

فصلنامه پژوهش های نوین روانشناختی

سال دهم شماره ۴۰ زمستان ۱۳۹۴

بررسی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در افزایش کنترل علائم حیاتی و بهزیستی روانشناختی بیماران کرونر قلبی

احمد علی پور^۱

اکبر رضایی^۲

تورج هاشمی^۳

ناهید یوسف پور^۴

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در افزایش کنترل علائم حیاتی و بهزیستی روانشناختی بیماران کرونر قلبی انجام شد. در این پژوهش در قالب طرح نیمه تجربی بین گروهی با پیش آزمون و پس آزمون از جامعه بیماران قلبی عروقی مراجعه کننده به بیمارستان قلب شهید مدنی تبریز تعداد ۴۰ نفر به شیوه هدفمند انتخاب و در دو گروه آزمایش و کنترل به حجم ۲۰ نفر در هر گروه جایگزین شدند. گروه آزمایش تحت مداخله ذهن آگاهی قرار گرفت و گروه کنترل هیچ مداخله ای دریافت نکرد. جهت اندازه گیری متغیرهای وابسته از پرسشنامه بهزیستی روانشناختی ریف و پرسشنامه علایم حیاتی استفاده شد. برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد. نتایج نشان داد روش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در بهبود علائم حیاتی و افزایش بهزیستی روانشناختی بیماران کرونر قلبی موثر است.

واژگان کلیدی: شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، علائم حیاتی، بهزیستی روانشناختی، بیماران کرونر قلبی.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

مقدمه

نارسایی قلبی یکی از شایع ترین بیماری های مزمن و مسیر نهایی مشترک تمام اختلالات قلبی و علت مرگ و میر بزرگسالان است که بیشترین خدمات طبی را به خود اختصاص می دهد و میزان پذیرش مجدد پس از ترخیص آن پس از ۶ ماه تقریباً ۴۴ درصد می باشد. افزایش ۲۹ درصدی شیوع چاقی، اضافه وزن ۴۴ درصدی جمعیت بالای ۵۰ سال، مصرف سالانه ۶۰ میلیارد نخ سیگار در کشور، شیوع ۲۵ درصدی فشار خون بالا، ناسالم بودن ۷۰ درصد روغن های خوراکی کشور و خیلی از عوامل دیگر در کنار بسیاری از زمینه های خطر ساز مانند دیابت، کم تحرکی و تغذیه نامناسب، جامعه را به سمتی سوق می دهد که در سال های پیش رو، شاهد همه گیری بیماری های قلبی عروقی در جوانان خواهیم بود.

بی تردید، سلامت جسمانی و روانی افراد در یک جامعه اهمیت به سزایی دارد. به طوری که بدون حفظ سلامت و رعایت بهداشت، افراد قادر نخواهند بود، به زندگی خود ادامه دهند و نسل خود را حفظ نمایند (گو، استدال، بوند و کاواناگ، ۲۰۱۵). بیماری و ناتوانی، زندگی فرد و روابط انسانی را مختل و در نتیجه، احساس امنیت و همبستگی را از انسان سلب می کند (حمیدیه و شهیدی ۱۳۸۷).

سالانه ۱۷ میلیون نفر در دنیا به علت بیماری های قلبی - عروقی فوت می کنند و این بیماری ها عامل ۱۰ میلیون مرگ از ۴۰ میلیون مرگی است که سالانه در کشورهای در حال توسعه رخ می دهد (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۲). در ایران نیز بیماری های قلبی - عروقی شایع ترین علل مرگ و میر را به خود اختصاص داده است (صدر بافقی و همکاران، ۱۳۸۲). این در حالی است که به اعتقاد متخصصان و کارشناسان با آموزش و برنامه ریزی می توان از بروز درصد قابل توجهی از بیماری های قلبی و عروقی پیشگیری کرد و در نهایت با درمان بیماری های قلبی و عروقی از تبدیل اختلالات قلبی به نارسایی های حاد جلوگیری کرد. در این میان به کارگیری موثرترین روش های نوین درمانی همواره از چالش های پیش روی کشورها بوده است. بیماران دچار نارسایی قلبی می توانند با کسب آموزش های مبتنی بر مهارت های مراقبت از خود بر آسایش، توانایی های عملکردی و فرآیندهای بیماری خود تأثیرگذار باشند. بنابراین، می توان با اجرای آموزش های لازم به بیماران به کاهش مشکلات و ارتقای کیفیت زندگی کمک نمود.

در ایران حدود ۳۸ درصد از مرگ و میرها به دلیل مشکلات عروق کرونر قلب می باشد. این آمار نسبت به بسیاری از کشورهای دنیا از حد نرمال بیشتر است. شیوع بالای بیماری قلبی عروقی اهمیت مقابله با این بیماری را آشکار می سازد و به همین دلیل شناسایی و بررسی عوامل خطر ساز زیستی و روان شناختی و پیشگیری و درمان در این حیطه ضروری است. مهم ترین و شایع ترین بیماری روان تنی که به طور متوسط حدود ۳۰ تا ۴۰ درصد مرگ و میرها را در جهان شامل می شود، اختلال گرفتگی عروق کرونر قلب (اختلال در عروق تغذیه ای قلب) می باشد.

امروزه عوامل خطر ساز مربوط به بیماری های قلبی - عروقی به خوبی شناسایی شده اند مانند فشارخون بالا، دیابت، کلسترول بالا و ... (هافنرو همکاران، ۱۹۹۸). به عبارت دیگر بیماری های قلبی - عروقی مستقیماً با علایم حیاتی از جمله مشکلات تنفسی و فشارخون در ارتباط است.

واژه علائم حیاتی، واژه‌ای عمومی است که شامل اندازه‌گیری فشارخون، ضربان قلب، تعداد تنفس و تب می‌شود. هر چند اغلب برای بیماران، موردی از موارد فوق تغییر می‌کند، اما لازم است که در بیماران اورژانسی تمامی موارد فوق ارزیابی شود.

یکی از مفاهیم اصلی الگوی سلامت، بهزیستی است. (ریف و کیز، ۱۹۹۵). بهزیستی، یکی از دغدغه‌های اساسی افراد در جوامع امروزی است، به نحوی که سالانه هزینه‌های زیادی در جهت تامین آن از سوی دولت‌ها و مردم صرف می‌شود. این پدیده مورد توجه نظریه پردازان و کارگزاران عرصه روانشناسی و بخصوص روانشناسی سلامت بوده و سعی در تبیین عوامل دخیل در آن شده است (لفکورت، ۲۰۰۲). در توضیح نقش عوامل مختلف در شکل‌گیری بهزیستی روانی، بر نقش عوامل فردی و اجتماعی بیش از عوامل دیگر تاکید شده است. بررسی یافته‌های پژوهشی در این عرصه نشانگر تناقض‌های آشکار بوده است، به نحوی که نمی‌توان به تبیین روشنی در خصوص نقش عوامل فردی و اجتماعی موثر بر بهزیستی روانی دست یافت (واترز و همکاران، ۲۰۰۲). ریف (۱۹۸۹) بهزیستی روانی را "تلاش برای کمال در جهت تحقق توانایی‌های بالقوه واقعی" فرد می‌داند. در این دیدگاه بهزیستی به معنای تلاش برای اعتلا و ارتقا است. سلامت مفهومی چند بعدی است که علاوه بر بیمار و ناتوان نبودن، احساس شادکامی و بهزیستی را نیز در بر می‌گیرد.

در دهه‌های گذشته شاهد پیشرفتهای مستمری در شناخت عوامل خطر بیماری‌های قلبی- عروقی و همچنین پیدایش فنون درمانی جدید در درمان این بیماری‌ها بوده‌ایم (پدرسون و دنولت، ۲۰۰۶). روش‌های درمانی روانشناختی مختلفی از طریق متغیرهای میانجی روانشناختی جهت کاهش اثرات بیماری‌های جسمی و روان‌شناختی تلاش نموده‌اند که یکی از آنها، درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی است.

شواهد و ادبیات تحقیق نمایانگر، اثرات مفید آموزش ذهن آگاهی^۲ در تندرستی است (کولز، سور، والاش^۳، ۲۰۰۹). افزایش ذهن آگاهی با افزایش بهزیستی روان‌شناختی، توافق، گشودگی، وجدان‌گرایی و کاهش نشانه‌های درد همراه است. درحقیقت افراد ذهن آگاه در شناخت و مدیریت و حل مشکلات روزمره تواناتر، هستند (واکر، کولوسیمو^۴، ۲۰۱۱؛ زیدان، جانسون، دیاموند، دیوید، گولکاسیان^۵، ۲۰۱۰). شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن، اصول شناخت درمانی را با چارچوب حضور ذهن برای بهبود بهزیستی هیجانی و سلامت روان ادغام می‌کند. (کابات زین^۶، ۲۰۰۳).

همچنین شواهد و ادبیات تحقیق نمایانگر اثرات مفید آموزش ذهن آگاهی در تندرستی است (کولز، سور و والاش^۷، ۲۰۰۹). افزایش ذهن آگاهی با افزایش بهزیستی روان‌شناختی، توافق، گشودگی، وجدانمندی و کاهش نشانه‌های درد همراه است. (واکر و کولوسیمو^۸، ۲۰۱۱؛ زیدان، جانسون، دیاموند، دیوید و گولکاسیان^۹، ۲۰۱۰).

^۱ . Pedersen & denollet

^۲ . Mindfulness

^۳ . Kohls, Sauer, Walach

^۴ . Walker, Kolosimo

^۵ . Zeidan, Johnson, Diamond, David, Goolkasian

^۶ . Kabat-Zinn

^۷ - Kohls, Sauer, Walach

^۸ -Walker, Kolosimo

^۹ - Zeidan, Johnson, Diamond, David, Goolkasian

پژوهشگران متعددی تأثیر ذهن آگاهی بر اختلالات را گزارش کرده‌اند، به طور مثال گریسون و همکاران (۲۰۰۱) به نتایجی در کاهش استرس با تکنیک‌هایی ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس همچنین موفقیت‌هایی در زمینه درمان نشانگان جسمی و روان افراد مبتلا به درد مزمن دست پیدا کرده‌اند.

یکی از جهت گیری‌های اساسی ذهن آگاهی پافشاری بر توجه به لحظه کنونی است، این جهت گیری " اینجا و اکنون" در کمک به بیماران سرطانی و بیماران با درد مزمن مؤثر بوده است (اسپکا^۲ و همکاران، ۲۰۰۶؛ دهل و لوندگرین^۳، ۲۰۰۶). روش‌های درمانی روانشناختی مختلفی از طریق متغیرهای میانجی روانشناختی جهت کاهش اثرات بیماری‌های جسمی و روانشناختی تلاش نموده‌اند. در تحقیقات مختلفی رابطه استرس و متغیرهای روانشناختی در بیماری‌های قلبی شناخته شده است. اما در زمینه بررسی اثربخشی شیوه روان درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی روی بیماری قلبی پژوهش منسجمی انجام نشده است.

به نظر می‌رسد که بیماری‌های کرونر قلب از طریق کنترل عوامل خطر ساز قابل پیشگیری هستند. هدف از انجام تحقیق بررسی تاثیر مداخله درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در افزایش کنترل علائم حیاتی و بهزیستی روانشناختی بیماران کرونر قلبی (CHD) می‌باشد.

نریمانی، آریاپورن، ابوالقاسمی و احدی (۱۳۸۹) در پژوهشی به بررسی مقایسه اثر بخشی آموزش‌های ذهن آگاهی و تنظیم هیجان بر سلامت روان جانبازان شیمیایی پرداختند. یافته‌ها نشان داد که میانگین نمرات سلامت در گروه آموزش ذهن آگاهی نسبت به گروه آموزش تنظیم هیجان و در گروه آموزش تنظیم هیجان نسبت به گروه کنترل پس آزمون و پیگیری بهبود یافته است. گرسیون و همکاران به نتایجی در کاهش استرس ذهن آگاهی مدار و همچنین موفقیت‌هایی در زمینه درمانی نشانگان جسمی و روان افراد مبتلا به درد مزمن پیدا کرده‌اند (گریسون، برینارد، ریسونز ویگ^۴، ۲۰۰۱). کارلسون، اسپکا، پاتل، پودی^۵ (۲۰۰۳) نیز به پیشرفت‌های قابل توجهی در کیفیت زندگی، نشانگان استرس و کیفیت خواب در بیماران مبتلا به سرطان سینه و پروستات بعد از دریافت برنامه کاهش استرس ذهن آگاهی مدار دست یافتند.

موسویان، مرادی، میرزایی، شیدفر، محمودی و طاهری (۱۳۸۹) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش چاقی موثرتر است و نتایج حاصل از پیگیری یک جامعه، پایداری نتایج را نشان داد.

نجاتی، امینی، ذبح زاده، معصومی، ملکی و شعاعی (۱۳۹۰) پژوهشی را با عنوان ذهن آگاهی شاخصی موثر بر کیفیت زندگی جانبازان انجام دادند نتایج یافته‌ها نشان داد ذهن آگاهی با ابعاد نشاط و سلامت روانی و با ابعاد درک کلی از سلامتی، ایفای نقش جسمی و ایفای نقش عاطفی در همبستگی داشت و با ابعاد فعالیت فیزیکی، فعالیت اجتماعی و درد رابطه معنادار نداشت.

¹ - here and now

² - Speca

³ - Dahl, Lundgren

⁴ - Greeson, Brainard, Rosenzweig

⁵ - Carlson, Speca, Patel, & Goodey

تحقیق کارلسون و همکاران (۲۰۰۳) نیز اثر مثبت ذهن آگاهی را بر کیفیت زندگی نشان داده است. آنها پیرامون تاثیر برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی افراد مبتلا به سرطان پستان و پروستات پژوهشی انجام دادند. نتایج نشان داد که بعد از هشت جلسه آموزش، کیفیت زندگی افراد افزایش چشمگیر یافته است.

روش

در قالب طرح نیمه تجربی بین گروهی با پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل از جامعه بیماران قلبی عروقی بستری شده در بیمارستان شهید مدنی تبریز در سال ۱۳۹۳ تعداد ۴۰ نفر به شیوه هدفمند و در دسترس انتخاب شدند و در دو گروه آزمایشی و کنترل با حجم ۲۰ نفر در هر دو گروه جایگزین شدند، پس از اخذ موافقت اخلاقی از شرکت کنندگان، گروه آزمایشی تحت مداخله مبتنی بر ذهن آگاهی قرار گرفت و گروه کنترل هیچ مداخله درمانی دریافت نکردند و در لیست انتظار قرار گرفتند. در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون، متغیرهای وابسته مورد اندازه گیری قرار گرفتند.

ابزارهای اندازه گیری

الف- پرسشنامه بهزیستی روان شناختی

در پژوهش حاضر از فرم ۱۸ عبارتی مقیاس های بهزیستی روانشناختی ریف استفاده گردید. روایی و پایایی این مقیاس در پژوهش های متعدد گزارش گردیده است. دایرونک^۱ (۲۰۰۵) همسانی درونی خرده مقیاس ها را مناسب و آلفای کرونباخ آنها را بین ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ یافته است. همبستگی مقیاس بهزیستی روانشناختی با مقیاس رضایت از زندگی، پرسشنامه شادکامی و عزت نفس روزنبرگ به ترتیب ۰/۴۷، ۰/۵۸ و ۰/۴۶ به دست آمد (بیانی، عاشور و بیانی، ۱۳۸۷). ضریب پایایی به دست آمده در پژوهش زنجانی طبسی (۱۳۸۳) برابر ۰/۹۴ و برای زیرمقیاس ها ۰/۶۳ و ۰/۸۹ بوده است. ضریب همبستگی به دست آمده بر اساس روش بازآزمایی برای کل آزمون ۰/۷۶ و زیرمقیاس ها ۰/۶۷ تا ۰/۷۳ بود که در سطح ۰/۰۰۱ معنی دار بود (زنجانی طبسی، ۱۳۸۳).

ب- علایم حیاتی و ویژگی های دموگرافیک

برای بررسی علایم حیاتی و ویژگی های دموگرافیک از چک لیست محقق ساخته استفاده گردید. بدین صورت که علایم حیاتی به صورت طیف پایین تر از نرمال، نرمال و بالاتر از نرمال تنظیم و وضعیت افراد در هر کدام مشخص گردید. روایی ابزار به شیوه بررسی روایی محتوایی انجام شد، که برابر با ۰/۷۵ بود. برای سنجش پایایی آن از روش آزمون-بازآزمون استفاده شد، که میزان ضریب همبستگی ۰/۷۲ بود.

پروتکل برنامه شناخت درمانی متمرکز بر ذهن آگاهی (MBCT)

برای تهیه برنامه آموزشی از راهنمای درمان شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن نوشته سگال و همکاران (۲۰۰۲) ترجمه محمدخانی و همکاران (۱۳۸۴) استفاده شد. این برنامه در قالب یک دوره هشت هفته ای قابل اجرا است.

ارزیابی، مصاحبه و بررسی معیارهای ورود و خروج انجام پیش آزمون ها جلسه اول: برقراری ارتباط و مفهوم سازی، لزوم استفاده از آموزش ذهن آگاهی و آشنایی با نحوه تن آرامی.

¹ -Dierendonck

جلسه دوم: آموزش تن آرامی برای ۱۴ گروه از عضلات که شامل ساعد، بازو، عضله پشت ساق پا، ساق پا، رانها، شکم، سینه، شانهها، گردن، لب، چشمها، آروارهها، پیشانی قسمت پائین و پیشانی قسمت بالا بود.

جلسه سوم: آموزش تن آرامی برای ۶ گروه از عضلات شامل دستها و بازوها، پاها و رانها، شکم و سینه، گردن و شانهها، آروارهها و پیشانی و لبها و چشمها و تکلیف خانگی تن آرامی بود.

جلسه چهارم: آموزش ذهن آگاهی تنفس که مرور کوتاه جلسه قبل، آشنایی با نحوه ذهن آگاهی تنفس، آموزش تکنیک دم و بازدم همراه آرامش و بدون تفکر در مورد چیز دیگر و آموزش تکنیک تماشای تنفس و تکلیف خانگی ذهن آگاهی تنفس قبل از خواب به مدت ۲۰ دقیقه بود.

جلسه پنجم: آموزش تکنیک پویا شدن شامل آموزش تکنیک توجه به حرکت بدن هنگام تنفس، تمرکز بر اعضای بدن و حرکات آنها و جستجوی حسهای فیزیکی (شنوایی، چشایی و ...) و تکلیف خانگی ذهن آگاهی خوردن (خوردن با آرامش و توجه به مزه و منظره غذا) بود.

جلسه ششم: آموزش ذهن آگاهی افکار شامل آموزش توجه به ذهن، افکار مثبت و منفی، خوشایند یا ناخوشایند بودن افکار، اجازه دادن به ورود افکار منفی و مثبت به ذهن و به آسانی خارج کردن آنها از ذهن بدون قضاوت و توجه عمیق به آنها و تکلیف خانگی نوشتن تجربیات مثبت و منفی روزانه بدون قضاوت در مورد آنها بود.

جلسه هفتم: ذهن آگاهی کامل شامل تکرار آموزش جلسات ۴، ۵ و ۶ هرکدام به مدت ۳۰-۲۰ دقیقه بود.

جلسه هشتم شامل جمع بندی جلسات آموزشی و اجرای پس آزمون بود.

یافته ها

جدول ۱ شاخص های توصیفی متغیرهای وابسته را در گروههای آزمایش و کنترل نشان می دهد.

جدول (۱) شاخص های توصیفی بهزیستی روانشناختی و علائم حیاتی در گروههای آزمایش و کنترل

انحراف استاندارد	میانگین	نمرات	گروه	
۷/۱۳	۴۱/۴۵	پیش آزمون	(ذهن آگاهی)	
۱۰/۳۳	۵۵/۹	پس آزمون	N=۲۰	
۹/۹۲	۴۴/۳۵	پیش آزمون	کنترل	بهزیستی روانشناختی
۶/۲۶	۴۲/۱۵	پس آزمون	N= ۲۰	
۱/۱۶	۸/۱	پیش آزمون	(ذهن آگاهی)	علائم حیاتی
۱/۱	۷/۲	پس آزمون	N=۲۰	
۱/۳۶	۶/۸	پیش آزمون	کنترل	
۰/۸۲	۶/۹۵	پس آزمون	N= ۲۰	

در راستای بررسی فرضیه‌های پژوهش ابتدا مفروضه‌های تحلیل کوواریانس چند متغیره مورد بررسی قرار گرفت و نتایج تحلیل‌ها نشان داد که پیش فرض‌های اصلی این روش تحقق یافته است.

جدول (۲) تحلیل کوواریانس چندمتغیره اثرات روش‌های درمانی بر بهزیستی روانشناختی و علائم حیاتی

منبع تغییر	متغیر وابسته	SS	df	MS	F	سطح معنی داری	ضریب اتا
گروه	علائم حیاتی	۳۲۴/۷۹	۲	۱۶۲/۱۹	۵/۲۱	۰/۰۱	۰/۱۵
خطا	علائم حیاتی	۱۷۷۶/۷	۵۷	۳۱/۱۷			
گروه	بهزیستی روانشناختی	۹۸۴/۹۱	۲	۴۹۲/۴۶	۱۱/۴۱	۰/۰۱	۰/۲۹
خطا	بهزیستی روانشناختی	۲۴۶۰/۱۲	۵۷	۴۳/۱۶			

مندرجات جدول ۲ نشان می‌دهد که اثر گروه (سطوح متغیر مستقل) بر علائم حیاتی و بهزیستی روانشناختی بیماران کرونر قلبی از نظر آماری معنی دار است ($P < 0.05$).

جدول (۳) مقایسه‌های زوجی میانگین گروه‌ها در متغیرهای وابسته

گروه	گروه	متغیر	تفاوت میانگین‌ها	خطای برآورد	سطح معنی داری
ذهن آگاهی	کنترل	علائم حیاتی	۳/۱	۰/۷۶	۰/۰۲
ذهن آگاهی	کنترل	بهزیستی روانشناختی	۱۳/۴۲	۰/۹۲	۰/۰۱

مندرجات جدول ۳ نشان می‌دهد که روش درمانی ذهن آگاهی در مقایسه با گروه کنترل بر بهزیستی روانشناختی و علائم حیاتی بیماران مبتلا به انسداد کرونر قلبی تاثیر مثبت و معنی دار داشته است.

بحث و نتیجه گیری

نتایج بیانگر بهبود علائم حیاتی بیماران کرونر قلبی در گروه MBCT است. نتایج این پژوهش با نتایج زیدان و همکاران (۲۰۰۹)، یتکین، اکسی، یتکین و ترهان^۱ (۲۰۰۶) و راویندا، مادانموهان و پاویتهارن^۲ (۲۰۰۶) همسو می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت درمان ذهن آگاهی، منجر به تغییر شناختی در طرز تفکر و اعمال بیمار می‌شود و از اصول تقویت شرطی سود می‌برد. بدین ترتیب که فرد مبتلا برای رفتن به گام بعدی تلاش می‌کند تا خود را در گامی بالاتر ببیند و این تمایل به طور مستمر باعث بهبود تدریجی مرحله به مرحله بیمار می‌شود و در عین آرامش و

¹- Yetkin, Aksoy, Yetkin, Turhan

²-Zeidan, Jounson, Gordon, Goolkasian

آگاهی، به درمان فردی خود ادامه می دهد و نواقص و اشکالات خود را در جلسات حضوری حل می نماید (روث و همکاران، ۲۰۰۴). همچنین، می توان گفت چون ذهن آگاهی باعث تعدیل احساسات بدون قضاوت و افزایش آگاهی نسبت به احساسات جسمانی می شود و به واضح دیدن و پذیرش هیجانات و پدیده های فیزیکی، همانگونه که اتفاق می افتند، کمک می کند (نیف، ۲۰۰۳).

نتایج بیانگر افزایش بهزیستی روانشناختی بیماران کرونر قلبی در گروه MBCT است. بر اساس نتایج به دست آمده، بهزیستی روانشناختی در گروه MBCT نسبت به گروه کنترل افزایش معناداری داشته است. روش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در افزایش کنترل علائم حیاتی بیماران کرونر قلبی موثر است.

نتایج به دست آمده با نتایج آزرگون (۱۳۸۶) همسو است. او در مطالعه ای به این نتیجه رسید که روش درمانی شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش افسردگی و نشخوار گری فکری موثر است. همچنین، با نتایج نریمانی، آریاپوران، ابوالقاسمی، احدی (۱۳۹۰) مطابقت دارد. آنها در تحقیقی با عنوان اثربخشی آموزش های ذهن آگاهی و تنظیم هیجان بر بهزیستی جسمانی و روانشناختی جانبازان شیمیایی نشان دادند، آموزش های ذهن آگاهی و تنظیم هیجان بر بهبود علایم جسمانی و سلامت روان اثربخش بودند. همچنین، اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر نمرات پیگیری علایم جسمانی، نمرات پس آزمون و پیگیری سلامت روان بیشتر بود.

نتایج بدست آمده بطور غیر مستقیم با نتایج کینگستون، چادویکا، مرون، اسکینر^۱ (۲۰۰۷)، زیدان، جانسون، دیاموند، دیوید، گولکاسیان^۲ (۲۰۱۰)، ایوانز، فراندو، فیندلر، استوول، استوول، اسمارت، هاگلین^۳ (۲۰۰۸)، فوگل-گول، وینسنت-آچا، لوئهر، بائر، واهنر، ریدلر^۴ (۲۰۱۰)، شاپیرو، بوتزین، فیگوردو، لویز، اسچوارت^۵ (۲۰۰۳)، کیویت-استیجن، ویسر، گارسن، هادیج^۶ (۲۰۰۸)، آگاه هریس و همکاران (۱۳۹۱)، اسپکا^۷، ۲۰۰۶؛ دهل و لوندگرین^۸، ۲۰۰۶، رایبیز و راس (۲۰۰۳)، کارلسون اسپکا، پاتل و گودی^۹ (۲۰۰۳)، کابات زین (۲۰۰۳)، موسویان و همکاران (۱۳۸۹) همسو می باشد. آنها نیز در پژوهش های خود نشان دادند که مداخله MBCT منجر به کاهش علایم روانشناختی منفی نظیر افسردگی و اضطراب و افزایش سلامت روانی، بهبود سبک زندگی و سطح شادکامی و بهزیستی روانشناختی می شود.

1- Kingeston, Chadwick, Meron, Skinner

2- Zeidan, Johnson, Diamond, David, Goolkasian

3- Evans, Ferrando, Findler, Stowell, Smart, & Haglin

4- Flugel, Vincent ACha., Loehrer, Bauer, Wahner-Roedler

5- Shapiro, Bootzin, Figueredo, Lopez, Schwartz

6- Kieviet-Stijnen, Visser, Garssen, Hudig

7- Specia, Carlson, MacKenzie, Angen

8- Dahl, & Lundgren

9- Carlson, Specia, Patel, & Goodey

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت آموزش ذهن آگاهی به تکنیک‌های مهمی از جمله تن آرامی، تکنیک پویا شدن و ذهن آگاهی تنفس مجهز است و آموزش این تکنیک‌ها می‌تواند کنترل علائم حیاتی بیماران کرونر قلبی را افزایش دهد. به عبارتی، انجام تمرینات ذهن آگاهی باعث رشد عامل‌های مختلف ذهن آگاهی مانند مشاهده، غیر قضاوتی بودن، غیر واکنشی بودن، و عمل توأم با هشیاری می‌شود. بنابراین، رشد این عوامل نیز خود باعث رشد بهزیستی روانشناختی، کاهش استرس و نشانه‌های روانشناختی می‌شود (کارمودی و بائر^۱، ۲۰۰۷). در حقیقت، افزایش ذهن آگاهی توانایی ما را برای عقب ایستادن و مشاهده کردن حالت‌هایی مثل اضطراب افزایش می‌دهد، در نتیجه می‌توانیم خود را از الگوهای رفتاری اتوماتیک رها کنیم و از طریق درک و دریافت مجدد، دیگر با حالت‌هایی مثل اضطراب و ترس کنترل نشویم، بلکه می‌توانیم از اطلاعات برخاسته از این حالت‌ها استفاده کنیم و با هیجان‌ها همراه باشیم و در نتیجه بهزیستی روانشناختی خود را افزایش دهیم (شاپیرو، ۲۰۰۶).

همچنین، مطالعات متعدد نمایانگر تأثیر ذهن آگاهی افزایش یافته در بهزیستی روانشناختی و در نتیجه افزایش رضایت از زندگی است. چراکه در نتیجه افزایش بهزیستی اضطراب، افسردگی، عاطفه منفی و نشانه‌های روانشناختی کاهش یافته و عزت نفس، خوشبینی و عاطفه مثبت افزایش می‌یابد. نتایج مطالعه حاضر نشان می‌دهد که می‌توان با افزایش ذهن آگاهی افراد بهزیستی روانشناختی آنها را افزایش داد. ذهن آگاهی به تجربیات وضوح و روشنی می‌بخشد و به افراد می‌آموزد تا لحظه به لحظه زندگی خود را تجربه کنند، همین امر باعث کاهش نشانه‌های منفی روانشناختی و افزایش بهزیستی روانشناختی می‌شود (بروان و ریان، ۲۰۰۳؛ ۲۰۰۴).

نتایج نشان داده است که این نوع مداخله برای درمان هر دو دسته علائم روانشناختی و جسمانی مؤثر بوده است (کابات زین، ۲۰۰۳؛ گیلاک، ۲۰۰۹). امروزه بیشتر مطالعات در زمینه بررسی اثربخشی تمرین‌های ذهن آگاهی بر افزایش بهزیستی می‌باشد و نتایج به دست آمده حاصل از آن تقریباً مثبت است (بائر، ۲۰۰۳). تحقیقات بیشتر در زمینه ذهن آگاهی می‌تواند راه‌های جدیدی را برای ارتقای بهزیستی در زندگی افراد باز کند.

در مجموع می‌توان گفت، مداخله‌های روانشناختی با افزایش انگیزه، و خوداثربخشی افراد، به آنها کمک می‌کند که هم رفتارهای سلامت مرتبط با بهزیستی روانشناختی و کنترل علائم حیاتی را انجام دهند و هم با وجود پایان دوره درمان، همچنان از اصول یادگیری شده تبعیت کنند. در واقع، بر اساس الگوی زیستی- روانی- اجتماعی بواسطه مداخله‌های روانشناختی، افراد مسؤلیت سلامتی و بیماری‌شان را با تغییر دادن باورها و راهبردهای مقابله‌ای و تبعیت از درمان بر عهده می‌گیرند. (بک، ۱۹۹۵؛ باتلر، چاپمن، فورمن و بک^۲، ۲۰۰۶).

تاریخ دریافت نسخه اولیه: ۱۳۹۴/۰۱/۱۵

تاریخ دریافت نسخه نهایی مقاله: ۱۳۹۴/۰۸/۲۵

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۴/۰۹/۱۵

¹ Carmody, Bear

² Butler, Chapman, Forman, & Beck

References

منابع

- آذرگون، حسن، (۱۳۸۶). اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر کاهش نشخوار فکری دانشجویان افسرده دانشگاه اصفهان، پایان نامه کارشناسی ارشد، اصفهان، دانشگاه اصفهان.
- آگاه هریس، مژگان؛ علیپور، احمد؛ جانبزرگی، مسعود؛ موسوی، الهام؛ و نوحی، شهناز. (۱۳۹۱). مقایسه تأثیر گروه درمانگری مبتنی بر اصلاح سبک زندگی و گروه درمانگری شناختی در مدیریت وزن و ارتقای کیفیت زندگی زنان دارای اضافه وزن. *مجله روانشناسی سلامت*. ۱، ۱-۱۶.
- حمدیه، مصطفی؛ شهیدی، شهریار. (۱۳۸۷). *اصول و مبانی بهداشت روانی*. تهران: انتشارات سمت.
- صدر بافقی محمود، شهریاری وحید، میرباقری فیروزآبادی رضا، حقیقت سیامک، حلاجیان مهدی، نماینده مهدیه. (۱۳۸۲). مشخصات اپیدمیولوژیک و کلینیکی بیماران مبتلا به انفارکتوس حاد میوکارد در شهر یزد. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*. ۴۶، (۸۲) ۴۱-۴۸.
- موسویان، نرگس؛ مرادی، علیرضا؛ میرزایی، جعفر؛ شیدفر، فرزاد؛ محمودی، بهرام؛ طاهری، فاطمه. (۱۳۸۹). اثر بخشی شناخت در مانی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش چاقی. *اندیشه و رفتار*. ۴(۱۶): ۴۹-۵۸.
- نجاتی، وحید؛ دکتر امینی، رضا؛ ذبیح زاده، عباس؛ معصومی، مهدی؛ شعاعی، فاطمه. (۱۳۹۰). ذهن آگاهی شاخصی موثر در کیفیت زندگی جانبازان نابینا. *فصلنامه علمی طب جانباز*. ۳(۱۱): ۱-۷.
- نریمانی، محمد؛ آریاپوران، سعید؛ ابوالقاسمی، عباس؛ احدی، بتول. (۱۳۹۰). مقایسه اثر بخشی آموزش های ذهن آگاهی و تنظیم هیجان بر سلامت روان جانبازان شیمیایی. *فصلنامه روانشناسی بالینی*. ۱(۲): ۹۳-۱۱۷.
- Beck, J. S. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. New York: Guilford Press.
- Broen, K. W., Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Social Psychology*, 84: 822-848.
- Brown, K. W., Ryan, R. M. (2004). Perils and Promise in Defining and measuring mindfulness observation from experience, *Clinical psychology: Science and practice*, 11, 3, 242-246.
- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M., & Beck. A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 26, 17° 31.

Carlson, L. E., Speca, M., Patel, K. D., & Goodey, E. (2003) Mindfulness based stress reduction in relation to quality of life mood, symptoms of stress and immune parameters in breast & prostate cancer outpatients. *Psychosomatics Medicine*, 65, 571-581.

Carmody, J., Bear, R. A. (2007). Relationship between mindfulness practice and level of mindfulness, medical and psychological symptoms and well-being in a mindfulness stress reduction program, *Behav Med*. 31, 23-33.

Dahl, J. & Lundgren, T. (2006), *Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in the treatment of chronic pain*, University of Uppsala, Sweden

Evans, S., Ferrando, S., Findler, M., Stowell, C., Smart, C., & Haglin, D. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy for generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 716° 721.

Flugel, C. K., VincentACha., S. S., Loehrer, L. L., Bauer, B. A., Wahner-Roedler, D. L.(2010). Measurement of quality of life and participant experience with the mindfulness-based stress reduction program. *Complement Therapy Clinical Practice*; 16(1): 36° 40.

Giluk, T. L. (2009). Mindfulness, Big Five Personality, and Affect: A Meta-Analysis.

Personality and Individual Differences, 47, 805-811.

Greeson, J. M., Brainard, G. C., Rosenzweig, S. (2001). Mindfulness based stress reduction quality of life in a heterogeneous patient population. *General Hospital Psychiatry*, 23, 183-192.

Gu, J., Strauss, C., Bond, R., Cavanagh, K. (2015). How do mindfulness-based cognitive therapy and mindfulness-based stress reduction improve mental health and wellbeing? A systematic review and meta-analysis of mediation studies. *Clinical Psychology Review*, 37, 1-12.

Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144° 156.

Kieviet-Stijnen, A., Visser, A., Garssen, B., Hudig, H.(2008). Mindfulness-based stress reduction training for oncology patients: Patients appraisal and changes in well-being. *Patient Educ and Couns.*, 72(3): 436° 42.

Kingeston, J., Chadwick, P., Meronc, D., Skinner, T. C. A.(2007). pilot randomized control trial investigating the effect of mindfulness practice on pain tolerance, psychological well-being, and physiological activity. *J Psychosom Res*; 62(3): 297-300.

Lefcourt, H. (2002). *Handbook of Positive Psychology*. Humor. In C.R. Snyder S.J.Lopez (Eds), New York: Oxford university press.

Neff, K.D.(2003). The development and validation of a scale to measure self compassion . self Identity;2:223° 50

Pedersen, S. S., & denollet, J. (2006), Is Type D personality here to stay? emerging evidence across cardiovascular-disease patient groups. *Current Cardiolog Reviews*, 2, 205-213.

Roth, B., & Robbins, D. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health related quality of life. *Psychosomatic medicine*, 66 (1), 113-123.

Ryff, C. D. (1989). Happiness in everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *J Perso and Soci Psych*; 57:1069-1081.

Ryff, C. D., Keyes, C. L. M. (1995). The Structure of Psychological Well-being revisited. *Journal of Personality and social Psychology*, 6(4), 719-727.

Shapiro, S. L., Bootzin, R. R., Figueredo, A. J., Lopez, A. M., Schwartz, G. (2003).E. The efficacy of mindfulness-based stress reduction in the treatment of sleep disturbance in women with breast cancer: An exploratory study. *J Psychosom Res*; 54(1): 85° 91.

Specia, M., Carlson, L. E., MacKenzie, M. J., Angen, M. (2006), *Mindfulness- Based Stress Reduction (MBSR) as an Intervention for Cancer Patients In Baer, R. Mindfulness- Based Treatment Approaches*. San Diego : Elsevier.

Walker, L., Colosimo, K. (2011). Mindfulness, self-compassion and happiness in non-mediators: A theoretical and empirical examination, *Personality and Individual Differences*, 50. 222-227.

World Health Organization. (2002). *WHOQOL BREF introduction, Administration and scoring, Field Trial version*. Quality of life Group. World Health Organization. Geneva.

Yetkin E, Aksoy Y, Yetkin O, Turhan H. Beneficial effect of deep breathing on premature ventricular complexes: Can it be related to the decrease in QT dispersion? *Int J Cardiol* 2006; 113(3): 417-8.

Zeidan F, Jounson SK, Gordon NS, Goolkasian P. Effects of brief and sham mindfulness meditation on mood and cardiovascular variable. *J Altern Complement Med* 2010; 16(8): 867-73.