۳۰ سـال، میـزان تحصیـلات پنجـم ابتدایـی تـا دیپلـم بـود. معیارهـای خـروج از پژوهـش شـامل غیبـت بیـش از یـک جلسـه، عـدم همـکاری و تکمیـل ناقـص پرسشـنامه‌ها بـود.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2025-07-14]

خلاصه جلسات درمانی درمان کاهش استرس بهشیاری محور

جلسه اول: برقراری ارتباط و مفهوم‌سازی، ارائه توضیحاتی در مورد درد، لزوم استفاده از آموزش بهشیاری و سیستم هدایت خودکار

جلسه دوم: مرور تکلیف، تمرین وارسی بدن، دادن پسخوراند و بحث در مورد تمرین وارسی بدن، تمرین مراقبه بهشیاری تنفس

جلسه سوم: مرور تکلیف هفته‌ی 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 بهشیاری تنفس و وارسی بدن

جلسه پنجم: مرور تکلیف هفته گذشته، تمرین تنفس، مراقبه، آگاهی از تنفس، بدن، صداها، افکار، توضیحاتی پیرامون 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 پیرامون 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 لذت بخش؛

جلسه هشتم: مرور تکلیف هفته گذشته، تمرین وارسی بدن، جمع‌بندی جلسات، وارسی و بحث در مورد برنامه‌ها و ادامه تمرینات.

همچنین 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 را ازلحاظ مشکلات احتمالی (اضطراب ناشی از پاسخ دادن به آزمودنی، کاهش عزت‌نفس یا اعتمادبه‌نفس، نگرانی آزمودنی‌ها در رابطه با تأثیر نتایج بر سرنوشت آن‌ها و ...) موردحمایت قرار گیرد. رازداری و محرمانه ماندن اطلاعات هم از جانب مجری و هم از جانب همکاران پژوهشگر کاملاً حفظ‌شده است. درصورتی‌که فردی، شخصاً عدم تمایل خود را برای شرکت در تحقیق نشان می‌داد، بر طبق اصول رعایت حقوق انسانی حق نداشته وی را به‌اجبار وارد پژوهش نموده و پایه ادامه شرکت در جریان مطالعه وادار کنیم. لذا در تمامی اقدامات اجرایی پژوهش سعی گردید تا هیچ‌گونه لطمه جسمی، روحی، اجتماعی و امثال آن به شرکت‌کنندگان وارد نگردد. به شرکت‌کنندگان اطمینان خاطر داده شد که نحوه گزارش نتایج پژوهش ضامن حقوق مادی و غیرمادی آنان و مربوط به تحقیق می‌باشد. در هیچ‌یک از مراحل پژوهش، هزینه‌ای به فرد شرکت‌کننده تحمیل نشد.

یافته‌ها

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از فراوانی، درصد، میانگین و انحراف استاندارد و آنالیزکوواریانس یک متغیره انجام گرفت. طبق جدول ۱ میانگین نمرات در متغیر خود کارآمدی درد در پیش آزمون و پس آزمون برای

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2025-07-14]

گـروه آزمایـش بـه ترتیـب ۱۲/۶۰ و ۴۷/۴۰ ؛ و بـرای گـروه کنتـرل ۱۲/۰۷ و ۱۳/۶۰ اسـت.

جدول ۱: آماره‌های توصیفی مقیاس خودکارآمدی درد

گروه	مقیاس	میانگین پیش آزمون	انحراف معیار	میانگین پس آزمون	انحراف معیار
گروه آزمایش	خودکارآمدی درد	۱۲/۶۰	۶/۶۷	۴۷/۴۰	۵/۸۰
گروه کنترل		۱۲/۷۰	۶/۶۰	۱۳/۶۰	۶/۶۷

جهـت بررسـی همگنـی دو گـروه گنتـرل و آزمایـش از لحـاظ متغیـر خودکارآمـدی درد در مرحلـه پیـش آزمـون از t مسـتقل اسـتفاده شـد. نتایـج نشـان داد کـه بیـن دو گـروه کنتـرل و آزمایـش در مرحلـه پیش‌آزمـون تفـاوت معنـاداری در مقیـاس خودکارآمـدی درد ($t_{(۲۸)}$=۰/۱۴ ،P=۰/۸۹) وجود نداشـته اسـت. برقـراری ایـن مفروضـه نشـانگر همگنـی دو گـروه کنتـرل و آزمایـش از نظـر متغیـر وابسـته خودکارامـدی درد در مرحلـه پیـش آزمـون بـود.

از آزمـون تحلیـل کوواریانـس یـک عاملـی جهـت بررسـی تفـاوت بیـن گـروه آزمایـش و کنتـرل از نظـر مقیـاس خودکارآمـدی درد اسـتفاده شـد. نتایـج آزمـون لـون بـرای بررسـی مفروضـه همگنـی واریانـس گروه‌هـا نشـان داد کـه دو گـروه گـواه و آزمایـش از نظـر واریانـس متغیـر خودکارآمـدی درد ($t_{(۱,۲۸)}$= ۵/۱۶ ،P=۰/۰۶۷) همگـن بودنـد.

جدول ۲: آزمون تحلیل کوواریانس یک متغیره برای مقیاسه گروه آزمایش و کنترل در مقیاس خودکارآمدی درد

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	F	سطح معناداری	اندازه اثر
برنامهی بهشیاری	۸۵۶۸/۳	۱-۲۷	۳۰۵/۰۲۵	۰/۰۰۱	۰/۹۱

نتایـج بررسـی اثـرات پیـش آزمـون متغیـر گـروه (آزمایشـی و گـواه) روی پـس آزمـون متغیـر خودکارآمـدی درد حاکـی از وجـود اثـر معنـادار مداخلـه در گـروه آزمایـش ($\eta2$ = ۰/۹۱، P≤۰/۰۰۱ ،$t_{(۱,۲۷)}$= ۳۰۵/۴) اسـت. بـه عبـارت دیگـر می‌تـوان گفـت کـه برنامـه کاهـش اسـترس بهشـیاری محـور بـر بهبـود خودکارآمـدی درد در بیمـاران تالاسـمی مـاژور موثـر بـود.

بحث

هـدف پژوهـش حاضـر آمـوزش برنامـه کاهـش اسـترس بهشـیاری محـور بـر خودکارآمـدی درد در بیمـاران دچـار تالاسـمی نـوع مـاژور بـود کـه بـا توجـه بـه یافته‌هـا می‌تـوان گفـت کـه درمـان کاهـش اسـترس بهشـیاری محـور بـر بهبـود خودکارامـدی درد در بیمـاران تالاسـمی مـاژور موثـر اسـت. جسـت وجـوی پژوهشـگران نشـان می‌دهدکـه پژوهـش حاضـر اولیـن پژوهـش در نـوع خـود اسـت کـه بـه بررسـی آمـوزش برنامـه کاهـش اسـترس بهشـیاری محـور در بیـن بیمـاران تالاسـمی مـاژور در ایـران پرداختـه اسـت.

پژوهشـهای نزدیکـی ماننـد کابـات زیـن[۱۷] پیشـنهاد می‌کنـد کـه مداخـلات مبتنـی بـر بهشـیاری از لحـاظ بالینـی اثربخـش بـوده و اکنـون مطالعـات بیشـتری بـرای اثبـات زمینـه و قـرار دادن آن بـرای رشـد در آینـده ضـروری اسـت. بررسـی او نشـان می‌دهـد کـه توجـه بـه بهشـیاری در مداخـلات بالینـی پزشـکی و روانشناسـی در حـال افزایـش اسـت. بنابرایـن مهـم اسـت کـه متخصصـان درک بیشـتری از عوامـل منحصـر بـه

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2025-07-14]

فرد در ارتباط با مداخلات مبتنی بر بهشیاری و مشکلات بالقوه مفهومی و عملی از عدم شناخت داشته باشند. ساگیورا و همکاران[۱۸] در یک مطالعه به این نتیجه رسیده بودند که بهشیاری با حل مسئله به عنوان یک متغیر کلیدی مرتبط با نگرانی است و این اهمیت بهشیاری را در کاهش نگرانی را تأیید کرد.همچنین لاواس و بارسکی[۱۹] به این نتیجه رسیدند که به رغم وجود درمان‌های مبتنی بر شواهد برای اضطراب شدید، میزان بهبودی کم و میزان مرگ و میر بالا است. بنابراین، برای این شرایط، گزینه‌های درمان بیشتری لازم است. آنها دریافتند که مداخلات شناختی مبتنی بر بهشیاری مداخلات تحقیقاتی و بالینی مفیدی برای درمان خلق و خوی و اختلالات اضطرابی است. صداقت، علیزاده، ایمانی[۲۰] نیز در تحقیق خود به این نتیجه رسیدند که بین گروه‌های آموزش بهشیاری و کنترل در متغیرهای بهشیاری و ابراز وجود و اضطراب امتحان تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

باید مکانیسم اصلی بهشیاری، خودکنترلی توجه باشد، چرا که متمرکز کردن مکرر توجه روی یک محرک خنثی مثل تنفس، یک محیط توجهی مناسب به وجود می‌آورد و از اشتغال ذهنی با افکار تهدید کننده و نگرانی در مورد عملکرد در حین موقعیت تنش‌زا و موقعیت ارزیابی جلوگیری می‌کند. اطلاعات اولیه نشان می‌دهد که تمرین بهشیاری ممکن است جایگزین مناسبی برای درمانهای روان شناختی متداول در زمینه برخی اختلالات باشد[۲۱]. پژوهش سونگ و لیندکوئیست از این عقیده حمایت کرده است که برنامه ی کاهش استرس بهشیاری محور، علائم استرس و اضطراب را کاهش میدهد و بهزیستی را در نمونه‌های بالینی و غیربالینی افزایش می‌دهد. بینش و مهارت‌ها از طریق تمرین‌های ذهن آگاهی یاد گرفته می‌شوند و سپس برای مقابله با استرسورها و شکایاتی که اغلب، افراد مطرح می‌کنند، مورد استفاده قرار می‌گیرد. آموزش بهشیاری با تشویق افراد به تمرین مکرر توجه روی محرک‌های خنثی و آگاهی هدفمند نسبت به جسم و ذهن، افراد اضطرابی را از اشتغال ذهنی با افکار تهدیدکننده و نگران کننده در مورد عملکرد در امتحان رها و ذهن آنها را از حالت اتوماتیک خارج می‌کند. به عبارت دیگر، این روش با افزایش آگاهی فرد از تجربیات لحظه حال و برگرداندن توجه بر سیستم شناختی و پردازش کارآمدتر اطلاعات، باعث کاهش نگرانی و برانگیختگی فیزیولوژیک می‌شود[۲۲]. یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهد که خودکارآمدی درد، میتواند پیامدهای سلامتی را برای افراد مبتلابه بیماری مزمن میانجیگری نماید[۲۳]. افزایش خودکارآمدی بیمار و مدیریت درد می‌تواند به بهبود مشکلات درد مزمن بیانجامد[۲۴]. شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که احساس خودکارآمدی درد بالا از طریق افزایش سطح عملکرد اجتماعی و شغلی و افزایش سطح فعالیتهای لذتبخش و مفید از احساس ناامیدی بیماران مبتلابه درد مزمن می‌کاهد[۲۵]. احساس خودکارآمدی به مثابه یک عامل شناختی مهم در کنترل درد، در عملکردهای روانشناختی انطباقی، ناتوانی، آسیب دیدگی و برآیند درمان عمل می‌کند. همچنین خودکارآمدی به طور معنادار در رفتارهای سلامت سهیم است و عامل پیشبین معنادار در رفتار خود مدیریتی بیماری محسوب گردیده، افراد دارای خودکارآمدی بالا بهتر به خود مدیریتی بیماری مبادرت می‌ورزند[۲۶].

همچنین خودکارآمدی در افراد مبتلابه درد مزمن با راهبردهای مقابله‌ای با درد همچون پشتکار و انجام وظایف، ورزش کردن و گفتگوی مثبت با خود ارتباط مستقیم و معناداری دارد[۲۷]. از آنجاکه بیماران مبتلابه درد مزمن مانند تالاسمی اغلب دچار ناراحتی‌ها و آشفتگی‌های هیجانی هستند، درمان روانشناختی این افراد باید شامل راهبردهایی جهت بهبود خلق و بهزیستی روانشناختی آنان باشد[۲۸].

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی روبرو بوده است که بیان آنها در نتیجه‌گیری از یافته‌های پژوهش مفید خواهد بود. با توجه به اینکه در این پژوهش فقط اختصاص آزمودنیها به روشهای مورد مطالعه تصادفی

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2025-07-14]

بوده است و امکان انتخاب تصادفی اولیه وجود نداشته است از این رو بازگشت آماری و رخدادهای همزمان با انجام پژوهش ممکن است اعتبار درونی پژوهش را محدود کند. محدودیت دیگر آن مربوط به روش اندازه‌گیری است. استفاده از روش پرسشنامه و اندازه‌های خودگزارشی دارای تعدادی از مشکلات ذاتی (عدم خویشتن‌نگری، خطای اندازه‌گیری و....) است.

پیشنهاد می‌شود این شیوه آموزش بر روی نمونه‌هایی از اختلالات اضطرابی به‌صورت اختصاصی‌تری کار شود. به پژوهشگران و متخصصین توصیه می‌شود این پژوهش را به صورت مقایسه درمان فردی و گروهی و ترکیب این دو درمان و به صورت مقایسه درمان دارویی و درمان روانشناختی و ترکیب این دو انجام دهند.

نتیجه‌گیری

یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که بیماران مبتلا به تالاسمی ماژور که همواره از درد مزمن رنج می‌برند، در معرض انواع رنج‌های مزمن بوده‌اند و در نتیجه نیازمند مشاوران روان پزشکی و روانشناسی مجرب جهت آموزش برنامه کاهش استرس بهشیاری محور و بهبود و افزایش خودکارآمدی در مراکز تالاسمی هستند. همچنین از آن جایی که با انجام روش‌های درمانی مؤثر بسیاری از بیماران مبتلا به تالاسمی به سن بلوغ پا نهاده‌اند، شناخت و کاهش مسایل روانی این بیماران نیاز به سرمایه‌گذاری و تاکید بیشتر دارد. لذا برنامه‌ریزی به منظور ارتقاء سطح آگاهی و ارایه خدمات مشاوره‌ای روانشناختی و راه‌کارهای سازگارانه در کنار ارایه خدمات کلینیکی و درمانی جهت بیماران مبتلا به تالاسمی ماژور ضروری می‌باشد.

تقدیر و تشکر

پژوهشگران بر خودشان لازم دانسته‌اند از بیماران تالاسمی شرکت کننده در این طرح صمیمانه تشکر و قدردانی نمایند.

سهم هر نویسنده

سهم همه نویسندگان از ابتدا تا به ثمر رسیدن این پژوهش یکسان بوده است.

تعارض منافع

هیچ گونه تعارض منافع توسط نویسندگان بیان نشده است.

منابع مالی

مقاله حاضر مستخرج از پایان نامه دوره دکتری تخصصی نویسنده اول مقاله می‌باشد که بدون حمایت مالی انجام شده است.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2025-07-14]

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 Jun 1;67(6):926-8
2. Srivastava A, Shaji RV. Cure for thalassemia major–from allogeneic hematopoietic stem cell transplantation to gene therapy. haematologica. 2017 Feb 1;102(2):214-23
3. Angelucci E, Pilo F. Management of iron overload before, during, and after hematopoietic stem cell transplantation for thalassemia major. Annals of the New York Academy of Sciences. 2016 Mar;1368(1):115-21
4. Clay O, Telefair J. Evaluation of a disease-specific self-efficacy instrument inadolescents with sickle cell disease and its relationship to adjustment. Child Neuropsychology. 2007; 13(2): 188- 203.
5. Mishali M, Omer H. Hymann A. The importance of measuring self-efficacy in patients with diabetes. Family Practice. 2011; 28(1): 82–87.
6. Nicholas MK. The pain self-efficacy questionnaire: taking pain into account. Eur J Pain. 2007; 11:153-163.
7. Wells-Federman W, Arnstein P, Caudill M. Nurse-led pain management program: effect on self-efficacy, pain intensity, pain- related disability, and depressive symptoms in chronic pain patients. J Pain Manag Nursing. 2002; 4:131-140.
8. Dworkin RH, Breitbart WS. Psychological aspects of pain: A Handbook for Health Care Providers. WA Seattle; LASP Press; 2004: 3-28.
9. Koutelekos J, Haliasos N. Depression and Thalassemia in children, adolescents and adults. Health science journal. 2013; 7(13): 239- 248.
10. Torki Y, Hajikazemi E, Bastani F, Haghani H. General Self Efficacy in Elderly Living in Rest-Homes. Iran Journal of Nursing (IJN). 2011; 24 (73): 55-62.
11. Sanko, J., McKay, M., & Rogers, S. (2016).Exploring the impact of mindfulness meditation training in pre-licensure and post graduate nurses. Journal of Nurse Education Today, 45, 142-147.
12. Baer RA, Krietemeyer J. Overview of mindfulness- and acceptance based treatment approaches. In: Baer RA, editor. Mindfulness based treatment approaches: Clinician's guide to evidence base and applications. London: Academic Press 2006; 3-27.
13. Lengacher CA, Reich RR, Paterson CL, Shelton M, Shivers S, Ramesar S, Pleasant ML, Budhrani-Shani P, Groer M, Post-White J, Johnson-Mallard V. A large randomized trial: effects of mindfulness-based stress reduction (MBSR) for breast Cancer (BC) survivors on salivary cortisol and IL-6. Biological research for nursing. 2019 Jan;21(1):39-49
14. Horton-Deutsch SL, Horton JM. Mindfulness: Overcoming intractable conflict. Archives of Psychiatric Nursing. 2003 Aug 1;17(4):186-93major patients. CytoJournal. 2016;13
15. Kabat-Zinn J. Full catastrophe living, revised edition: how to cope with stress, pain and illness using mindfulness meditation. Hachette UK; 2013 Sep 24
16. Kaivanto KK, Estlander AM, Moneta GB, Vanharanta H. Isokinetic performance in low back pain patients: The predictive power of the Self-Efficacy Scale. Journal of Occupational Rehabilitation. 1995 Jun 1;5(2):87-99.
17. Kabat Zinn J. Mindfulness based interventions in context: past, present, and future. Clinical psychology: Science and practice. 2003 Jun;10(2):144-56
18. Sugiura Y. Detached mindfullness and worry: ameta-cognitive analysis. pers individ dif 2004; 37: 169-179
19. 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
20. Sedaghat M, Mohammadi R, Alizadeh K, Hosein IA. The effect of Mindfulness-Based Stress Reduction on mindfulness, stress level, psychological and

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2025-07-14]

emotional well-being in Iranian sample. Procedia Soc Behav Sci 2011; 30: 929-934. (Persian)

21. Shapiro S, Jazaieri H, Goldin PR. Mindfulnessbased stress reduction effects on moral reasoning and decision making. J Posit Psychol 2012; 7: 504-51523.Song Y, Lindquist R. Effects of mindfulness-based stress reduction on depression, anxiety, stress and mindfulness in Korean nursing students. Nurs Edu Today 2015; 35: 86-90
22. Song Y, Lindquist R. Effects of mindfulness-based stress reduction on depression, anxiety, stress and mindfulness in Korean nursing students. Nurs Edu Today 2015; 35: 86-90
23. Guntzviller LM, KingAJ,Jensen JD, Davis LA. Selfefficacy, health literacy, and nutrition and exercise behaviors in a low-income, Hispanic population. Journal of immigrant and minority health. 2017; 19(2):489-93.
24. Turner JA, Anderson ML, Balderson BH, Cook AJ, Sherman KJ, Cherkin DC. Mindfulnessbased stress reduction and cognitive behavioral therapy for chronic low back pain: similar effects on mindfulness, catastrophizing, self-efficacy, and acceptance in a randomized controlled trial. Pain. 2016; 157(11):2434-44.
25. Martel ME, Lafontaine MF, Thériault A, Balbinotti M. Chronic pain self efficacy as a mediator of the link between romantic attachment insecurity, individual functioning and couple satisfaction: a preliminary study. Revista Prâksis. 2016; 2:119-36
26. Archer K,CoronadoRA, Ehde D,Vanston S, Koyama T, Phillips S, Mcgirt MJ, Spengler D, Aaronson OS, Cheng JS, Devin CJ. fear Of Movement And Pain Self-efficacy Mediate Outcomes Following A Targeted Rehabilitation Intervention After Spine Surgery: opl4. journal of Orthopaedic & Sports Physical. 2017;47(1):A3-4.
27. Turner JA, Ersek, M., Kemp, C. Self-Efficacy for Managing pain Is Associated with Disability, Depression, and pain coping Among Retirement Community Residents with Chronic pain. Pain. 2005; 6: 471-479.
28. Flink IK, Smeets E, Bergbom S, Peters ML. Happy despite pain: Pilot study of a positive psychology intervention for patients with chronic pain. Scandinavian Journal of Pain. 2015 Apr 1;7:71-9.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2025-07-14]