



## The Investigating Rate of Mindfulness-Based Cognitive Therapy in Reduces Perceived Stress and Increase Life Expectancy in Women Suffering Coronary Artery Disease

Parvane Radmehr<sup>1</sup>, Leila Yousefvand<sup>2</sup>

1. Dept. of Psychology, Faculty of Social Sciences, Razi University, Kermanshah, Iran

2. Dept. of Psychology, Faculty of Literature and Human Sciences, Lorestan University, Lorestan, Iran

### Article Information

#### Article History:

Received: 2016/07/29

Accepted: 2017/04/22

Available online: 2017/11/01

IJHEHP 2017; 5(3):164-172

#### DOI:

10.30699/acadpub.ijhehp.5.3.164

#### Corresponding Author:

Leila Yousefvand

Dept. of Psychology, Faculty of Literature and Human Sciences, Lorestan University, Lorestan, Iran

Tel: +98 9167153134

#### Email:

yousefvand69@gmail.com



### Abstract

**Background and Objective:** One of the important issues in coronary artery disease patients is psychological problems such as perceived stress and the decrease in the hope of life. The purpose of the study was to investigate the effect of cognitive-therapy based on mindfulness on reducing perceived stress and increasing life expectancy in women suffering from coronary artery disease.

**Methods:** The present study has been developed in a two-group experimental design and has been applied in three stages on a total of 30 female patients with coronary artery disease who have been randomly divided into two groups of test and control. Mindfulness-based cognitive therapy was conducted for the experimental group. While the control group did not receive any intervention during this period. After completing the sessions, the posttest and one month after the intervention, follow-up was administered to the experimental and control group. Cohen (1983) perceived stress and Miler (1988) life expectancy questions were applied as the data collection tools. In order to achieve the results, a multivariate covariance analysis was used.

**Results:** Before the intervention, no significant difference was observed between the mean scores of the perceived stress and hope of life among the two groups. But after intervention and one month after the intervention, there was a significant difference between the mean score of the perceived stress ( $P < 0.001$ ) and hope of life expectation ( $P < 0.001$ ) in both groups ( $P < 0.001$ ).

**Conclusion:** According to the findings, it can be said that mindfulness-based cognitive therapy was effective in reducing perceived stress and increasing life expectancy in support of women suffering from coronary artery disease.

**Keywords:** Mindfulness-Based Cognitive Therapy, Perceived Stress, Life Expectancy, Coronary Artery

Copyright © 2017 Iranian Journal of Health Education and Health Promotion. All rights reserved.

### How to Cite This Article:

Radmehr P, Yousefvand L. The Investigating Rate of Mindfulness-Based Cognitive Therapy in Reduces Perceived Stress and Increase Life Expectancy in Women Suffering Coronary Artery Disease. *Iran J Health Educ Health Promot*. 2017; 5(3):164-172.

Radmehr, P., Yousefvand, L. (2017). The Investigating Rate of Mindfulness-Based Cognitive Therapy in Reduces Perceived Stress and Increase Life Expectancy in Women Suffering Coronary Artery Disease. *Iranian Journal of Health Education and Health Promotion*, 5(3): 164-172.



## بررسی میزان تأثیر درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن بر کاهش استرس ادراک شده و افزایش امید به زنده ماندن زنان مبتلا به بیماری عروق کرونر

پروانه رادمهر<sup>۱</sup>، لیلا یوسفوند<sup>۲</sup>

۱. گروه روان شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران  
۲. گروه روان شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، لرستان، ایران

### چکیده

### اطلاعات مقاله

**زمینه و هدف:** از جمله مسائل مهم بیماران عروق کرونر، مشکلات روحی و روانی مانند استرس ادراک شده و کاهش امید به زنده ماندن در آنان است. هدف پژوهش حاضر بررسی میزان تأثیر درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن بر کاهش استرس ادراک شده و افزایش امید به زنده ماندن زنان مبتلا به بیماری عروق کرونر بود.

**مواد و روش ها:** این پژوهش مطالعه آزمایشی، دو گروهی و سه مرحله ای است که روی ۳۰ زن مبتلا به بیماری عروق کرونر انجام شد که به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. مداخله درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن برای گروه آزمایش اجرا شد. درحالی که گروه گواه در این مدت هیچ گونه مداخله ای دریافت نکرد. پس از اتمام جلسات، پس از مومن و یک ماه پس از مداخله، پیگیری روی دو گروه آزمایش و گواه انجام شد. ابزار گردآوری داده ها، پرسش نامه های استرس ادراک شده کوهن (۱۹۸۳) و امید به زندگی میلر (۱۹۸۸) بود. برای دستیابی به نتایج، از تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد.

**یافته ها:** پیش از مداخله میان میانگین نمرات استرس ادراک شده و امید به زنده ماندن، در دو گروه تفاوت معنادار دیده نشد. پس از مداخله و یک ماه پس از مداخله میان میانگین نمره کل استرس ادراک شده ( $P < 0/001$ ) و امید به زنده ماندن ( $P < 0/001$ )، در دو گروه تفاوت معنادار دیده شد ( $P < 0/001$ ).

**نتیجه گیری:** درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن، بر کاهش میزان استرس ادراک شده و افزایش امید به زنده ماندن بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر مؤثر است.

**کلمات کلیدی:** درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن، استرس ادراک شده، امید به زنده ماندن، عروق کرونر

کپی رایت © حق چاپ، نشر و استفاده علمی از این مقاله برای مجله آموزش بهداشت و ارتقای سلامت محفوظ است.

### تاریخچه مقاله

دریافت: ۱۳۹۵/۰۵/۰۸

پذیرش: ۱۳۹۶/۰۲/۰۲

انتشار آنلاین: ۱۳۹۶/۰۸/۱۰

IJHEHP 2017; 5(3):162-172

نویسنده مسئول:

لیلا یوسفوند

گروه روان شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، لرستان، ایران

تلفن: ۰۹۱۶۷۱۵۳۱۳۴

پست الکترونیک:

yousefvand69@gmail.com



### مقدمه

استرس ادراک شده عبارت است از واکنش بدن به تغییری که مستلزم سازگاری یا پاسخ جسمی، ذهنی و هیجانی است (۵). بحران های ناشی از بیماری عروق کرونر، موجب نداشتن تعادل و ناهماهنگی فکر، جسم و روان می شود؛ اما بیش از دیگر اختلالات، موجب به وجود آمدن استرس می شود (۶) و شواهد محکمی وجود دارد که استرس می تواند منجر به پیامدهای منفی متفاوتی همچون بیماری های جسمی، اختلالات روانی یا احساس فرسودگی در اشخاص شود (۷).

مفهوم استرس ادراک شده برگرفته از نظریه Lazarus و Folkman (۱۹۸۴) درباره نقش ارزیابی در فرایند استرس است که از طریق تفسیر یک رویداد به عنوان رویدادی ایجاد می شود که فشاری

بیماری عروق کرونر شایع ترین علت مرگ و میر در بیشتر کشورهای جهان از جمله ایران و مهم ترین عامل از کارافتادگی و اختلال در کیفیت زندگی مرتبط با سلامت است (۱،۲). با وجود پیشرفت های سریع تشخیصی و درمانی، هنوز یک سوم بیماران عروق کرونر فوت می کنند و دوسوم آنها که زنده می مانند، هرگز بهبودی کامل نمی یابند. این بیماری هزینه های هنگفتی را بر نظام های بهداشتی، درمانی کشورها تحمیل می کند، با این همه یکی از قابل پیشگیری ترین بیماری های غیرواگیر انسان به شمار می آید (۳). بیماری عروق کرونر، افزون بر ایجاد مشکلات جسمی، باعث اختلال قابل توجه در وضعیت روانی بیماران می شود. از جمله این اختلالات می توان به استرس ادراک شده اشاره کرد (۴).

را بر فرد تحمیل می‌کند. این تفسیر از رویداد استرس‌زا بیانگر مفهوم ارزیابی است که تهدیدآمیز یا بی‌خطر بودن موقعیت را مشخص می‌کند (۸). پژوهش‌های رو به گسترش سال‌های گذشته مؤید آن هستند که استرس و تنش‌های روانی - اجتماعی، عامل خطر مستقل از سن، جنس و دیگر فاکتورهای کلاسیک جسمانی بیماری‌های عروق کرونر هستند که از طریق مکانیسم‌های روانی - عصبی - فیزیولوژیک و تحریک سیستم عصبی خودکار، به‌ویژه بخش سمپاتیک، واکنش‌های قلبی - عروقی را افزایش می‌دهند و موجب بروز یا تداوم بیماری‌های قلبی و عروقی می‌شوند (۹).

افزون بر این، اخیراً دانشمندان حوزه سلامت شروع به درک تداعی‌های محتمل بین امید به زنده ماندن و بیماران عروق کرونر کرده‌اند که به‌اندازه فهم تندرستی و حالت ذهنی مثبت اهمیت دارد (۴). امیدواری در تمام ابعاد زندگی ضروری است. امید یعنی توانایی باور داشتن فرد به اینکه احساس بهتری در آینده برای او به وجود خواهد آمد. امید، با نیروی نافذ خود، تحریک‌کننده فعالیت فرد است تا بتواند تجربه‌های نویی به‌دست آورد و نیروهای تازه‌ای را در فرد ایجاد کند (۱۰) و داشتن امید به زنده ماندن به فرد جرئت می‌دهد که با شرایط خویش روبه‌رو شود و ظرفیت غلبه بر آنها را افزایش دهد (۱۱). امید به زنده ماندن مکانیسم سازگاری مهمی در بیماری‌های مزمن از جمله بیماری عروق و کرونر است و نیز فاکتور پیچیده چندبعدی و بالقوه قدرتمندی است که در بهبودی و سازگاری تأثیر بسزایی دارد (۱۲). از نظر Benzein و Berg (۲۰۰۵)، امید به زنده ماندن از نظر فیزیولوژیکی و عاطفی به بیماران کمک می‌کند تا بتوانند بحران بیماری را تحمل کنند (۱۳). برعکس، امید نداشتن به زندگی به‌عنوان تحمل وضعیت فائق‌نیامدنی تعریف می‌شود که در آن دستیابی به هیچ هدفی انتظار نمی‌رود و با استرس ادراک‌شده ارتباط دارد (۱۴). نظر بر این است که امید به زنده ماندن مانند دارونما آثار بیولوژیکی دارد و می‌تواند بر کنترل درد و ناتوانی جسمی بیماران عروق کرونر تأثیر مثبتی بگذارد. در پژوهشی، درباره ارتباط امید به زندگی در روند بیماری نارسایی قلبی تحقیق شده است که نتایج آن تأثیر مثبت امید به زنده ماندن در بیماران قلبی و عروقی را آشکار می‌سازد (۱۵).

پژوهشگران نشان می‌دهند که درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن با انواع پیامدهای سلامتی مثل کاهش استرس ادراک‌شده ارتباط دارد (۱۶) و می‌تواند در رهاسازی افراد از عادت‌ها و الگوهای رفتاری ناسالم کمک کند (۱۷) و با افزودن وضوح و حیات به تجربیات، سلامتی، شادمانی و امید به زنده ماندن را به‌همراه داشته باشد (۱۸). درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن، نوعی از مراقبه است که ریشه در تعالیم و آیین‌های مذهبی شرقی

به‌ویژه آیین بودایی دارد. تمرینات حضور ذهن می‌توانند نگرش به درد را تغییر دهند و امکانی را فراهم آورند که درد به رنج منجر نشود. همچنین پژوهش‌ها نشان می‌دهد که آموزش حضور ذهن، کاهش درد و پریشانی روان‌شناختی را به‌دنبال دارد (۱۹). حضور ذهن، حالتی از آگاهی، بدون قضاوت تمرکز بر خود است. این حالت در تقابل با تمرکز بر گذشته است؛ به‌ویژه در بیماران عروق کرونری که استرس ادراک‌شده آنها بالا و سطح امید به زنده ماندن در آنان پایین است. حضور ذهن شامل آموزش افراد برای یک نگرش جدید، پذیرش بدون قضاوت، نزدیک شدن به احساسات، افکار و حس‌های بدنی برای خلاص شدن از حالات خلقی منفی است و نیز جایگزین کردن شناخت‌ها هیجان‌ها، رفتارها و مهارت‌های مقابله‌ای غیرمنطقی بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر با حالات انطباقی برای این بیماران است (۲۰).

مداخلات مبتنی بر حضور ذهن یکی از درمان‌های شناختی - رفتاری موج سوم محسوب می‌شود که عناصری از شناخت درمانی را به درمان می‌افزاید که در آن، دیدگاه تمرکززدایی افکار فرد را تسهیل می‌سازد (۱۹). این مداخلات شامل مراقب‌های مختلف، یوگای کشیدگی، آموزش مقدماتی درباره استرس، تمرین مرور بدن و چند تمرین شناخت‌درمانی است که ارتباط بین خلق، افکار، احساس و حس‌های بدنی را نشان می‌دهد. همه این تمرین‌ها به نوعی توجه به موقعیت‌های بدنی و پیرامون را در «لحظه اکنون» میسر می‌سازد و پردازش‌های خودکار و امید به زنده ماندن را افزایش می‌دهد و گونه‌ای روش درمانی است برای پیشگیری از افزایش استرس ادراک‌شده که در آن این سه هدف اساسی دنبال می‌شود: الف) تنظیم توجه؛ ب) ایجاد آگاهی فراشناختی؛ ج) تمرکززدایی و ایجاد پذیرش نسبت به حالت‌ها و محتویات ذهنی. فرض بر این است که پرورش آگاهی به این شیوه، افراد را قادر می‌سازد تا به‌صورت آشکارتری، برانگیخته شدن واکنش‌های نشخواری و منفی را مشاهده کنند و بتوانند از چنین الگوهای فکری، تمرکززدایی کنند و آنها را رویدادهایی ذهنی بدانند که بازنمایی‌هایی از واقعیت یا ویژگی خود نیستند (۲۱).

با مرور پیشینه پژوهش روشن شد که تاکنون پژوهشی که تأثیر درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن را بر کاهش استرس ادراک‌شده و افزایش امید به زنده ماندن در بیماران عروق کرونر بررسی کند، انجام نشده است؛ اما می‌توان به چند نمونه مشابه پژوهشی اشاره کرد. Akbari و همکاران (۲۲) در پژوهشی به این نتیجه دست یافتند که آموزش ذهن‌آگاهی به کاهش استرس ادراک‌شده بیماران مبتلا به سرطان پستان می‌انجامد. Aghabagheri و همکاران (۲۳) در پژوهش خود نشان دادند که شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن، بر افزایش

امید بیماران مبتلا به اماس تأثیر معناداری دارد. kaleghipour و zargar (۱۳۹۲) نیز در پی مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن، بر افزایش امید به زنده ماندن مادران کودکان کم توان ذهنی نقشی اساسی دارد (۲۴). بنابراین پژوهش حاضر با هدف بررسی میزان تأثیر درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن بر کاهش استرس ادراک شده و افزایش امید به زنده ماندن زنان مبتلا به بیماری عروق کرونر انجام گرفت.

### روش بررسی

روش پژوهش حاضر به شیوه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعه آماری، همه زنان مبتلا به بیماری عروق کرونر بود که به یک کلینیک خصوصی قلب و عروق در سطح شهر خرم آباد در سال ۱۳۹۵ مراجعه کرده بودند. این افراد با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. بدین منظور، ابتدا با مراجعه به کلینیک خصوصی قلب و عروق، زنان مبتلا به بیماری عروق کرونر شناسایی و بررسی شدند و پس از جلب همکاری آنان، مقیاس استرس ادراک شده و امید به زنده ماندن بین آنان توزیع شد و سپس افرادی از جامعه فوق که طبق معیار نقطه برش بالینی آزمون استرس ادراک شده در وضعیت غیرطبیعی بودند (یک انحراف معیار بالاتر از میانگین) و نمره آنها در آزمون امید به زندگی، پایین تر از نقطه برش بود، برای نمونه انتخاب شدند.

پس از همتاسازی از نظر ویژگی های جمعیت شناختی و نمره استرس ادراک شده و امید به زنده ماندن و با توجه به اینکه طرح پژوهش حاضر آزمایشی است و با در نظر گرفتن اینکه حجم نمونه در طرح های آزمایشی ۳۰ نفر در دو گروه آزمایش و گواه توصیه می شود (۲۵)، نمونه لازم برای این پژوهش شامل ۳۰ تن زن مبتلا به بیماری عروق کرونر بود که به صورت تصادفی در دو گروه انتخاب شدند؛ دو گروه پانزده نفره که برای گروه آزمایش و گروه گواه به صورت تصادفی انتخاب شدند. گروه آزمایش به صورت گروهی، طی ۸ جلسه دوساعته (هفته ای یک جلسه)، به مدت دو ماه با حضور در کلینیک خصوصی قلب، تحت مداخله درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن قرار گرفت و گروه گواه طی این مدت هیچ مداخله ای دریافت نکرد و در نهایت از هر دو گروه آزمایش و گواه، پس آزمون، و مجدداً یک ماه بعد، پیگیری به عمل آمد. دوره پیگیری، با توجه به مطالعات پیشین، یک ماه در نظر گرفته شد. برای رعایت اصول اخلاقی، پس از مرحله پیگیری، گروه گواه، در ۴ جلسه فشرده نیز تحت درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن قرار گرفت.

معیارهای ورود به مطالعه شامل این موارد بود: تکمیل فرم رضایت آگاهانه، توانایی شرکت در جلسات درمانی گروه، داشتن

حداقل تحصیلات دیپلم و حداکثر کارشناسی، داشتن سنی بین ۲۰ تا ۳۴ سال، شرکت نکردن در کلاس های آموزشی و درمانی دیگر به طور همزمان، تشخیص بیماری عروق کرونر آنان به وسیله پزشک متخصص قلب (که در برگه خلاصه پرونده آنان نوشته شده باشد)، مراجعه کردن آنان برای پیگیری درمان به پزشک معالج خود، کاملاً هوشیار و قادر به همکاری بودن و قادر بودن به تکلم به زبان فارسی، و برخوردار بودن از آمادگی جسمانی و روانی لازم برای پاسخ گویی به سؤالات.

بیمارانی که این شرایط را نداشتند، یا به بیماری های همزمان دیگری مبتلا بودند، یا اینکه در تاریخچه پزشکی آنها تشخیص روان پزشکی یا عقب ماندگی ذهنی درج شده بود، از مطالعه حذف شدند. پس از انتخاب گروه های نهایی پژوهش، از آزمودنی های دو گروه خواسته شد که در یک جلسه توجیهی شرکت کنند. در این جلسه با تشریح اهداف پژوهش سعی شد که انگیزه و موافقت لازم مراجعان برای شرکت در پژوهش جلب شود. مراجعان فرم موافقت برای همکاری در پژوهش را تکمیل کردند و به آنها اطمینان داده شد که مطالب ارائه شده در جلسات مداخله و نتایج پرسش نامه ها محرمانه خواهد بود. پس از پایان مداخله و جمع آوری داده های آماری، با استفاده از نرم افزار SPSS ویرایش ۱۹، داده ها در دو سطح توصیفی و استنباطی تجزیه و تحلیل شدند. برای توصیف داده ها از جداول و شاخص های آمار توصیفی همچون میانگین و انحراف معیار و برای استنباط آماری داده ها، تحلیل کوواریانس چندمتغیری محاسبه شد.

### ابزار پژوهش:

**پرسش نامه استرس ادراک شده کوهن (PSS):** این پرسش نامه در سال ۱۹۸۳ از سوی شلدون کوهن تهیه شده و ۳ نسخه ۴، ۱۰ و ۱۴ ماده ای دارد که برای سنجش استرس عمومی ادراک شده در طول یک ماه گذشته به کار می رود. این فرم از طریق بررسی پاسخ ها، به سنجش افکار و احساسات درباره حوادث استرس زا، کنترل، غلبه، کنار آمدن با فشارهای روانی و استرس های تجربه شده می پردازد. به هر پرسش براساس طیف پنج درجه ای لیکرت به «هرگز» ۰، «تقریباً هرگز» ۱، «گاهی اوقات» ۲، «اغلب اوقات» ۳، «بیشتر اوقات» ۴ امتیاز تعلق می گیرد. پرسش های ۴-۵-۶-۷-۹-۱۰ و ۱۳ به طور معکوس نمره گذاری می شود (هرگز = ۴ تا بیشتر اوقات = ۰). کمترین امتیاز کسب شده صفر و بیشترین نمره ۵۶ است. نمره برش ۲۱/۸ و نمره کسب شده بالاتر نشان دهنده استرس ادراک شده بیشتر است. آلفای کرونباخ برای این مقیاس در سه مطالعه، ۰/۸۴، ۰/۸۵ و ۰/۸۶ به دست آمده است

(۲۶). میزان پایایی در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۱ محاسبه شد.

**پرسش‌نامه امید به زندگی میلر (۱۹۸۸):** این آزمون نخستین بار برای سنجش در بیماران قلبی در آمریکا به کار رفت تا میزان امید را در آنها نشان دهد. آزمون میلر ۴۸ جنبه از حالت‌های امید و درمانگری را شامل می‌شود و ارزش نمره هر جنبه، از ۱ تا ۵ متغیر است. در برابر هر جنبه که نماینده یک نشانه رفتاری است، این گزینه‌ها قرار دارد: ۱. بسیار مخالف؛ ۲. مخالف؛ ۳. بی تفاوت؛ ۴. موافق؛ ۵. بسیار موافق. در آزمون میلر، دامنه امتیازات کسب شده از ۴۸ تا ۲۴۰ متغیر است، نمره ۴۸ حداکثر درماندگی و نمره ۲۴۰ حداکثر امید را نشان می‌دهد. Nikrou (۲۰۰۸) پایایی پرسش‌نامه امید به زندگی میلر را با روش ضریب آلفای کرونباخ و تصنیف، به ترتیب ۰/۸۳ و ۰/۷۴ به دست آورد. برای محاسبه روایی نمره آن با

نمره سؤال ملاک هم‌بسته شد و مشخص شد که رابطه معناداری بین نمره آنها وجود دارد ( $p=0/01$  و  $r=0/35$ ). میزان پایایی در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۹ محاسبه شد.

پروتکل درمانی به کاررفته در این پژوهش برگرفته از کتاب راهنمای عملی درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن سگال، ویلیامز و تیزدل (۲۰۰۲)، ترجمه Mohamadxhani و همکاران (۲۷) انجام گرفت. این پروتکل درمانی حدود ۲۰۰۰ سال پیش، از بودیسم گرفته شد و امروزه بهترین نویسندگان این موضوع، بودیست هستند. این درمان براساس برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی کاباتزین پایه‌ریزی شده و Segal و همکاران (۲۰۰۲) آن را برنامه‌ریزی کرده‌اند. محتوای این جلسات در جدول شماره ۱ گزارش شده است.

#### جدول شماره ۱. محتوای جلسات درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن

| جلسه | محتوا                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ۱.   | تنظیم خط‌مشی کلی با در نظر گرفتن جنبه محرمانه بودن و زندگی شخصی افراد، دعوت افراد به معرفی خود با یکدیگر، تمرین خوردن کشمش، تمرین واریسی بدنی، تکلیف خانگی، بحث و تعیین جلسات هفتگی، توزیع نوارها و جزوات جلسه اول.                                                       |
| ۲.   | مرور تکلیف هفته گذشته، تمرین واریسی بدنی، بازنگری تمرین، تمرین افکار و احساسات جایگزین و آموزش تمرکززدایی از افکار و فرضیات ذهنی با گذاشتن بر چسب فرضیه روی آنها، ثبت وقایع خوشایند، مراقبه نشسته ۱ تا ۱۰ دقیقه، تعیین تکلیف خانگی.                                       |
| ۳.   | تمرین دیدن یا شنیدن، معرفی تمرین مراقبه نشسته و منطق اجرای آن، ۳۰ تا ۴۰ دقیقه در حالت مراقبه، بازنگری تکلیف، تمرین فضای تنفس سه دقیقه‌ای و بازنگری، تکلیف خانگی، تعیین تکلیف خانگی.                                                                                       |
| ۴.   | تمرین پنج دقیقه‌ای دیدن یا شنیدن، ۴۰ دقیقه مراقبه، ذهن آگاهی از تنفس، بدن، صدا و افکار بازنگری، تمرین مراقبه ذهن آگاهی، تکلیف خانگی، تعیین تکلیف خانگی.                                                                                                                   |
| ۵.   | پیش از هر تغییری باید خود را به همان گونه‌ای که هستیم بپذیریم و این مستلزم اجازه دادن و مجوز بخشیدن به حضور احساسات ناخوشایند در آگاهی است. ۴۰ دقیقه مراقبه نشسته بازنگری، تمرین بازنگری، مرور و بررسی تمرین جلسه پیش، تعیین تکلیف خانگی.                                 |
| ۶.   | آموزش توجه به ذهن و اینکه افکار حقایق نیستند و خلق و افکار منفی ارتباط ما را با تجربه محدود می‌کنند. درک این مطلب که افکار فقط فکر هستند. مراقبه نشسته چهل دقیقه‌ای، ذهن آگاهی از تنفس، بدن، اصوات و افکار بازنگری، تمرین بازنگری تکلیف خانگی، آماده شدن برای اتمام دوره. |
| ۷.   | ۴۰ دقیقه مراقبه نشسته، آگاهی از تنفس، بدن، صداها و سپس افکار بازنگری تمرین‌ها، برنامه‌ریزی فعالیت: تعیین و تهیه فهرستی از فعالیت‌های لذت‌بخش و تسلط بر انگیز، بازنگری تکلیف خانگی، تمرین مشاهده ارتباط بین فعالیت و خلق.                                                  |
| ۸.   | بازنگری مطالب گذشته و جمع‌بندی.                                                                                                                                                                                                                                           |

#### یافته‌ها

در رابطه با مشخصات جمعیت شناختی بیماران، همه آنان در دامنه سنی ۳۴-۲۰ سال قرار داشتند. میانگین و انحراف معیار سنی گروه مداخله  $30/66 \pm 6/45$  و گروه گواه  $31/86 \pm 5/75$  بود. همچنین در هر دو گروه آزمایش و گواه از نظر ویژگی‌های جمعیت شناختی همتا شده بودند. پس از اجرای درمان شناختی

مبتنی بر حضور ذهن، از هر دو گروه آزمایش و گواه، پس از آزمون و پیگیری به عمل آمد. سپس داده‌های مرتبط با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری استخراج شد. جدول شماره ۲، میانگین و انحراف معیار نمرات استرس ادراک شده و امید به زنده ماندن را در افراد مبتلا به بیماری عروق کرونر به تفکیک گروه‌ها و مراحل نشان می‌دهد. از آنجا که کسب نمره بیشتر در استرس ادراک شده و نمره

کمتر در امید به زنده ماندن نشان از مشکل دارد، ملاحظه می‌شود که میانگین نمرات گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون و پیگیری در استرس ادراک‌شده کاهش، و امید به زنده ماندن، افزایش معناداری نسبت به گروه گواه دارد. به علاوه، پس از گذشت یک ماه از اجرای مداخله، مشخص شد که کاهش استرس ادراک‌شده و افزایش امید به زنده ماندن در اعضای گروه آزمایش، در مرحله پیگیری نیز به صورت معنی‌داری ادامه داشته است ( $P < 0.001$ ).

برای مشخص کردن معناداری تفاوت بین متغیرهای فوق از تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد و برای بررسی تفاوت‌های مشاهده‌شده در متغیرهای استرس ادراک‌شده و امید به زنده ماندن، ابتدا مفروضه‌های لازم برای انجام تحلیل کوواریانس چندمتغیری بررسی شد. بررسی همگنی واریانس‌ها نشان می‌دهد که معناداری آزمون لون در نمره‌های استرس ادراک‌شده و امید به

زنده ماندن در هر سه زمان اندازه‌گیری (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) بیشتر از ۰/۰۵ است. با توجه به این امر، دلیلی برای ناهمگن فرض کردن واریانس‌ها وجود ندارد. بررسی همگنی رگرسیون نیز نشان از معنادار نبودن شرایط و پیش‌آزمون دارد. همچنین پیش از انجام آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری، با استفاده از آزمون کولموکروف اسمیرنف، نرمال بودن توزیع نمونه‌ها بررسی شد. بنابراین از تحلیل کوواریانس برای تحلیل آماری استفاده شد.

جدول شماره ۳ نشان می‌دهد که سطوح معنی‌داری همه آزمون‌ها قابلیت استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیری را مجاز می‌شمارند؛ بدین معنی که بین آزمودنی‌ها گروه آزمایش و گواه تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

جدول شماره ۲. میانگین و انحراف معیار نمرات استرس ادراک‌شده و امید به زنده ماندن به تفکیک گروه‌ها

| متغیرها            |           | گروه آزمایش |              | گروه گواه |              |
|--------------------|-----------|-------------|--------------|-----------|--------------|
|                    |           | میانگین     | انحراف معیار | میانگین   | انحراف معیار |
| سن                 |           | ۳۰/۶۶       | ۶/۴۵         | ۳۱/۸۶     | ۵/۷۵         |
| استرس ادراک شده    | پیش آزمون | ۳۸/۶۳       | ۲/۴۷         | ۳۷/۷۲     | ۲/۴۹         |
|                    | پس آزمون  | ۳۰/۷۷       | ۲/۶۷         | ۳۶/۵۷     | ۲/۶۵         |
|                    | پیگیری    | ۳۲/۱۱       | ۲/۷۱         | ۳۷/۱۶     | ۲/۴۱         |
| امید به زنده ماندن | پیش آزمون | ۱۳۰/۷۹      | ۶/۳۱         | ۱۳۱/۰۹    | ۴/۵۶         |
|                    | پس آزمون  | ۱۳۸/۴۵      | ۵/۷۵         | ۱۳۳/۰۲    | ۴/۶۷         |
|                    | پیگیری    | ۱۳۹/۴۶      | ۵/۸۵         | ۱۳۴/۲۱    | ۴/۸۸         |

جدول شماره ۳. نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری بر تفاضل نمره‌های پس‌آزمون - پیش‌آزمون متغیرهای وابسته (استرس ادراک‌شده و امید به زنده ماندن) در گروه‌های آزمایش و گواه

| منبع | آزمون              | ارزش  | F     | فرضیه df | خطا df | معناداری |
|------|--------------------|-------|-------|----------|--------|----------|
| گروه | اثر پیلای          | ۰/۸۶۵ | ۷۹/۸۵ | ۲        | ۲۵     | ۰/۰۰۱    |
|      | لامبدای ویلکز      | ۰/۱۳۵ | ۷۹/۸۵ | ۲        | ۲۵     | ۰/۰۰۱    |
|      | اثر هتلینگ         | ۶/۳۸۸ | ۷۹/۸۵ | ۲        | ۲۵     | ۰/۰۰۱    |
|      | بزرگ‌ترین ریشه خطا | ۶/۳۸۸ | ۷۹/۸۵ | ۲        | ۲۵     | ۰/۰۰۱    |

جدول شماره ۴ نتایج مربوط به تحلیل کوواریانس یافته‌های پژوهش را نشان می‌دهد. همان‌گونه که در جدول دیده می‌شود، بین آزمودنی‌های گروه آزمایش و گواه تفاوت معناداری در متغیرهای وابسته دیده می‌شود، به گونه‌ای که درمان‌شناختی مبتنی بر حضور ذهن توانسته است به طور معناداری در کاهش استرس ادراک‌شده و افزایش امید به زنده ماندن ( $P < 0.001$ )

گروه آزمایش نسبت به گروه گواه در هر دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری مؤثر باشد، که این درمان در مرحله پس‌آزمون ۷۶ درصد بر استرس ادراک‌شده و ۷۱/۶ درصد بر امید به زنده ماندن و در مرحله پیگیری، ۶۶ درصد بر استرس ادراک‌شده و ۶۸ درصد بر امید به زنده ماندن مؤثر بوده است.

## جدول شماره ۴. نتایج تحلیل کوواریانس مربوط به تأثیر درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن بر کاهش استرس ادراک شده

و ارتقای امید به زنده ماندن

| متغیر وابسته       | مراحل       | منبع تغییرات | مجموع مجزورات | درجه آزادی | میانگین مجزورات | F      | معناداری | مجذور اتا | توان آماری |
|--------------------|-------------|--------------|---------------|------------|-----------------|--------|----------|-----------|------------|
| استرس ادراک شده    | پس آزمون    | پیش آزمون    | ۱۰۲/۳۳        | ۱          | ۱۰۲/۳۳          | ۲۷/۸۷  | ۰/۰۰۱    | ۰/۵۱۷     | ۰/۹۹۹      |
|                    | عضویت گروهی |              | ۳۰۶/۸۱        | ۱          | ۳۰۶/۸۱          | ۸۳/۵۶  | ۰/۰۰۱    | ۰/۷۶۳     | ۱          |
|                    | پیگیری      | پیش آزمون    | ۶۸/۰۸         | ۱          | ۶۸/۰۸           | ۱۵/۲۴  | ۰/۰۱     | ۰/۳۷۰     | ۰/۹۶۴      |
| امید به زنده ماندن | پس آزمون    | پیش آزمون    | ۲۲۸/۹۵        | ۱          | ۲۲۸/۹۵          | ۵۱/۲۶  | ۰/۰۰۱    | ۰/۶۶۳     | ۱          |
|                    | عضویت گروهی |              | ۶۵۸/۱۵        | ۱          | ۶۵۸/۱۵          | ۱۷۰/۶۴ | ۰/۰۰۱    | ۰/۸۶۸     | ۱          |
|                    | پیگیری      | پیش آزمون    | ۲۵۲/۳۰        | ۱          | ۲۵۲/۳۰          | ۶۵/۴۱  | ۰/۰۰۱    | ۰/۷۱۶     | ۱          |
| ماندن              | پیگیری      | پیش آزمون    | ۶۸۸/۶۹        | ۱          | ۶۸۸/۶۹          | ۱۶۰/۸۵ | ۰/۰۰۱    | ۰/۸۶۱     | ۱          |
|                    | عضویت گروهی |              | ۲۳۸/۳۵        | ۱          | ۲۳۸/۳۵          | ۵۵/۶۷  | ۰/۰۰۱    | ۰/۶۸۲     | ۱          |

## بحث

با توجه به اینکه بیماران عروق کرونر از استرس ادراک شده بالایی رنج می‌برند، استفاده از برنامه درمانی‌ای که بتواند استرس را در آنان کاهش دهد و زمینه شادی و امید به زنده ماندن را برای آنها به ارمغان آورد از اهمیت بسزایی برخوردار است. پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر میزان درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن بر کاهش استرس ادراک شده و افزایش امید به زنده ماندن زنان مبتلا به بیماری عروق کرونر اجرا شد.

آنچه پژوهش حاضر را متمایز می‌سازد، انتخاب یک گروه هدف خاص مبتلا به علائم استرس ادراک شده، برای بررسی تأثیر درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن است. همان‌طور که نتایج پژوهش نشان داد، درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن توانسته است به‌طور چشمگیری میزان استرس ادراک شده را کاهش و میزان امید به زنده ماندن را افزایش دهد؛ به‌گونه‌ای که این کاهش و ارتقا، هم پس از پایان مداخله و هم یک ماه پس از اجرای مداخله ادامه داشته است. این یافته با نتایج پژوهش‌های Akbari و همکاران (۲۲)، Aghabagheri و همکاران (۲۳) و Zargar و khaleghipour (۲۴) هماهنگ و هم‌سو است. افزون بر این، کاهش استرس ادراک شده با استفاده از روش حضور ذهن به‌طور معناداری به افزایش وضوح ذهنی، سلامت روان و نیز کاهش تنش بدنی انجامیده است (۲۸). Akbari و همکاران در پژوهش خود با تحلیل داده‌ها از طریق روش کوواریانس نشان دادند که آموزش ذهن‌آگاهی در کاهش استرس ادراک شده گروه آزمایش نسبت به گروه انتظار مؤثر بوده است؛ به عبارت دیگر، ذهن‌آگاهی از طریق ترکیب سرزندگی و واضح دیدن تجربیات، می‌تواند تغییرات مثبتی را در شادکامی و به‌زیستی ایجاد کند که این یافته همچنین با یافته‌های Smith و همکاران (۲۰۱۲) و Evans و همکاران (۲۰۰۸) هم‌سویی دارد (۲۹، ۳۰). آنان نیز در

یافته‌های پژوهش خود دریافتند که استرس زنان مبتلا به بیماری عروق کرونر، بیشتر جنبه ذهنی و شناختی دارد؛ زیرا در این روش، شخص می‌آموزد با تکنیک‌هایی که مربوط به تجربه کردن لحظه حال است، به‌طور موقت از نگرش و باورهای خود که ریشه در گذشته دارد و متأثر از ترس‌ها و نگرانی‌های آینده است، رها شود. همچنین، این نگرش در آنها به وجود می‌آید که به تمامی امور (خوشایند و ناخوشایند) پذیرش بدون داوری نشان دهند. بنابراین استفاده از این روش درمانی پاسخ شناختی به استرس را تعدیل می‌کند و از این رهگذر تأثیر بیشتری در کاهش استرس ادراک شده، افزایش توانایی مقابله با استرس و کاهش احساس‌های منفی دارد. در کنار کاهش استرس ادراک شده، پژوهش حاضر نشان داد که درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن، افزایش امید به زنده ماندن در زنان مبتلا به بیماری عروق کرونر را به‌دنبال دارد. این مداخله با افزودن وضوح و حیات به تجربیات می‌تواند سلامتی، شادمانی و امید به زنده ماندن آنان را به‌همراه داشته باشد.

Zargar و khaleghipour نیز نشان دادند که ذهن‌آگاهی می‌تواند در رهاسازی افراد از افکار اتوماتیک، عادت‌ها و الگوهای رفتاری ناسالم کمک کند و از این‌رو نقش مهمی را در تنظیم رفتاری ایفا کند که این امر خود موجبات امید به زنده ماندن را در بیماران عروق کرونر فراهم می‌سازد. امید به زندگی، مکانیسم سازگاری مهمی در بیماری‌های عروق و کرونر و فاکتوری پیچیده، چندبعدی، بالقوه و قدرتمند در ایجاد بهبودی و سازگاری است. همچنین از نظر فیزیولوژیکی و عاطفی به بیماران کمک می‌کند تا بتوانند بحران بیماری را تحمل کنند. اما نداشتن امید به زندگی به‌عنوان تحمل وضعیت فائق‌نیامدنی‌ای تعریف می‌شود که در آن دستیابی به هیچ هدفی انتظار نمی‌رود و با استرس ادراک شده ارتباط دارد؛ لذا مداخلات مبتنی بر حضور ذهن

بنابراین به پژوهشگران توصیه می‌شود که پژوهش حاضر را روی هر دو جنس مرد و زن و دیگر بیماری‌های جسمی انجام دهند و تغییرات هر دو گروه را با هم مقایسه کنند که می‌تواند زمینه‌ساز بستری مناسب برای تعمیم‌پذیری بیشتر نتایج گردد.

### نتیجه‌گیری

استفاده از مداخله درمان‌شناختی مبتنی بر حضور ذهن، با کاهش استرس ادراک‌شده و افزایش امید به زنده ماندن در زنان مبتلا به بیماری عروق کرونر همراه است، بنابراین این شیوه درمانی را می‌توان شیوه مستقلی دانست یا در کنار سایر شیوه‌های درمانی مثل دارودرمانی به کار برد و مشکلات روان‌شناختی و رفتاری ناشی از استرس ادراک‌شده و نداشتن امید به زنده ماندن را در افراد بهبود بخشید.

### سپاسگزاری

از همه عوامل، دست‌اندرکاران و به‌ویژه بیماران عزیزی که در اجرای این پژوهش صمیمانه با ما همکاری کردند، تشکر می‌شود.

### تعارض در منافع

بین نویسندگان تعارضی در منافع گزارش نشده است.

به‌عنوان یکی از درمان‌های شناختی- رفتاری موج سوم که شامل مراقبه‌های مختلف، یوگای کشیدگی، آموزش مقدماتی درباره استرس، تمرین مرور بدن و چند تمرین شناخت‌درمانی است (که ارتباط بین خلق، افکار، احساس و حس‌های بدنی را نشان می‌دهد)، توجه به موقعیت‌های بدنی و پیرامون را در «لحظه اکنون» میسر می‌سازد و پردازش‌های خودکار و امید به زنده ماندن را افزایش می‌دهد و گونه‌ای درمان برای پیشگیری از افزایش استرس ادراک‌شده است.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان‌شناختی مبتنی بر حضور ذهن می‌تواند در سازگاری و روند بهبود بیماران مؤثر باشد. بنابراین ضرورت دارد تا تدابیری برای کمک به بیماران عروق کرونر به‌منظور کاهش مشکلات روانی ناشی از آن و افزایش امید به زنده ماندن اندیشیده شود.

هر طرح پژوهش محدودیت‌های ویژه‌ای دارد و باید با در نظر گرفتن این محدودیت‌ها به میزان درستی در تفسیر نتایج توجه کرد. از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر این بود که نمونه بررسی شده فقط به بیماران شهر خرم‌آباد محدود بود؛ لذا باید در تعمیم نتایج آن احتیاط کرد. از دیگر محدودیت‌های این پژوهش این است که به بیماران قلبی زن محدود شده است؛

### References

- Shahsavari Isfahani S, Nazari F, Karimyar Jahromy M, Sadeghi M. An Epidemiologic Study of Cardiovascular Patients Admitted to Hospitals Arranged in 2012. J Cardi Nurs. 2012;11(2):15-21.
- Zellweger MJ, Osterwalder R, Langewitz W, Pfisterer ME. Coronary Artery Disease and Depression. J Eur Heart. 2004;25(7):543-50.
- Roger Veronique L, et al. Executive summary: Heart Disease and Stroke Statistics-2012 update: A report from the American Heart Association. Circulation. 2012;125(1):188-97.
- Ebadi A, Moradian T, Fayce F, Asian M. Comparing Hospital Anxiety and Depression in Patients Suffering Coronary Artery Disease Based on Proposed Treatment. J of Critic Care Nurs. 2011;4(2):97-102.
- Behrouzy N, Shehniyeylagh M, Pourseyedi M. Perfectionism, Perceived Stress and Social Support, Academic Burnout. J Culture strategy. 2012;20:84-102.
- Burnurd P, Edwards D, Bennett K, Thaibah H, Tothova V, Baldacchino D, et al. A Comparative, Longitudinal Study of Stress in Students Nurses in Five Countries: Albania, Brunei, the Czech Republic, Malta and Wales. J Nurse Educ Tod. 2008;26:134-45.
- Kabat-Zinn J. Coming to Our Sences: Healing Ourselves and the World Through Mindfulness. New York: Hyperion; 2005.
- Mousavi A, Alipur A, Agah harris M, Zare H. The effect of the new program Lrn (LEARN) in reducing perceived stress and worries students. J of Heal Psych. 2013;3(2):48-63.
- Atkinson RL, Atkinson RC, Smith EE, Bem DG, Hoeksma SN. Atkinson & Hilgard's Intrudaction to Psychology. 13nd ed. San Diego: Harcourt college publishers; 2000.
- Pourmohamadreza Tajrishi M, Ashori M, Jalilabkenar SS. The Effectiveness of Emotion al Intelligence Training on the Mental Health of Male Deaf Students. Ira J of pub heal. 2013;42(10):1174-80.
- Myers JE, Harper MC. Evidence-Based Effective Practices with Older Adults. J of couns & develot. 2004;82(2):207-18.
- Hearth K, Eenhancing Hope in People with a First Recurrence. J of Adv Nur. 2000;32(6):1431-41.
- Benzein E, Berg A. The level of and relation between hope, hopelessness and fatigue in patients and family members in palliative care. J Palli Medi. 2005;19(3):234-40.

14. Farran CJ, Herth KA, Popovich JM. Hope and Hopelessness: Critical Clinical Constructs. Sage Publications, Inc; 1995.
15. Hoseinyan E, Soudani M, Mehrabzadeh Honarmand M. Efficacy of group logotherapy on cancer patients life expectation. *Jbeha sci.* 2009;3(4):287-92.
16. Specia M, Carlson LE, Goodey E, et al. A Randomized, Wait-List Controlled Clinical Trial, the Effect of a Mindfulness Meditation-Based Stress Reduction. Program on mood and symptoms of stress in cancer outpatients. *J psych med.* 2000;62(5):613-22.
17. Ryan RM, Deci EL. Self-Determination Theory and the Facilitation of Intrinsic Motivation, Social Development, and Well-Being. *J Am psych.* 2000;55(1):68-78.
18. Brewin CR, Waston M, Mccarthy S, Hyman P, Dayson D. Intrusive memories and depression in cancer patients. *J Beha Res Ther.* 1998;36(12):31-42.
19. Ost LG. Efficacy of the third wave of behavioral therapies: Asystematic review and meta-analysis. *J Behav Rese and Thera.* 2008;46:296-321.
20. Eisendrath S, Chartier M, Mclane M. Adapting mindfulness-based cognitive therapy for treatment, Resistant Depression [electronic version]. *J Cogni and Behave Pract.* 2012;18:362-70.
21. Mace C. Mindfulness and mental health: Therapy, theory and science. London: Routledge; 2007.
22. Akbari ME, Nafisi N, Jamshidfar Z. Effectiveness of Mindfulness in Reducing Perceived Stress in Patients with Breast Cancer. *J of Beha.* 2013;7(27):8-96.
23. Aghabagheri H, Mohammadkhani P, Omrani S, Farahmand V. Mindfulness Based Group Therapy on Increase in Subjective Well-Being and Hope to MS Patients. *Clin Psychol.* 2012;4(1):23-31.
24. Khaleghipour Sh, Zargar F. The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Depression and Life Expectancy Mothers of Children with Mental Retardation. *J behasci rese.* 2013;12(2):45-50.
25. Delavar A. Statistical Methods in Psychology and Educative Sciences. Tehran: Payam-e-Noor Univercity; 2007.
26. Sanaei H, Mousavi SAM, Moradi AR, Parhoon H, Sanaei S. The Effectiveness of Stress Mindfulness Therapy on Self-efficacy, StressPerceived and orientated to the lives of women with breast cancer. *J Thoug and behav.* 2017;11(44):58-90.
27. Mohamadkhani P. Structured Clinical Interview for Disorders DSM-IV-TR. Tehran: Danjeh; 2010.
28. Block JA. Acceptance or Change of Private Experiences: a Comparative Analysis in College Students with Public Speaking Anxiety. (Doctoral dissertation, University at Albany, State University of New York). 2002.
29. Smith BW, Shelley BM, Dalen J, Wiggins K, Tooley E, Bernard J. A pilot study comparing the effects of mindfulness-based and cognitive-behavioral stress reduction. *J Alt Comp Med.* 2008;14(3):251-8.
30. Evans S, Ferrando S, Findler M, Stowell C, Smart C, Haglin D. Mindfulness-based cognitive therapy for generalized anxiety disorder. *J Anxiety Disord.* 2008 31; 22(4):716-21.

