

مقاله اصلی

اثربخشی معنویت‌درمانی بر کیفیت زندگی و ذهن آگاهی بیماران تالاسمی

تاریخ دریافت: ۹۸/۰۹/۰۴ - تاریخ پذیرش: ۹۸/۱۲/۰۱

خلاصه

مقدمه: بروز بیماری‌های جسمانی مزمن همچون تالاسمی موجب کاهش کیفیت زندگی بیماران می‌شود. بر همین اساس پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی معنویت‌درمانی بر کیفیت زندگی و ذهن آگاهی بیماران تالاسمی انجام گرفت.

روش کار: پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه گواه و دوره پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری پژوهش شامل بیماران تالاسمی شهر شیراز در سه ماهه زمستان سال ۱۳۹۷ بود. در این پژوهش تعداد ۳۰ بیمار تالاسمی با روش نمونه‌گیری غیرتصادفی داوطلبانه و هدفمند انتخاب و با گمارش تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه گمارده شدند (۱۵ بیمار در گروه آزمایش و ۱۵ بیمار در گروه گواه). گروه آزمایش مداخله معنویت‌درمانی را طی دو ماه و نیم در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت نمودند. پرسشنامه‌های مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسشنامه کیفیت زندگی (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۳) و پرسشنامه ذهن آگاهی (بایر، اسمیت، و آلن، ۲۰۰۴) بود. داده‌های حاصل از پژوهش به شیوه تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج: نتایج نشان داد که معنویت‌درمانی بر کیفیت زندگی و ذهن آگاهی بیماران تالاسمی تأثیر معنادار دارد ($p < 0/001$) بدین صورت که این درمان توانسته منجر به بهبود کیفیت زندگی و ذهن آگاهی بیماران تالاسمی شود.

نتیجه‌گیری: یافته‌های پژوهش حاضر بیانگر آن بودند که معنویت‌درمانی با بهره‌گیری از فونوی همانند، خودآگاهی و ارتباط با خود و خدا، نوع‌دوستی، بخشش خود و دیگران، قدردانی و شکرگزاری می‌تواند به عنوان یک درمان کارآمد جهت بهبود کیفیت زندگی و ذهن آگاهی بیماران تالاسمی مورد استفاده قرار گیرد.

کلمات کلیدی: کیفیت زندگی، ذهن آگاهی، تالاسمی، معنویت‌درمانی

زهرا یوسفیان^۱

حسن احدی*^۲

آدیس کراسکیان موجهناری^۳

^۱گروه روان‌شناسی، واحد بین‌الملل کیش، دانشگاه آزاد اسلامی، جزیره کیش، ایران.

^۲گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)

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

Email: Drhahadi5@gmail.com

مقدمه

تالاسمی^۱ یک بیماری ارثی خونی است که باعث کم‌خونی خفیف یا وخیم می‌شود. این کم‌خونی به خاطر کاهش هموگلوبین و کمتر بودن گلبول‌های قرمز خون از حد نرمال می‌باشد. هموگلوبین پروتئین موجود در گلبول‌های قرمز خون است که اکسیژن را به همه قسمت‌های بدن می‌رساند. در افراد مبتلا به تالاسمی ژن‌هایی که هموگلوبین تولید می‌کنند، وجود نداشته یا متغیر هستند (۱، ۲). ایران یکی از کشورهای تالاسمی خیز دنیا است که شمار بیماران تالاسمی ماژور در کشور حدود ۱۸۶۱۶ نفر تخمین زده شده است. چنانکه بیش از ۳ میلیون نفر از مردم ایران (حدود ۴ درصد) حامل ژن بتا تالاسمی هستند (۳). همانند دیگر بیماری‌های جسمانی مزمن، تالاسمی و درمان آن نیز با مشکلات روان‌شناختی بسیاری همراه است (۴، ۵). اغلب برای بیماران اضطراب، انزوا و افسردگی را به همراه دارد (۶-۸). بروز آسیب‌های روان‌شناختی حاد همچون افسردگی، اضطراب و اختلالات عاطفی و هیجانی در بیماران مبتلا به تالاسمی می‌تواند پریشانی روان‌شناختی^۲ را در این بیماران به دنبال داشته باشد (۷، ۹-۱۱) که این روند کیفیت زندگی^۳ آنها را نیز متاثر می‌سازد. کیفیت زندگی مفهومی جامع و کلی است که همه ابعاد فیزیکی، روانی، شناختی، اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی زندگی فرد را در برمی‌گیرد. در بعد فیزیکی مهم‌ترین جنبه وضعیت عملکرد فرد است. درک از کیفیت زندگی متاثر از توانایی شخص در سنین مختلف در جهت ادامه عملکرد و از انجام فعالیت‌های روزمره نظیر مراقبت از خود، رفتن به مدرسه و محل کار است. در بعد روانی نیز باید گفت که سلامت روانی جزء مهمی از کیفیت زندگی بوده و داشتن نگرش مثبت در ارتقای کیفیت زندگی موثر است. در بعد اجتماعی-فرهنگی، نقش‌های هر فرد در خانواده و جامعه و ارتباطات اجتماعی وی از عوامل موثر بر کیفیت زندگی هستند (۱۲). از طرفی کیفیت زندگی، مفهوم وسیعی است که عرصه‌های مختلف زندگی

همچون وضعیت مالی، کار، عشق، مذهب و همچنین سلامت جسمی، روانی و اجتماعی را در بر دارد. طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی، کیفیت زندگی عبارت از تصور افراد از موقعیت خود در زندگی با توجه به بافت فرهنگی و سیستم‌های ارزشی که در آن به سر می‌برند، با در نظر گرفتن اهداف، انتظارات، استانداردها و نگرانی‌هایشان است (۱۳).

علاوه بر این باید اشاره کرد که بروز بیماری‌های مزمن فیزیولوژیکی همچون تالاسمی می‌تواند فرایندهای روان‌شناختی، شناختی، اجتماعی، ارتباطی و شغلی افراد را تحت تاثیر قرار داده (۵، ۱۴) و از میزان ذهن‌آگاهی^۴ آنان بکاهد. ذهن‌آگاهی به عنوان توجه کردن به شیوه‌ای خاص، هدفمند، در زمان حاضر و خالی از قضاوت تعریف شده است. افکار و رفتارهایی که در بدن یا ذهن خود فرد در حال وقوع می‌باشند و قبلاً ناهشیار یا خودآیند بودند، از طریق ذهن‌آگاهی به پدیده‌هایی قابل مشاهده تبدیل می‌گردند (۱۵). همچنین ذهن‌آگاهی فرایندی سیستمی و فشرده است که به منظور افزایش توجه، آگاهی و بینش و نیز کسب انواع جدیدی از کنترل و خردمندی بر پایه توانمندی‌های درونی برای رسیدن به آرمیدگی به کار می‌رود (۱۶). ذهن‌آگاهی روشی است برای زندگی بهتر، تسکین دردها و غنابخشی و معنادارسازی زندگی (۱۷، ۱۸). بر این اساس، شواهد و ادبیات تحقیق نمایانگر اثرات مفید آموزش ذهن‌آگاهی است (۱۹). از سوی دیگر افزایش ذهن‌آگاهی با افزایش بهزیستی روان‌شناختی، توافق، گشودگی، وجدان‌مندی و کاهش نشانه‌های درد همراه بوده و در حقیقت، افراد ذهن‌آگاه در شناخت و مدیریت و حل مشکلات روزمره توانا تر هستند (۲۰-۲۳). نتایج تحقیقات متعدد همچون پژوهش لا، مامبا، لیچ، لی، هائو^۵ و همکاران (۲۰۱۹) (۲۴)؛ موسری و کوکس^۶ (۲۰۱۹) (۲۵)؛ پری-پریش، کلند-لیندر، وب و سبینگا^۷ (۲۰۱۶) (۲۶)؛ سمیل و لی (۲۰۱۴) (۱۵)؛ آیزنرات^۸ و

4. mindfulness

5. Lu, Mumba, Lynch, Li, Hua

6. Mocerri, Cox

7. Perry-Parrish, Copeland-Linder, Webb, Sibinga

8. Eisendrath

1. Thalassemia

2. Psychological distress

3. Quality of life

معنویت‌درمانی بر کیفیت زندگی و ذهن‌آگاهی بیماران تالاسمی
تأثیر دارد؟

روش

طرح پژوهش حاضر، از نوع نیمه‌آزمایشی با پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه گواه و مرحله پیگیری دو ماهه بود جامعه آماری پژوهش شامل بیماران تالاسمی شهر شیراز در سه ماهه زمستان سال ۱۳۹۷ بود که جهت شرکت در این پژوهش، رضایت آگاهانه داشتند. از این میان، تعداد ۳۰ نفر به شیوه نمونه‌گیری داوطلبانه و هدفمند انتخاب شدند. بر این اساس با استفاده از روش نمونه‌گیری داوطلبانه، فرم‌هایی جهت اعلام شرکت داوطلبانه در مراکز درمانی بیماران تالاسمی پخش و پس از جمع‌آوری این فرم‌ها، تعداد ۳۰ بیمار تالاسمی به شکل هدفمند انتخاب شدند. بدین صورت که پس از ارائه پرسشنامه- های کیفیت زندگی و ذهن‌آگاهی در بین افراد داوطلب، و نمره‌گذاری آنها، ۳۰ نفر از بیمارانی که کمترین نمره را در پرسشنامه‌های کیفیت زندگی و ذهن‌آگاهی کسب نموده بودند، انتخاب و با گمارش تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه گمارده شدند (۱۵ بیمار در گروه آزمایش و ۱۵ بیمار در گروه گواه). سپس گروه آزمایش مداخله مربوط به معنویت‌درمانی را در طی دو و نیم ماه دریافت نمودند، در حالی که گروه گواه از دریافت این مداخله در طی انجام فرایند پژوهش بی‌بهره و در انتظار دریافت مداخلات حاضر بود. پس از اتمام جلسات پس‌آزمون، و برای اطمینان از ثبات نتایج، دو ماه بعد دوره پیگیری اجرا شد. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل داشتن بیماری تالاسمی، اعلام رضایت و آمادگی جهت شرکت در پژوهش، نداشتن بیماری جسمی حاد و مزمن دیگر، عدم برخورداری از آسیب‌های روان‌شناختی مزمن همچون اضطراب و افسردگی و داشتن حداقل سطح تحصیلات دیپلم بود. همچنین ملاک‌های خروج از پژوهش داشتن بیش از دو جلسه غیبت، عدم همکاری و انجام ندادن تکالیف مشخص شده در کلاس و عدم تمایل به ادامه حضور در فرایند انجام پژوهش بود.

ابزار

پرسشنامه کیفیت زندگی

همکاران (۲۰۱۴) (۲۷)؛ ایمز، ریچاردسون، پاین، اسمت و لایت^۱ (۲۰۱۴) (۲۸) نشان داده‌اند که ذهن‌آگاهی می‌تواند به شکل معناداری، عواطف و خلیقات منفی را تحت تأثیر قرار دهد.

تاکنون بیشتر تمرکز درمانی در بیماران تالاسمی، بر درمان‌های جسمانی متمرکز بوده و درمان‌های روان‌شناختی و معنوی- مذهبی مورد غفلت قرار گرفته است. یکی از این روش‌ها معنویت‌درمانی^۲ است که کارآیی بالینی آن در پژوهش‌های مختلف برای جامعه‌های آماری گوناگون تأیید شده است (۲۹-۳۸). معنویت‌درمانی نوعی از روان‌درمانی است که با استفاده از اصول خاص و با کاربرد شیوه‌های معنوی- مذهبی به بیماران کمک می‌کند تا به ادراکی فرامادی از خود، دنیا، حوادث و پدیده‌ها دست یافته و از طریق پیوند با این دنیای فرامادی، سلامت و رشد به دست آورند (۳۹). معنویت می‌تواند به فعال شدن یا نافع‌ال کردن سیستم‌های مغز برای همدلی یا غمخواری کمک کند، همچنین می‌تواند سیستم‌های مغزی را برای انعکاس افکار، خودآگاهی و تنظیم حالات هیجانی تسهیل یا بازدارد (۴۰). رویکردهای معنویت‌درمانی، درمانگران را تشویق می‌کنند که در درمان مسایل مهم معنوی درمانجویان را در زمان مناسب مورد خطاب قرار دهند و در راستای استفاده از قدرت بالقوه ایمان و معنویت درمانجویان در درمان و بهبودی، از مداخله‌هایی استفاده کنند، که بیانگر احترام و ارزش قائل شدن درمانگر نسبت به مسایل معنوی درمانجو باشد (۳۵).

با نگاهی به وجود آسیب‌های روان‌شناختی در افراد مبتلا به بیماری تالاسمی و از سویی با نظر به کارآیی معنویت‌درمانی در فروکاستن آسیب‌های روان‌شناختی افراد مختلف و نیز عدم انجام پژوهشی در جهت بررسی اثربخشی معنویت‌درمانی بر کیفیت زندگی و ذهن‌آگاهی بیماران تالاسمی، محققین تصمیم گرفتند تا میزان اثربخشی این درمان را بر بهبود کیفیت زندگی و ذهن‌آگاهی بیماران تالاسمی مورد بررسی و آزمون قرار دهند. بنابراین مساله اصلی پژوهش حاضر این بود که آیا

¹ . Ames, Richardson, Payne, Smith, Leigh

² . Spirituality Therapy

روان‌سنجی بایر و همکاران (۲۰۰۶) روی مشارکت‌کنندگان، نشان داد که این پرسشنامه از همسانی درونی بالایی (۰/۷۳) برخوردار و نیز ضرایب آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس‌های مشاهده‌گری، توصیف‌گری، تمرکزگری، و پذیرش‌گری به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۴، ۰/۸۳ و ۰/۸۷ است (۴۵). همچنین روایی بازآزمایی آنها نیز به ترتیب ۰/۶۵، ۰/۸۱، ۰/۸۶ و ۰/۸۳ بدست آمد. در پژوهش بایر، اسمیت، و آلن (۲۰۰۴) همبستگی معناداری بین این سیاهه و مقیاس‌های دیگر از جمله ابزار ارزیابی ذهن‌آگاهی، سیاهه ذهن‌آگاهی فریبرگ و مقیاس شناختی و عاطفی ذهن‌آگاهی به دست آمد (۴۴). دهقان منشادی، تقوی و دهقان منشادی (۱۳۹۱) در ایران خصوصیات روانسنجی این پرسشنامه را مورد بررسی قرار دادند. یافته‌های این پژوهش نشان داد که آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۸۲ است و تحلیل عوامل، بیانگر وجود ۴ عامل تمرکزگری، توصیف‌گری، توجه به امور و مشاهده‌گری در این سیاهه بود، که این عوامل، ۴۲/۲۶ درصد از واریانس کل آزمون را تبیین می‌کند. اعتبار همگرایی خرده‌مقیاس‌های این آزمون، بین ۰/۴۷ تا ۰/۷۸ بدست آمد (۴۶). پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۹ به دست آمد.

روند اجرای پژوهش

پس از اخذ مجوزهای لازم و انجام فرایند نمونه‌گیری (مطابق با آنچه ذکر گردید)، بیماران انتخاب شده (۳۰ بیمار) به شیوه تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه گمارده شدند (هر گروه ۱۵ بیمار). گروه آزمایش مداخلات درمانی مربوط به معنویت‌درمانی (۴۷) را در طی دو و نیم ماه به صورت هفته‌ای یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت نمودند. در حالی که گروه گواه این مداخله درمانی را دریافت نکرد. پس از دوره‌ای دو ماهه، مرحله پیگیری نیز اجرا شد. جهت رعایت اخلاق در پژوهش رضایت بیماران برای شرکت در برنامه مداخله کسب و از کلیه مراحل مداخله آگاه شدند. هم‌چنین به افراد گروه گواه اطمینان داده خواهد شد که آنان نیز پس از اتمام فرایند پژوهشی این مداخلات را دریافت خواهند نمود. هم‌چنین به افراد هر دو گروه

فرم کوتاه پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی با ادغام برخی از حیطه‌ها و حذف تعدادی از سوالات ایجاد شده است. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که دو فرم این پرسشنامه با همدیگر همخوانی رضایت‌بخشی دارند. پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی چهار حیطه سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط را می‌سنجد و ۲۶ سوال دارد که دو سوال اول کلی است و به هیچ‌یک از حیطه‌ها مربوط نمی‌شود (۴۱). این پرسشنامه در یک طیف لیکرت ۵ درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود. افراد در این پرسشنامه نمرات بین ۲۴ تا ۱۲۰ به دست می‌آورند. این پرسشنامه در ایران توسط نجات و همکارانش (۱۳۸۵) استانداردسازی شده است. نجات و همکاران (۱۳۸۵) روایی محتوا و تشخیصی این پرسشنامه را مطلوب گزارش کرده‌اند و پایایی آن را با استفاده از روش بازآزمایی برای حیطه‌های سلامت جسمی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیطی به ترتیب ۰/۷۷، ۰/۷۷، ۰/۷۵ و ۰/۸۴ به دست آورده‌اند و همسانی درونی حیطه‌های مختلف آن را با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای افراد سالم و بیمار بین ۰/۵۲ تا ۰/۸۴ محاسبه کرده‌اند (۴۲). در پژوهش مرادی و همکاران (۱۳۸۹) همسانی دورنی پرسشنامه ۰/۶۰ و پایایی آن با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲ محاسبه گردیده شده است. پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۱ به دست آمد (۴۳).

پرسشنامه مهارت‌های ذهن‌آگاهی

پرسشنامه مهارت‌های ذهن‌آگاهی کنتاکی^۱ توسط بایر و همکاران (۲۰۰۴) تدوین شده است. این پرسشنامه دارای ۳۹ ماده و چهار مؤلفه ذهن‌آگاهی طراحی شده است که عبارتند از: مشاهده‌گری، توصیف بدون برچسب، عملکرد همراه با آگاهی و پذیرش بدون قضاوت. این پرسشنامه در یک طیف لیکرت پنج درجه‌ای از خیلی به ندرت تا اکثراً (نمره یک تا پنج) نمره‌گذاری می‌شود. دامنه نمرات این پرسشنامه بین ۳۹ تا ۱۹۵ است (۴۴). در این مقیاس فردی که نمره بالایی را اخذ نماید به معنی آن است که ذهن‌آگاهی بالایی دارد (۴۴). نتایج تحلیل

1. Kentaki Inventory mindfulness skills

اطمینان داده شد که اطلاعات آنها محرمانه باقی می‌ماند و نیازی به درج نام نیست.

جدول ۱- خلاصه جلسات آموزشی معنویت‌درمانی (بوالهروی و همکاران، ۱۳۹۱)

جلسات	خلاصه اقدامات انجام شده
جلسه اول	آشنایی اعضا با یکدیگر و گفتگو در مورد مفهوم معنویت و دین و تاثیر آن در زندگی فرد
جلسه دوم	خودآگاهی و ارتباط با خود و گوش دادن به ندای درونی
جلسه سوم	خودنگاره
جلسه چهارم	کلمه خدا و ارتباط با خدا و یا هر قدرت برتری که درمانجو به آن ایمان دارد و نیاش و گفتگوی با خدا
جلسه پنجم	نوع دوستی (انجام کارهای معنوی به صورت گروهی)
جلسه ششم	ارتباط با مقدسات
جلسه هفتم	رنجش و عدم بخشش و احساس گناه و بخشش خود و دیگران
جلسه هشتم	مرگ و ترس از مرگ و رنج
جلسه نهم	ایمان و توکل به خدا
جلسه دهم	قدردانی و شکرگزاری و اختتام جلسات

نتایج

یافته‌های حاصل از داده‌های دموگرافیک نشان داد که افراد نمونه پژوهش دارای دامنه سنی ۲۲ تا ۴۹ سال بودند که در این بین دامنه سنی ۳۲ تا ۳۵ سال دارای بیشترین فراوانی بود (۲۳/۳۳ درصد). از طرفی این افراد دارای دامنه تحصیلات دیپلم تا فوق لیسانس بودند که در این بین سطح تحصیلات لیسانس دارای بیشترین فراوانی بود (۳۶/۶ درصد). حال میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای وابسته پژوهش در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، به تفکیک دو گروه آزمایش و گواه، در جدول ۲، ارائه شده است.

در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از دو سطح آمار توصیفی و استنباطی استفاده شده است. در سطح آمار توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد و در سطح آمار استنباطی از آزمون شاپیرو-ویلک جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها، آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس‌ها، آزمون موچلی جهت بررسی پیش فرض کرویت داده‌ها و همچنین از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی فرضیه پژوهش استفاده گردید. نتایج آماری با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS-۲۳ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

جدول ۲- میانگین و انحراف استاندارد کیفیت زندگی و ذهن‌آگاهی در دو گروه آزمایش و گواه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

مولفه‌ها	گروه‌ها	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
کیفیت زندگی	گروه آزمایش	۶۵/۸۶	۶/۵۷	۷۹/۷۳	۶/۹۵	۸۲/۹۳
	گروه گواه	۸۶	۶/۲۰	۶۷/۲۰	۶/۴۶	۶۶/۵۳
ذهن‌آگاهی	گروه آزمایش	۱۰۹/۴۰	۱۴/۱۸	۱۲۱	۱۳/۲۹	۱۱۹/۴
	گروه گواه	۱۱۰/۰۶	۱۵/۰۲	۱۱۱	۱۴/۰۹	۱۱۰/۵

پیش فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها در متغیرهای کیفیت زندگی و ذهن‌آگاهی در گروه‌های آزمایش و گواه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری برقرار است

قبل از ارائه نتایج تحلیل آزمون واریانس با اندازه‌گیری مکرر، پیش فرض‌های آزمون‌های پارامتریک مورد سنجش قرار گرفت. بر همین اساس نتایج آزمون شاپیرو ویلک بیانگر آن بود که

ذهن آگاهی رعایت نشده است ($p < 0/05$). بر این اساس با برآورده نشدن پیش فرض کرویت مشخص می شود که روابط بین متغیرها، با احتمال بالایی امکان دارد مقادیر متغیر وابسته را تغییر دهد و بر این اساس شانس ارتکاب به خطای نوع اول افزایش می یابد. بر این اساس در جدول بعد از تحلیل جایگزین (آزمون گرین هاوس-گایسر) استفاده می شود تا با کاهش درجه آزادی، شانس ارتکاب به خطای نوع اول کاهش یابد.

($p > 0/05$). همچنین پیش فرض همگنی واریانس نیز توسط آزمون لوین مورد سنجش قرار گرفت که نتایج آن معنادار نبود که این یافته می داد پیش فرض همگنی واریانس ها رعایت شده است ($p > 0/05$). از طرفی نتایج آزمون t نشان داد که تفاوت نمره های پیش آزمون گروه های آزمایش و گروه گواه در متغیرهای وابسته (کیفیت زندگی و ذهن آگاهی) معنادار نبوده است ($p > 0/05$). همچنین نتایج آزمون موچلی بیانگر آن بود که پیش فرض کرویت داده ها در متغیرهای کیفیت زندگی و

جدول ۳- تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر جهت بررسی تاثیرات درون و بین گروهی برای متغیرهای کیفیت زندگی و ذهن آگاهی

متغیرها	مجموع	درجه	میانگین	مقدار f	مقدار p	اندازه	توان
	مجذورات	آزادی	مجذورات			اثر	آزمون
کیفیت	۱۳۷۹/۸۲	۱/۲۸	۱۰۷۵/۲۴	۶۶/۴۱	۰/۰۰۰۱	۰/۷۰	۱
زندگی	۷۵۱/۱۱	۱	۷۵۱/۱۱	۳۸/۶۷	۰/۰۰۰۱	۰/۵۸	۱
تعامل مراحل و گروه بندی	۱۱۰۲/۴۸	۱/۲۸	۸۵۹/۱۲	۵۳/۰۶	۰/۰۰۰۱	۰/۶۵	۱
خطا	۵۸۱/۶۸	۳۵/۹۳	۱۶/۱۸				
کیفیت	۶۸۴/۹۵	۱/۲۸	۵۳۳/۶۴	۶۷/۸۷	۰/۰۰۰۱	۰/۷۰	۱
زندگی	۸۲۸/۱۰	۱	۸۲۸/۱۰	۱۲/۴۱	۰/۰۰۱	۰/۲۶	۰/۹۳
تعامل مراحل و گروه بندی	۵۱۳/۸۰	۱/۲۸	۴۰۰/۲۹	۵۰/۹۱	۰/۰۰۰۱	۰/۶۴	۱
خطا	۲۸۲/۵۷	۳۵/۹۳	۷/۸۶				

پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری با یکدیگر تفاوت معنی داری دارند. جهت بررسی تفاوت میانگین گروه آزمایش معنویت درمانی با گروه گواه در متغیرهای پژوهش، در جدول ۴ نتایج مقایسه میانگین گروه آزمایش و گواه در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری گزارش شده است.

همانگونه که نتایج جدول ۳ نشان می دهد که میزان F اثر تعامل مراحل و گروه برای متغیر کیفیت زندگی ($۵۳/۰۶$) و برای متغیر ذهن آگاهی ($۵۰/۹۱$) است که در سطح $0/001$ معنی دار است. این یافته نشان می دهد که گروه های آزمایش و گواه از لحاظ متغیرهای پژوهش (کیفیت زندگی و ذهن آگاهی) در سه مرحله

جدول ۴- نتایج مقایسه میانگین گروه آزمایش و گواه در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در متغیرهای پژوهش

مولفه	مرحله	مقدار t	درجه آزادی	تفاوت میانگین ها	خطای استاندارد برآورد	سطح معناداری
کیفیت	پیش آزمون	۰/۲۱	۲۸	۰/۶۸	۲/۵۲	۰/۹۲
زندگی	پس آزمون	۵/۵۲	۲۷/۸۱	۱۲/۵۳	۲/۲۶	۰/۰۰۰۱
پیگیری	پیگیری	۶/۹۷	۲۸	۱۶/۴۰	۲/۳۵	۰/۰۰۰۱
ذهن آگاهی	پیش آزمون	-۰/۱۲	۲۸	-۰/۶۶	۵/۳۳	۰/۶۶
پس آزمون	پس آزمون	۱/۹۸	۲۸	۹/۹۳	۵	۰/۰۳
پیگیری	پیگیری	۱/۷۴	۲۸	۸/۹۳	۵/۱۰	۰/۰۴

همانگونه نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد، در متغیرهای کیفیت زندگی و ذهن‌آگاهی تفاوت میانگین گروه آزمایش با گروه گواه در مرحله پیش‌آزمون (۰/۹۲ و ۰/۶۶) معنی‌دار نیست و در نتیجه بین دو گروه آزمایش و گواه در این مرحله تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. اما تفاوت میانگین گروه آزمایش و گروه گواه در مرحله پس‌آزمون (۰/۰۰۱ و ۰/۰۳) و پیگیری (۰/۰۰۱ و ۰/۰۴) در متغیرهای کیفیت زندگی و ذهن‌آگاهی معنی‌دار می‌باشد. در نتیجه میانگین گروه آزمایش در این دو مرحله به صورت معنی‌داری متفاوت از میانگین گروه گواه می‌باشد. این بدان معناست که معنویت‌درمانی توانسته منجر به بهبود کیفیت زندگی و ذهن‌آگاهی بیماران تالاسمی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری گردد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی معنویت‌درمانی بر کیفیت زندگی و ذهن‌آگاهی بیماران تالاسمی انجام گرفت. یافته اول پژوهش حاضر بیانگر آن بود که معنویت‌درمانی منجر به بهبود کیفیت زندگی بیماران تالاسمی شده است. همسو با این یافته جیمینز-فونسکا و همکاران (۲۰۱۸) با بررسی نقش تعدیل‌گر معنویت در رابطه بین پریشانی روان‌شناختی و سازگاری روان‌شناختی در بیماران مبتلا به سرطان نشان دادند که معنویت می‌تواند به شکل معنادار رابطه بین پریشانی روان‌شناختی و سازگاری روان‌شناختی در بیماران مبتلا به سرطان را تحت تاثیر قرار داده و منجر به بهبود سلامت روان و کیفیت زندگی آن شود (۳۴). همچنین محمدکریمی و شریعت‌نیا (۱۳۹۶) با بررسی اثربخشی معنویت‌درمانی بر کیفیت زندگی زنان نشان دادند که معنویت‌درمانی می‌تواند به عنوان یک درمان کارآمد مطرح شود (۲۹). چنانکه با توجه به نتایج پژوهش این پژوهشگران، معنویت‌درمانی می‌تواند به رشد بعد معنویت و معنا در زندگی، کیفیت زندگی بیماران را ارتقا دهد. در تبیین اثربخشی معنویت‌درمانی بر کیفیت زندگی در بیماران تالاسمی می‌توان اظهار داشت که معنویت اثر حفاظتی علیه فشارهای روانی زندگی روزمره دارد و با کاهش رفتارهای مخرب و افزایش فعالیت‌های جسمانی سودمند و ارائه معنا و

هدف به زندگی سلامت روان فرد را افزایش داده و در نتیجه باعث افزایش عملکرد و توانایی شخصی در انجام کارها و امور زندگی می‌شود (۳۲). معنویت‌درمانی سبب شکل‌گیری این بینش در بیماران تالاسمی می‌شود که خدایی هست که ناظر بر امور است و در همه حال انسان را یاری می‌کند. این فرایند سبب می‌شود تا در نزد بیماران تالاسمی، همه رویدادها (همچون وجود بیماری تالاسمی)، نعمت و آزمایش از جانب خداوند تلقی شوند. بنابراین بیمار خود را موظف می‌داند که سختی‌هایی را با قدرت عقل و تفکر قابل توجه نیستند، با ایمان تحمل نماید تا به سوی تکامل گام بردارد. چنین فردی در مواجهه با ناملایمات و ناکامی‌های زندگی خداوند را حامی خویش می‌داند و اطمینان دارد که پاداش صبر خود را خواهد گرفت. در نتیجه فرد به این آگاهی می‌رسد که اگرچه می‌تواند بسیاری از حوادث قطعی زندگی را تغییر دهد، اما می‌تواند یاد بگیرد تا روش مواجهه با آنها را تغییر داده و از این طریق میزان رضایتمندی خود از وضع موجود را افزایش داده و کیفیت زندگی وی نیز بهبود می‌یابد.

یافته دوم پژوهش حاضر بیانگر آن بود که معنویت‌درمانی منجر به بهبود ذهن‌آگاهی بیماران تالاسمی شده است. همسو با نتایج پژوهش حاضر پاکرت و همکاران (۲۰۰۹) با استفاده از رویکرد درمان ترکیبی شناختی رفتاری با مذهب و معنویت، نشان دادند که این رویکرد درمانی باعث بهبود مهارت‌های مقابله‌ای در بیماران می‌شود (۳۸). همچنین برار و همکاران (۲۰۱۲) نشان دادند که درمان ترکیبی شناختی رفتاری با تاکید بر مذهب و معنویت باعث کاهش علائم بارز اختلال از قبیل نگرانی و نانوویه ناشی از این اختلال می‌شود. کاهش نگرانی و آشفتگی روان‌شناختی نیز به تبع می‌تواند با برخورداری از بینش و ذهن‌آگاهی اتفاق افتاده باشد (۴۸). علاوه بر این تقی‌زاده و میرعلائی (۱۳۹۲) در نتایج پژوهش خود دریافتند که معنویت‌درمانی می‌تواند منجر به بهبود تاب‌آوری بیماران شود (۳۲).

در تبیین یافته حاضر مبنی بر تاثیر معنویت‌درمانی بر بهبود ذهن‌آگاهی بیماران تالاسمی باید گفت معنویت با توانایی تحمل

فرایندی است که با بهبود ذهن آگاهی در بیماران به وقوع می پیوندد.

محدود بودن دامنه تحقیق به بیماران تالاسمی شهر شیراز؛ عدم بهره گیری از روش نمونه گیری تصادفی و عدم مهار متغیرهای اثرگذار بر کیفیت زندگی و ذهن آگاهی بیماران تالاسمی از محدودیت های پژوهش حاضر بود. بنابراین پیشنهاد می شود برای افزایش قدرت تعمیم پذیری نتایج، در سطح پیشنهاد پژوهشی، این پژوهش در سایر استان ها و مناطق و جوامع دارای فرهنگ های متفاوت، دیگر بیماران (همانند افراد مبتلا به بیماری سرطان، دیابت و ...)، مهار عوامل ذکر شده و روش نمونه گیری تصادفی اجرا شود. با توجه به اثربخشی معنویت درمانی بر کیفیت زندگی و ذهن آگاهی بیماران تالاسمی، در سطح کاربردی پیشنهاد می شود معنویت درمانی به عنوان یک درمان کارآمد در مراکز درمانی و آموزشی بیماران مبتلا به تالاسمی مورد استفاده قرار گیرد تا از این طریق بتوان با بهبود کیفیت زندگی و ذهن آگاهی بیماران به روند درمانی این بیماران یاری رساند.

تضاد منافع

در این پژوهش هیچ گونه تعارض منافی توسط نویسندگان گزارش نشده است.

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر برگرفته از رساله دوره دکترای تخصصی زهرا یوسفیان در دانشگاه آزاد واحد بین الملل کیش بود. بدین وسیله از تمام بیماران حاضر در پژوهش، خانواده های آنان و مسئولین مراکز درمانی که همکاری کاملی جهت اجرای پژوهش داشتند، قدردانی به عمل می آید.

بیشتر فشار روانی، خوش بینی، مسئولیت پذیری و به طور کلی سلامت جسمانی و روان شناختی رابطه مستقیم دارد (۳۵). بنابراین، یکی از راه هایی که معنویت می تواند منجر به افزایش اثربخشی شده باشد، از طریق افزایش ویژگی های مثبتی مانند صبر و بردباری در برابر مشکلات، قدرت تحلیل و حل بهتر مسائل و کسب قدرت مقابله ای بالاتر است. در واقع، به نظر می رسد که یکی از دلایل تأثیر معنویت درمانی این باشد که بیماران تالاسمی با افزایش گرایش معنوی به نوعی خود کنترلیو خود آگاهی دست پیدا می کنند که مانع اثربخشی زیاد شرایط بیرونی بر فرد می شود، در نتیجه کمتر تحت تأثیر شرایط نامناسب قرار می گیرد و سلامت روان خود را حفظ می کنند. این فرایند سبب می شود که بیماران تالاسمی بتوانند از با ادراک تحمل روانی بالاتر، ذهن آگاهی بیشتری را از خود نشان دهند. علاوه بر این باید اشاره کرد که معنویت درمانی سبب می شود که بیماران، امید به آینده خود را بازیابی کنند و این فرایند باعث کاهش بار روانی آنان می شود. چرا که افراد امیدوار بیشتر به شکل متمرکز در مواجهه با شرایط خاص زندگی خود همچون ابتلا به بیماری تالاسمی، به جای عملکرد منفعلانه، فعالانه عمل می کنند. همچنین امیدواری و معنابخشی ناشی از معنویت درمانی تأثیر مهمی در سازگاری با شرایط بیماری های مزمن و ناتوان کننده و تنیدگی ناشی از آن دارند. این تغییر در باورها بر ارزیابی های شناختی فرد تأثیر گذاشته و وقایع منفی و تنیدگی ناشی از آن را به شکلی منطقی مدیریت کرده و باعث بهبود ذهن آگاهی بیماران تالاسمی می شود. چرا که پردازش های شناختی کارآمد، تغییر در ارزیابی های شناختی مربوط به آثار فیزیکی و روانی بیماری، و اصلاح و تقویت توان مقابله ای

References

1. Wong LP, George E, Tan JA. Public perceptions and attitudes toward thalassaemia: Influencing factors in a multi-racial population. BMC Public Health. 2011;11:193.
2. Khandros E, Kwiatkowski JL. Beta thalassemia: monitoring and new treatment approaches. Hematol Oncol Clin North Am. 2019;33:339-53.
3. Azami M, Tardeh Z, Abangah G, Sayemiri K. The prevalence of impaired glucose tolerance in patients with thalassemia major in Iran: a systematic review and meta-analysis. J Shahid Sadoughi Univ Med Sci. 2016;23:912-22.
4. Shahnavaizi A, Delshad A, Basiri Moghaddam M, Tavakolizadeh J. Effectiveness of eye movement desensitization and reprocessing on anxiety in children with thalassemia. J Nurs Educ. 2016;4:11-7.
5. Thavorncharoensap M, Torcharus K, Nuchprayoon I, Riewpaiboon A, Indaratna K, Ubol BO. Factors affecting health-related quality of life in Thai children with thalassemia. BMC Blood Disord. 2010;10:1.

6. Haji SeyedJavadi A, Shafikhani A. Evaluation of depression and anxiety in patients with thalassemia: a comparative study. *J Qazvin Univ Med Sci*. 2017;21:21-13.
7. Poormansouri S, Ahmadi M, Shariati AA, Keikhaei B. Quality of life, depression, anxiety and stress in over-18-year-old patients with beta-Thalassemia major. *Sci J Iran Blood Transfusion Organ*. 2016;13:72-82.
8. Chaudhury S, Ayas M, Rosen C, Ma M, Vigaruddin M, Parikh S, et al. A multicenter retrospective analysis stressing the importance of long-term follow-up after hematopoietic cell transplantation for beta-thalassemia. *Biol Blood Marrow Transplant*. 2017;23:1695-700.
9. Vafaei M, Azad M, Shiargar P, Kazemi Haki B. Quality of life in patients with thalassemia major referred to Ardabil Buali Hospital in 2012-13. *Med Sci J*. 2015;25:305-10.
10. Imani E, Asadi Nooghabi F, Hosseini Teshnizi S, Yosefi P, Salari F. Comparison quality of life in patients with thalassemia major based on participating in group activities, Bandar Abbas. *Sci J Iran Blood Transfusion Organ*. 2013;10:198-206.
11. Chong LT, Chong MC, Tang LY, Ramoo V, Chui PL, Hmwe NTT. The relationship between psychological distress and religious practices and coping in Malaysian parents of children with thalassemia. *J Pediatr Nurs*. 2019;48:e15-e20.
12. Karow A, Reimer J, Schafer I, Krausz M, Haasen C, Verthein U. Quality of life under maintenance treatment with heroin versus methadone in patients with opioid dependence. *Drug Alcohol Depend*. 2010;112:209-15.
13. Openshaw K. The relationship between family functioning, family resilience, and quality of life among vocational rehabilitation clients: [Doctoral Dissertation]. Logan: Utah State University; 2011.
14. Pouraboli B, Azizzadeh Forouzi M, Arab M. Mental health of adolescents with thalassemia major visiting Kerman specific diseases center. *Health Dev J*. 2015;4:20-8.
15. Semple RJ, Lee J. Mindfulness-based cognitive therapy for children. In: Baer RA, editor. *Mindfulness-Based Treatment Approaches* 2nd ed. San Diego: Academic Press; 2014. p. 161-88.
16. Asli Azad M, Manshaei G, Ghamarani A. The effect of mindfulness therapy on tolerance of uncertainty and thought-action fusion in patients with obsessive-compulsive disorder. *Quart J Child Mental Health*. 2019;6:83-94.
17. Siegel RD. *The mindfulness solution: Everyday practices for everyday problems*: London: Guilford Press; 2009.
18. Hanley AW, Garland EL. Mindfulness training disrupts Pavlovian conditioning. *Physiol Behav*. 2019;204:151-4.
19. Kohls N, Sauer S, Walach H. Facets of mindfulness—results of an online study investigating the Freiburg mindfulness inventory. *Personal Individ Differ*. 2009;46:224-30.
20. Harrison R, Zeidan F, Kitsaras G, Ozcelik D, Salomons TV. Trait mindfulness is associated with lower pain reactivity and connectivity of the default mode network. *J Pain*. 2019;20:645-54.
21. Hanley AW, Baker AK, Garland EL. Self-interest may not be entirely in the interest of the self: Association between selflessness, dispositional mindfulness and psychological well-being. *Pers Individ Dif*. 2017;117:166-71.
22. Hollis-Walker L, Colosimo K. Mindfulness, self-compassion, and happiness in non-meditators: a theoretical and empirical examination. *Personal Individ Differ*. 2011;50:222-7.
23. Zeidan F, Gordon NS, Merchant J, Goolkasian P. The effects of brief mindfulness meditation training on experimentally induced pain. *J Pain*. 2010;11:199-209.
24. Lu J, Mumba MN, Lynch S, Li C, Hua C, Allen RS. Nursing students' trait mindfulness and psychological stress: A correlation and mediation analysis. *Nurse Educ Today*. 2019;75:41-6.
25. Mocerri J, Cox PH. Mindfulness-based practice to reduce blood pressure and stress in priests. *J Nurse Practitioners*. 2019;15:e115-e7.
26. Perry-Parrish C, Copeland-Linder N, Webb L, Sibinga EM. Mindfulness-based approaches for children and youth. *Curr Problems Pediatr Adolesc Health Care*. 2016;46:172-8.
27. Eisendrath SJ, Gillung EP, Delucchi KL, Chartier M, Mathalon DH, Sullivan JC, et al. Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) versus the health-enhancement program (HEP) for adults with treatment-resistant depression: a randomized control trial study protocol. *BMC Complement Altern Med*. 2014;14:95.
28. Ames CS, Richardson J, Payne S, Smith P, Leigh E. Mindfulness-based cognitive therapy for depression in adolescents. *Child Adolesc Mental Health*. 2014;19:74-8.
29. Mohamad Karimi M, Shariatnia K. Effectiveness of spiritual therapy on the life quality of the women with breast cancer in Tehran. *Nurs Midwifery J*. 2017;15:107-18.
30. Kamari S, Fooladchang M. Effectiveness of spirituality therapy training based on positivity on life expectancy and life satisfaction in adolescents. *Res Clin Psychol Counsel*. 2016;6:5-23.
31. Barzegarbafooei K. The effectiveness of spiritual treatment education on psychological well - being and study performance of girl students from Islam point of view. *Akhlagh Res Extens Quart*. 2015;4:123.
32. Thaghizade M, Miralaei M. Study of spiritual group therapy on increase of resiliency in female multiple sclerosis patients in Esfahan. *Quart J Health Psychol*. 2013;2:82-102.

33. Giovagnoli AR, Paterlini C, Meneses RF, Martins da Silva A. Spirituality and quality of life in epilepsy and other chronic neurological disorders. *Epilepsy Behav.* 2019;93:94-101.
34. Jimenez-Fonseca P, Lorenzo-Seva U, Ferrando PJ, Carmona-Bayonas A, Beato C, Garcia T, et al. The mediating role of spirituality (meaning, peace, faith) between psychological distress and mental adjustment in cancer patients. *Support Care Cancer.* 2018;26:1411-8.
35. Rosmarin D, Alper D, Pargament K. *Religion, spirituality, and mental health*: Massachusetts: Academic Press; 2016.
36. Ahmadi S, Asadi E, Amini Z, Kazerooni N, Kazami H, editors. The causal model of relation between religious attitude, hopelessness, and depression in students. 13th European Congress of Psychology; 2013: Stockholm, Sweden.
37. Ellison CG, Burdette AM, Hill TD. Blessed assurance: religion, anxiety, and tranquility among US adults. *Soc Sci Res.* 2009;38:656-67.
38. Paukert AL, Phillips L, Cully JA, Loboprabhu SM, Lomax JW, Stanley MA. Integration of religion into cognitive-behavioral therapy for geriatric anxiety and depression. *J Psychiatr Pract.* 2009;15:103-12.
39. Richards PS, Hardman RK, Berrett ME. *Spiritual approaches in the treatment of women with eating disorders*. New York: American Psychological Association; 2007.
40. Griffith AL. Persistence of women and minorities in STEM field majors: Is it the school that matters? *Econ Educ Rev.* 2010;29:911-22.
41. Bonomi AE, Patrick DL, Bushnell DM, Martin M. Validation of the United States' version of the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) instrument. *J Clin Epidemiol.* 2000;53:1-12.
42. Nejat S, Montazeri A, Holakouie Naieni K, Mohammad K, Majdzadeh SR. The World Health Organization quality of Life (WHOQOL-BREF) questionnaire: Translation and validation study of the Iranian version. *J Sch Public Health Instit Public Health Res.* 2006;4:1-12.
43. Moradi A, Malekpour M, Amiri S, Molavi H, Noori A. Effectiveness of training self-esteem, self-efficacy, and achievement motivation on quality of life in physically disabled females. *J Excep Child.* 2010;10:49-64.
44. Baer RA, Smith GT, Allen KB. Assessment of mindfulness by self-report: the Kentucky inventory of mindfulness skills. *Assessment.* 2004;11:191-206.
45. Baer RA, Smith GT, Hopkins J, Krietemeyer J, Toney L. Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment.* 2006;13:27-45.
46. Dehghan Manshadi Z, Taghavi S, Manshadi Marich D. Psychometric characteristics of the kentucky inventory of mindfulness skills. *J Clin Psychol.* 2012;7(25):27-36.
47. Bolhari J, Naziri G, Zamanian S. Effectiveness of Spiritual Group Therapy in Reducing Depression, Anxiety, and Stress of Women with Breast Cancer. *Quart J Women Soc.* 2012;3:87-117.
48. Barrera TL, Zeno D, Bush AL, Barber CR, Stanley MA. Integrating religion and spirituality into treatment for late-life anxiety: Three case studies. *Cognitive Behav Pract.* 2012;19:346-58.

*Original Article***Effectiveness Of Spirituality Therapy On The Qualify of Life And Mindfulness Of The Patients With Thalassemia**

Received: 25/11/2019 - Accepted: 20/02/2020

Zahra Yousefian¹
 Hasan Ahadi^{*2}
 Adis Keraskian Mojmanari³

¹Department of Psychology, Kish International Branch, Islamic Azad University, Kish Island, Iran.

²Clinical Psychology Group, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran. (Corresponding Author)
 Drhahadi5@gmail.com

³Clinical Psychology Group, Islamic Azad University, Karaj Branch, Karaj, Iran.

Email: Drhahadi5@gmail.com

Abstract

Introduction: The emergence of chronic physical diseases such as thalassemia causes decrease qualify of life in the patients with thalassemia. Therefore, the present study was conducted to investigate the effectiveness of spirituality therapy on the qualify of life and mindfulness of the patients with thalassemia.

Methods: The present study was quasi-experimental with pretest, posttest, and control-group with a two-month follow-up design. The statistical population of the present study included the patients with thalassemia in the city of Shiraz in the fourth quarter of 2018. 30 patients with thalassemia were selected through non-random voluntary and purposive sampling method and randomly replaced into experimental and control groups (15 patients in the experimental and 15 in the control group). The experimental group received ten ninety-minute spirituality therapy intervention sessions during two-and-a-half months. The applied questionnaires in this study were qualify of life questionnaire (The World Health Organization, 1993) and mindfulness questionnaire (Baer, Smith & Allen, 2004). The data from the study were analyzed through ANOVA by mixed design.

Results: The results showed that spirituality therapy significantly influences psychological distress and resilience in the patients with thalassemia ($P < 0.001$). That way this treatment can improve qualify of life and mindfulness in patient With Thalassemia.

Conclusion: The findings of the present study implied that spirituality therapy can be used as an efficient therapy to increase qualify of life and mindfulness of the patients with thalassemia via techniques such as self-awareness and self-communication, altruism, forgiving the self and others, appreciation and gratefulness.

Key words: Qualify of life, mindfulness, thalassemia, spirituality therapy