

تأثیر درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر سلامت معنوی، بخشش و راهبردهای مقابله‌ی مذهبی بیماران

قلبی شهر اصفهان

معصومه نواصر^{۱*}، سامان دریگوند^۲، فرزانه نوریان^۳، سارا بامداد^۴

۱. کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اهواز، اهواز، ایران. (نویسنده مسئول)

۲. کارشناسی ارشد، روانشناسی عمومی، دانشگاه گرمسار، ایران.

۳. کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات، ساوه، ایران.

۴. کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی، خمینی شهر، اصفهان، ایران.

مجله پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری، دوره دوم، شماره یازدهم، شهریورماه ۱۳۹۶، صفحات ۶۹-۵۵

چکیده

بیماری‌های قلبی عروقی جزو بیماری‌های مزمن است. این نوع بیماری‌ها به خاطر ماهیتی که دارند باعث کاهش سلامت روان در بیماران می‌شوند. هدف پژوهش حاضر، تأثیر درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر سلامت معنوی، بخشش و راهبردهای مقابله‌ی مذهبی بیماران قلبی شهر اصفهان بود. پژوهش حاضر نیمه آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. از بین کلیه بیماران مبتلابه بیماری‌های قلبی-عروقی که بین ماه‌های شهریور تا آذر ۱۳۹۵ در بیمارستان قلب شهید چمران اصفهان بستری بودند، ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری داوطلبانه انتخاب و به‌صورت تصادفی نفر از بین جامعه انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی ۱۵ نفر در گروه گواه و ۱۵ نفر در گروه آزمایش قرار گرفتند و پرسشنامه‌های سلامت معنوی، بخشش و راهبردهای مقابله‌ای در میان آن‌ها اجرا شد. داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیری و تحلیل کوواریانس یک‌راهه و با نرم‌افزار SPSS.22 تحلیل شدند.

گروه به‌صورت معناداری روی سلامت مذهبی ($F = ۷۴/۹۷, P < ۰/۰۰۱$) و سلامت وجودی ($F = ۷/۲۶, P < ۰/۰۱$)، وجود احساس مثبت ($F = ۱۰/۸۳, P < ۰/۰۱$)، فقدان راهبرد مثبت ($F = ۷/۲۱, P < ۰/۰۵$) و راهبرد منفی ($F = ۱۶/۲۷, P < ۰/۰۱$) تأثیر دارد. گروه اثر معناداری بر فقدان احساس منفی ($F = ۳/۰۴, P > ۰/۰۵$) نداشت. بر اساس یافته‌های این پژوهش، می‌توان از درمان مبتنی بر ذهن آگاهی در جهت افزایش سلامت معنوی، بخشش و راهبردهای مقابله‌ای مذهبی بیماران قلبی استفاده کرد؛ بنابراین انجام مداخله‌های روان‌شناسی برای بهبود سلامت معنوی، بخشش و راهبردهای مقابله‌ی مذهبی پیشنهاد می‌گردد.

کلیدواژه‌ها: درمان مبتنی بر ذهن آگاهی، سلامت معنوی، بخشش، راهبردهای مقابله مذهبی، بیمار قلبی عروقی.

مقدمه

امروزه مهم‌ترین معضل سلامتی در همه کشورهای جهان از جمله کشور ما ایران، تغییر الگوی مرگ‌ومیر بیماری به بیماری‌های مزمن است. بیماری‌هایی مانند مشکلات قلبی به‌ویژه فشارخون، سرطان و دیابت، نه تنها درمان قطعی ندارند، بلکه بر ذهن و رفتار و سبک زندگی بیمار اثرات فراوانی می‌گذارند از طرفی در روان‌شناسی عصر حاضر با ظهور روان‌شناسی مثبت و روان‌شناسی سلامت به‌جای توجه صرف به آسیب‌ها یا اختلالات روانی، عواملی مثل شادکامی، خوش‌بینی، خلاقیت، سلامت معنوی، بخشش و به‌کارگیری روش‌های مبتنی بر همین عوامل در پیشگیری و درمان بیماری‌های جسمانی مورد توجه قرار گرفته است (فایرز و ترال، ۲۰۰۲؛ علی‌پور، ۲۰۱۱). افسردگی، اضطراب، خصومت، خشم و استرس روانی حاد به‌عنوان عوامل خطر ساز پیدایش و تظاهر بیماری‌های کرونری محسوب می‌شوند. عاطفه منفی در معنای کلی آن، وضعیت اقتصادی اجتماعی پایین و حمایت اجتماعی اندک، رابطه معناداری با هر یک از عوامل روان‌شناختی مذکور دارند و برخی پژوهش‌گران معتقدند خصوصیات اخیر شاخص‌های مناسب‌تری از خطرات روان‌شناختی محسوب می‌شوند (کاپلان، سادوک و سادوک، ۲۰۰۷). همه این علایم و عوارض، اثرات متفاوت و قابل توجهی بر کارایی و کیفیت زندگی فرد می‌گذارد. شدت یافتن این علایم، ناتوانی را برای این افراد به همراه خواهد داشت که مزید بر ناتوانی ناشی از علایم جسمی آن‌ها می‌باشد (عطاری‌مقدم، ۲۰۰۵). بررسی‌ها نشان داده‌اند که انفارکتوس میوکارد (MI) اثرات منفی بر سلامت و کیفیت زندگی بیماران داشته و معمولاً بیماران با آنژی صدری و یا سایر علایم قلبی، سلامت و کیفیت زندگی پایین‌تری را گزارش می‌کنند (کریستوفرزون و همکاران، ۲۰۰۵؛ بنگتسون و همکاران، ۲۰۰۴). محققان در بررسی‌ها به این نتیجه رسیدند که میزان اضطراب در بیماران قلبی عروقی زیاد است (فرشر اسمیت و لسپرنس، ۲۰۰۸) و در صورت عدم درمان، خطر رویداد قلبی بعدی را افزایش می‌دهد (شن و همکاران، ۲۰۰۸).

یکی از مسایل تاثیرگذار، سلامت معنوی می‌باشد. بعد معنوی سلامتی یکی از ابعاد سلامتی است که منعکس‌کننده‌ی احساسات، رفتارها و شناخت‌های مثبت از ارتباطات با خود، دیگران، طبیعت و موجودی برتر است. این بعد از سلامتی، باعث می‌شود فرد دارای هویت یکپارچه رضایت، شادی، عشق، احترام، نگرش‌های مثبت، آرامش درونی، هدف و جهت در زندگی باشد (هسیانو، چین، وو، چیانگ و هوانگ، ۲۰۱۰). از نظر الیسون، مفهوم سلامت معنوی از دو مولفه تشکیل شده است که سلامت وجودی، یک عنصر روانی-اجتماعی است و نشانه‌ی احساس فرد است از این که کیست، چه کاری و چرا انجام می‌دهد و به کجا تعلق دارد. این دو بعد در عین منفک بودن، با هم تعامل و همپوشی دارند (گلد، ۲۰۱۱). در پیشینه نظری عمل گذشت بدون استثناء به صورت زنده کردن پیوند ها و التیام زخم‌های درونی گزارش شده است؛ اما هنوز پذیرش این فن درمانی از سوی مشاوران جوان‌تر محدود است. به نظر می‌رسد دو دلیل اصلی وجود دارد که باعث بی میلی استفاده از این تکنیک روان‌درمانی موثر می‌شود: چون معمولاً گذشت ریشه مذهبی داشته است و مشاوران آن‌را در این حیطه می‌دیدند به گذشت، دیدگاه درمانی نداشتند و مذهب را به عنوان عامل موثر گذشت می‌شناختند. بنابراین برای استفاده از آن جهت گذشت‌های دنیوی از واژه‌ی بین فردی استفاده می‌شود که نشان می‌

دهد این فرایند بین دو نفر روی می‌دهد تا از گذشتی که میان خدا و انسان مبادله می‌شود متمایز می‌گردد. دلیل دوم محدود شدن پذیرش گذشت بخاطر بنیاد نظری محدود آن است (گرین و همکاران، ۲۰۱۲).

امروزه هر فرد در زندگی روزمره به شکلی استرس را تجربه می‌کند و به ناچار سعی می‌کند با اتخاذ شیوه منحصر به فرد به آن عوامل پاسخ‌گو باشد. استرس یا تنیدگی، نیروی ویژه‌ای است که به شی فشار وارد کرده و تغییرات موقتی و پایداری در ساختار آن بوجود می‌آورد (پور، باریبال، فیتزپاتریک و رابرتز، ۲۰۱۱). در زندگی امروزی بیش از هر زمانی دیگر شاهد بروز استرس و عوارض ناشی از آن است. هنگامی که فرد در محیط کار یا زندگی با شرایطی روبه‌رو می‌شود که این شرایط یا ظرفیت‌ها و امکانات کنونی وی هماهنگی ندارد، دچار تعارض و کشمکش‌های درونی می‌شود. روش‌های بسیاری برای مقابله با استرس وجود دارد. بسیاری از این روش‌ها ماهیت روان‌شناختی دارند. افراد متفاوت با توجه به ویژگی‌های شخصیتی خود، هر یک روشی را برای مقابله با استرس بر می‌گزینند. برخی سعی می‌کنند به مشکلات زندگی با دید مثبت بنگرند، بعضی به دنبال حمایت‌های اجتماعی می‌گردند و عده‌ای دیگر از آن می‌گریزند. به کارگیری راهبردهای مقابله‌ای مناسب به مردم کمک می‌کند تا با استرس و تأثیرات ناشی از آن کنار بیایند. راهبردهای مقابله‌ای به روش‌های آگاهانه و منطقی مدارا با استرس‌های موجود در زندگی اشاره دارد. این اصطلاح برای روش‌های مبارزه با استرس مورد استفاده قرار می‌گیرد (فولکمن، ۲۰۱۰). مطالعات زیادی در زمینه اثرات مثبت معنویت و مذهب بر جنبه‌های مختلف سلامت مادران دارای فرزند بیمار صورت گرفته است (دارداس و احمد، ۲۰۱۵). رویکردهای معنوی را می‌توان تحت سبک‌های مقابله مذهبی مثبت و منفی عنوان نمود. مقابله مذهبی مثبت سبک‌هایی از مواجهه با رویدادهای منفی زندگی است که در آنها، فرد با بهره‌گیری از ارزیابی‌ها و تغییرهای مثبت مرتبط با یاری پروردگار به استقبال رویدادها می‌رود. برای مثال، فرد معتقد است که در هنگام مواجهه با یک رویداد دردناک خدا او را تنها نخواهد گذاشت؛ اما در شکل دیگری از مقابله که با نام مقابله مذهبی منفی نامگذاری شده است، فرد رابطه‌ی اجتنابی و نامطمئن با خدا برقرار می‌نماید. برای مثال، فرد معتقد است که خدا در لحظه‌های سخت وی را تنها خواهد گذاشت

درمان‌های روان‌شناختی برای افزایش سلامت معنوی و بخشش و راهبردهایی برای مقابله با استرس وجود دارد که شامل درمان‌های روان‌شناختی مثل رفتار درمانی شناختی و درمان مبتنی بر ذهن آگاهی است. درمان مبتنی بر ذهن آگاهی به مراجعان کمک می‌کند که به افکار و احساسات‌شان کم‌تر معنی واقعی دهند و مشاهده‌ی واکنش‌های شخصی در پریشانی روانی و پیشرفت به سمت ارزش‌های زندگی را یاد بگیرند با توجه به تحقیقات صورت گرفته در این زمینه می‌توان گفت که پژوهش‌ها به رابطه درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر سلامت معنوی، بخشش و راهبردهای مقابله‌ی مذهبی تاکید کرده‌اند (کویل، ۲۰۱۳). به طور مستقیم این مداخلات به جای تمرکز روی تغییر رویدادهای روانی، به دنبال تغییر عملکرد این رویدادها و رابطه‌ی فرد با آنها، از طریق استراتژی‌هایی مثل تمرکز حواس، پذیرش و همجوشی شناختی هستند (باتینک و همکاران، ۲۰۱۳). مطالعات نشان می‌دهد که درمان ذهن آگاهی با انواع پیامدهای سلامتی نظیر کاهش درد (کابات زین، ۲۰۰۳)، اضطراب و افسردگی (کابات زین و همکاران، ۲۰۰۳) و استرس (اسپیکا و همکاران،

۲۰۰۰) ارتباط دارد. مطالعه کابات - زین (۲۰۰۳) نشان داد که درمان با استفاده از ذهن آگاهی در افزایش آرام بخشی عضلانی و کاهش نگرانی و افسردگی بیماران جسمی موثر است. تحقیقات دیگر نشان داده‌اند که ذهن آگاهی، خلق را بهبود می بخشد و آموزش کوتاه مدت آن، افسردگی را کاهش می دهد (زیدان و همکاران، ۲۰۱۲). آموزش ذهن آگاهی بر افسردگی، اضطراب و سازگاری روان شناختی بیماران تاثیر دارد (بوهلمیجر و همکاران، ۲۰۱۲) و درمان مبتنی بر ذهن آگاهی به بهبود نشانه‌های استرس، اضطراب و افزایش عزت نفس منجر می گردد (گلدین و همکاران، ۲۰۱۰). بر اساس مطالعات پیشین، آموزش ذهن آگاهی، باعث کاهش نشانه‌های اضطراب و افسردگی در بیماران جسمی می‌شود (ایوانز و همکاران، ۲۰۰۸)، بهبود کیفیت زندگی و کاهش افسردگی را در پی دارد (دیدیدسون و همکاران، ۲۰۰۳) و از عود افسردگی و اضطراب پیشگیری می‌کند (کاوایانی و همکاران، ۲۰۰۵). در پژوهشی که توسط چو (۲۰۱۶) در مورد تاثیر درمان ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس انجام شد نشان داد که این درمان می‌تواند بر کنترل عوامل خطرزای بیماری عروق کرونر هم‌چون فشار خون بالا، دیابت نوع دوم، استرس روانی، چاقی، سیگار کشیدن و بهبود عملکرد در هنگام ورزش‌های شدید و ضربان قلب مفید است. همچنین پژوهش فرهادی، موحدی، کریمی‌نژاد و موحدی (۱۳۹۲) در مورد تاثیر ذهن آگاهی مبتنی بر درمان شناختی بر افسردگی بیماران مرد دارای بیماری عروق کرونر نشان دادند که تفاوت معناداری بین دو گروه آزمایش و کنترل از نظر افسردگی بلافاصله و پس از دو ماه پیگیری در گروه آزمایش وجود دارد. از این رو پژوهش حاضر به دنبال پاسخ به این سوال است که آیا درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر سلامت معنوی، بخشش و راهبردهای مقابله‌ی مذهبی بیماران قلبی شهر اصفهان تاثیر دارد؟

روش پژوهش

پژوهش حاضر با روش نیمه‌تجربی و از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل انجام شد و هدف آن تعیین اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر سلامت معنوی، بخشش و راهبردهای مقابله‌ی مذهبی بیماران قلبی شهر اصفهان بود. از بین کلیه بیماران مبتلا به بیماری‌های قلبی-عروقی که بین ماه‌های شهریور تا آذر ۱۳۹۵ در بیمارستان قلب شهید چمران اصفهان بستری بودند و بیماری قلبی آن‌ها محرز گردیده بود. معیار تشخیص بیماری قلبی عروقی، تشخیص مندرج در پرونده پزشکی بیمار توسط متخصص قلب و عروق بود. در این بررسی ۳۰ نفر بیمار مبتلا به بیماری قلبی عروقی که تمایل به شرکت در پژوهش داشتند از بین ۶۷ بیمار واجد ملاک‌های پژوهش انتخاب و به طور تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل اختصاص یافتند. حجم نمونه در با توجه به اندازه اثر و واریانس به دست آمده از آزمون پایلوت و توان ۰/۸ و با استفاده از نرم‌افزار G-Power محاسبه شد. به طور کلی از بین ۶۷ نفر، تعداد ۳۰ نفر واجد شرکت در پژوهش بودند و شرکت‌کنندگان در دو گروه ۱۵ نفری در پژوهش شرکت کردند.

به این ترتیب از این تعداد ۱۵ نفر (۸ زن و ۷ مرد) در گروه آزمایشی و ۱۵ نفر (۹ زن و ۶ مرد) در گروه کنترل جایگزین شدند. گزینش نمونه این پژوهش به این طریق بود که به بیماران واجد شرایط بستری شده در بیمارستان تخصصی قلب شهید چمران، اطلاعات مختصری راجع به طرح پژوهشی، اهداف آن و شیوه اجرای درمان داده می‌شد. در نهایت افراد واجد شرایط، به عنوان

گروه نمونه، در پژوهش حضور یافتند. بیماران گروه آزمایش در کنار دریافت مراقبت‌های معمول پزشکی، به مدت ۸ جلسه ۱/۵ ساعته به صورت هفتگی تحت درمان ذهن آگاهی قرار گرفتند؛ اما بیماران گروه کنترل در این مدت تنها مراقبت‌های معمول پزشکی دریافت نمودند. بیماران هر دو گروه هم در خط پایه و هم بلافاصله پس از پایان مداخله، به پرسشنامه‌های پژوهش پاسخ دادند. معیار ورود به این پژوهش شامل حداکثر سن ۷۰ سال، داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن، توانایی گوش کردن عادی و رضایت آگاهانه برای شرکت در جلسات درمانی بود. معیار خروج از روند درمان شامل وجود اختلالات روانی نیازمند درمان‌های فوری، ایجاد اختلال در روند طبیعی درمان، عدم همکاری و ناتوانی جسمی شدید بود. ملاحظات اخلاقی پژوهش حاضر به شرح ذیل بودند:

- ۱- کلیه افراد به صورت کتبی اطلاعاتی در مورد پژوهش دریافت کرده و در صورت تمایل در پژوهش مشارکت می‌نمودند. ۲- این اطمینان به افراد داده شد که تمام اطلاعات محرمانه هستند و برای امور پژوهشی مورد استفاده قرار خواهند گرفت. ۳- به منظور رعایت حریم خصوصی، نام و نام خانوادگی شرکت‌کنندگان ثبت نشد.

پرسشنامه سلامت معنوی: جهت تعیین میزان سلامت معنوی از مقیاس پرسشنامه سلامت معنوی Ellison استفاده شد (الیسون و همکاران، ۲۰۱۰). این مقیاس یک پرسشنامه ۲۰ سوالی می‌باشد که ۱۰ عبارت آن سلامت مذهبی و ۱۰ عبارت دیگر سلامت وجودی را اندازه می‌گیرد. فرد پاسخگو نظر خود را در مورد هر عبارت بر روی یک مقیاس لیکرت شش گزینه‌ای از بسیار موافقم تا بسیار مخالفم مشخص می‌کند و دامنه نمرات بین ۲۰-۱۲۰ متغیر است و نمره بالاتر بر سلامت معنوی بهتر دلالت دارد. سلامت معنوی به سه سطح پایین (۴۰-۲۰)، متوسط (۹۹-۴۱) و بالا (۱۲۰-۱۰۰) تقسیم‌بندی می‌شود. ۲۰ گویه پرسشنامه به طور کلی فلسفه زندگی، برآیند داشتن هدف و معنی در زندگی، عشق و بخشش را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. سلامت وجودی به حس هدف‌مندی و رضایت از زندگی و سلامت مذهبی به رضایت حاصل از ارتباط با یک قدرت برتر یا خداوند اطلاق شده است (الیسون و همکاران، ۲۰۱۰). پایایی درونی این پرسشنامه با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۹ مورد تایید قرار گرفت (جهانی و همکاران، ۲۰۱۲). پایایی این پرسشنامه در این پژوهش با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۱ گزارش شد.

پرسشنامه بخشش: پرسشنامه بخشش توسط Ray et al ساخته شده است که از ۱۵ گویه و ۲ خرده مقیاس فقدان احساس منفی (۱۰ سوال) و وجود احساس مثبت (۵ سوال) تشکیل شده است که به منظور سنجش بخشش در افراد بکار می‌رود (ری و همکاران، ۲۰۱۲). نمره گذاری پرسشنامه به صورت طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای می‌باشد که برای گزینه‌های «کاملاً مخالفم»، «مخالفم»، «نظری ندارم»، «موافقم» و «کاملاً موافقم» به ترتیب امتیازات ۱، ۲، ۳، ۴ و ۵ در نظر گرفته می‌شود. ری و همکاران روایی این پرسشنامه را مطلوب گزارش کرده و پایایی آن را طبق آلفای کرونباخ بالای ۰/۹۰ ذکر کرده است (ری و همکاران، ۲۰۱۲). پایایی این پرسشنامه در این پژوهش با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۹ گزارش شد.

پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای مذهبی: این ابزار دارای ۱۴ گویه جهت اندازه‌گیری راهبردهای مقابله مذهبی مثبت و منفی می‌باشد (پارگامنت و کوئینینگ، ۲۰۰۰). هر یک از مقیاس‌های مثبت و منفی شامل ۷ ماده آزمون مقابله مذهبی هستند. شیوه نمره‌گذاری به

صورت لیکرت ۴ گزینه‌ای از به هیچ وجه تا بسیار زیاد انجام می‌گیرد. مقابله مذهبی مثبت، سبک‌هایی از مواجهه‌شدن با رویدادهای منفی زندگی است که در آن فرد با بهره‌گیری از ارزیابی‌ها و تغییرهای مثبت مرتبط با یاری پروردگار به استقبال رویدادها می‌رود؛ اما در شکل دیگر از مقابله که با نام مقابله منفی نام‌گذاری شده است، فرد رابطه اجتنابی و نامطمئن با خدا برقرار می‌نماید (پارگامنت و کوئینینگ، ۲۰۰۰). پارگامنت و همکاران (۲۰۰۰)، ضریب پایایی درونی (آلفای کرونباخ) مقیاس مقابله مذهبی را ۰/۸۰ گزارش نموده‌اند. پایایی این پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۹ گزارش شد.

برنامه درمانی طبق پروتکل کابات-زین و همکاران (۱۹۹۲) که در تحقیقات مختلفی مورد مطالعه قرار گرفته است اجرا شد.

جدول ۱. جلسات آموزش مهارت‌های ذهن آگاهی (کابات-زین و همکاران، ۱۹۹۲)

جلسات	شرح جلسات
اول	مراقبه و تمرین آگاهی، تکنیک خوردن کشمش ۴۵ دقیقه واری بدن و صحبت در مورد احساسات ناشی از آن و تکالیف خانگی حضور ذهن در لحظه و بست دادن تکنیک خوردن کشمش به سایر فعالیت‌ها.
دوم	بحث در مورد تکالیف خانگی موانع تمرین و راه‌حل‌های ذهن آگاهی برای آن، مراقبه و تمرین آگاهی، تمرین حضور ذهن، ۴۵ دقیقه واری بدن مراقبه نشسته، تنفس در طول روز، تکلیف خانه: انجام واری بدن به مدت ۴۵ دقیقه و افزایش سطح آگاهی در فعالیت‌های روزانه مانند غذا خوردن، حمام کردن، نشستن و مسواک زدن.
سوم	بحث در مورد تکالیف خانه، تمرین مراقبه ۴۵ دقیقه و واری بدن، افسانه‌هایی در مورد مراقبه و تکمیل تقویم وقایع خوشایند تمرین فضای تنفسی ۳ دقیقه‌ای. تکلیف خانه: ثبت تقویم وقایع خوشایند، تداوم فعالیت‌های روزانه همراه با آگاهی و تمرین مراقبه.
چهارم	مرور تکالیف خانه، تمرین مراقبه ۴۵ دقیقه و واری بدن، واکنش به استرس، تمرین فضای تنفسی ۱ دقیقه‌ای، تکمیل تقویم وقایع ناخوشایند و تداوم فعالیت‌های روزانه. تکلیف خانه: تکمیل تقویم وقایع ناخوشایند و تمرین ۳ دقیقه‌ای فضای تنفسی.
پنجم	بررسی تکالیف خانه، تمرین مراقبه ۴۵ دقیقه ای و واری بدن، گزارش فضای تنفسی ۳ دقیقه‌ای، تکمیل کار برگ ارتباطی جهت تمرکز بر تعاملاتی که طی هفته با افراد مهم زندگی تان دارید. تکلیف خانه: تکمیل برگه کار برگ ارتباطی و فعالیت‌های روزانه همراه با آگاهی.
ششم	بررسی تکالیف خانه، تمرین مراقبه ۴۵ دقیقه‌ای و واری بدن، سبک‌های مدیریت تعارض، بحث در مورد پاسخ‌های استرس و واکنش‌های فرد به موقعیت‌های دشوار و نگرش‌ها و رفتارهای جایگزین. تکلیف خانه: تمرین‌های مراقبه ۴۵ دقیقه‌ای و واری بدن، تداوم فعالیت‌های روزانه.

<p>بررسی تکالیف خانه، تمرین‌های مراقبه ۴۵ دقیقه‌ای و واریسی بدن، بحث در مورد فرآیند درد، رهایی از درد و فرآیندهای خشم، گزارش درد. تکالیف خانه: مراقبه ۴۵ دقیقه‌ای و واریسی بدن، تداوم فعالیت‌های روزانه و گزارش درد.</p>	هفتم
<p>مرور تکالیف خانه، تمرین مراقبه ۴۵ دقیقه‌ای و واریسی بدن، فضای تنفسی ۳ دقیقه‌ای و صحت در مورد آنچه تا کنون یاد گرفته‌اند مطرح کردن سوالات در مورد کل جلسه از این قبیل که آیا شرکت‌کنندگان به انتظارات خود دست یافته‌اند؟ آیا احساس می‌کند شخصیت‌شان رشد کرده است؟ آیا احساس می‌کنند مهارت‌های مقابله‌شان افزایش یافته و آیا دوست دارند مراقبه ادامه دهند.</p>	هشتم

داده‌های آماری با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی میانگین و انحراف معیار برای توصیف متغیرها و ویژگی‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌های پژوهش؛ آزمون کلموگروف-اسمیرنف (جهت رعایت پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات در جامعه)، آزمون لون و همگنی شیب از رگرسیون؛ تحلیل کواریانس چند متغیری (مانکوا) و تحلیل کواریانس یک راهه (آنکوا) و با نرم افزار SPSS (نسخه ۲۲) تحلیل شدند.

یافته‌ها

از بین ۳۰ شرکت‌کننده در پژوهش حاضر، ۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل با ابزارهای پژوهش مورد ارزیابی قرار گرفتند. میانگین سن آزمودنی‌ها در گروه آزمایش ۴۲/۷ با انحراف استاندارد ۵/۷۷ و گروه گواه ۴۶/۴ با انحراف استاندارد ۶/۶۳ بود که دامنه‌ی سنی از ۲۷ تا ۶۸ سال را شامل می‌شد. تمامی شرکت‌کنندگان این پژوهش، بیماران قلبی عروقی شهر اصفهان بودند. از بین ۳۰ نفر آزمودنی، ۸ نفر (۲۶/۶٪) قبلاً عمل جراحی قلب را تجربه کرده بودند.

جدول ۲- میانگین، انحراف استاندارد برای نمرات متغیرهای پژوهش در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	
سلامت معنوی	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
	آزمایش	۲۸/۵۳	۶/۴۵	۵۱/۵۳	۷/۷۱
	کنترل	۳۱	۵/۴۹	۳۳/۴۰	۶/۵۷
	آزمایش	۲۰/۴۶	۵/۳۵	۲۳/۲۰	۴/۱۴
سلامت وجودی	کنترل	۳۰/۹۳	۳/۲۸	۲۷/۹۳	۵/۳۹
	آزمایش	۱۲/۱۳	۳/۰۶	۱۵/۰۶	۳/۶۵
بخشش	کنترل	۱۶/۵۳	۳/۳۳	۱۷/۴۶	۳/۸۷
	آزمایش	۱۳/۹۳	۲/۹۶	۲۰/۶۶	۳/۹۷

راهبردهای مقابله‌ای					
۳/۰۶	۱۶/۴۰	۳/۸۲	۱۵/۹۳	کنترل	وجود احساس مثبت
۲/۹۴	۱۸/۳۳	۳/۰۳	۱۸/۲۶	آزمایش	
۴/۰۳	۲۱/۸۰	۴/۲۶	۲۰/۷۳	کنترل	راهبرد مثبت
۲/۲۹	۱۰/۵۳	۴/۲۲	۱۳/۶۶	آزمایش	راهبرد منفی
۴/۲۸	۱۵/۶۰	۳/۳۰	۱۵/۰۶	کنترل	
۷/۸۱	۷۴/۷۳	۱۱/۴۰	۴۹	آزمایش	نمره کل سلامت معنوی
۶/۹۱	۶۱/۳۳	۶/۹۲	۶۱/۹۳	کنترل	
۴/۴۳	۳۵/۷۳	۴/۳۵	۲۶/۰۶	آزمایش	نمره کل بخشش
۶/۰۱	۳۳/۸۶	۴/۹۵	۳۲/۴۶	کنترل	
۲/۸۷	۲۸/۸۶	۵/۶۲	۳۱/۹۳	آزمایش	نمره کل راهبردهای مقابله‌ای
۶/۱۱	۳۷/۴۰	۴/۷۲	۳۵/۸۰	کنترل	

از آنجایی که قرار است در پژوهش حاضر از روش تحلیل کوواریانس استفاده شود، پیش‌فرض‌های نرمال بودن داده‌ها، همگنی واریانس‌ها و همگنی رگرسیون مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد از بین زیر مقیاس‌های مربوط به سلامت معنوی، بخشش و راهبردهای مقابله‌ای، هیچ یک از خرده مقیاس‌ها در آزمون لون معنادار نیستند؛ بنابراین می‌توان گفت که هر دو گروه از نظر متغیرهای پژوهش، قبل از شروع مداخله از لحاظ واریانس‌ها همگن بوده‌اند ($P > 0/05$). بررسی مفروضه نرمال بودن توزیع داده‌ها حاکی از آن بود که تمامی زیر مقیاس‌های سلامت معنوی، بخشش و راهبردهای مقابله‌ای از مفروضه نرمال بودن پیروی می‌کنند ($P > 0/05$). همچنین با توجه به این که هیچ کدام از خرده مقیاس‌های سلامت معنوی، بخشش و راهبردهای مقابله‌ای در بررسی همگنی رگرسیون، معنادار نبودند ($P > 0/05$) می‌توان نتیجه گرفت که فرض همگنی رگرسیون برقرار است.

برای بررسی تفاوت در دو گروه آزمایش و کنترل در مورد خرده مقیاس‌های سلامت معنوی از تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد. ارزیابی ویژگی داده‌ها نشان داد که مفروضه آماری همسانی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس برای مؤلفه‌های سلامت معنوی ($P > 0/05$, Box's M = 1/47) برقرار است و بنابراین برای ارزیابی معناداری اثر چندمتغیری از شاخص لامبدای ویلکز استفاده شد. شاخص لامبدای ویلکز نشان داد که اثر گروه بر ترکیب خطی متغیرهای وابسته معنی‌دار است ($\text{partial } \eta^2 = 0/63$) و $P < 0/001$ ، $F = 23/73$ ؛ به عبارت دیگر، بین دو گروه آزمایش و کنترل حداقل در یکی از مؤلفه‌های سلامت معنوی، بخشش و راهبردهای مقابله‌ای مذهبی تفاوت معنی‌داری به لحاظ آماری وجود دارد.

جدول ۳- نتایج آزمون تحلیل واریانس نمرات سلامت معنوی، بخشش و راهبردهای مقابله‌ای مذهبی در گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیر	SS	df	MS	F	P	Partial Eta Square
سلامت مذهبی	۲۴۶۶/۱۳	۱	۲۴۶۶/۱۳	۴۷/۹۷	۰/۰۰۰۱	۰/۶۳
سلامت وجودی	۱۶۸/۰۳	۱	۱۶۸/۰۳	۷/۲۶	۰/۰۱	۰/۲۰
فقدان احساس منفی	۴۳/۲۰	۱	۴۳/۲۰	۳/۰۴	۰/۰۹	۰/۰۹
وجود احساس مثبت	۱۳۶/۵۳	۱	۱۳۶/۵۳	۱۰/۸۳	۰/۰۰۳	۰/۲۷
راهبرد مثبت	۹۰/۱۳	۱	۹۰/۱۳	۷/۲۱	۰/۰۱	۰/۲۰
راهبرد منفی	۱۹۲/۵۳	۱	۱۹۲/۵۳	۱۶/۲۷	۰/۰۰۰۱	۰/۳۶

جدول ۳ نشان می‌دهد که گروه به صورت معناداری روی سلامت مذهبی ($\eta^2 = 0.63$, $F(1, 28) = 47.97, P < 0.001$) و سلامت وجودی ($\eta^2 = 0.20$, $F(1, 28) = 7.26, P < 0.01$)، وجود احساس مثبت ($\eta^2 = 0.27$, $F(1, 28) = 10.83, P < 0.003$)، فقدان احساس منفی ($\eta^2 = 0.09$, $F(1, 28) = 3.04, P > 0.05$) و راهبرد مثبت ($\eta^2 = 0.20$, $F(1, 28) = 7.21, P < 0.05$) و راهبرد منفی ($\eta^2 = 0.36$, $F(1, 28) = 16.27, P < 0.01$) تأثیر دارد. گروه اثر معناداری بر فقدان احساس منفی ($\eta^2 = 0.09$, $F(1, 28) = 3.04, P > 0.05$) نداشت.

بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر سلامت معنوی، بخشش و راهبردهای مقابله‌ای مذهبی بیماران قلبی شهر اصفهان بود. نتایج پژوهش نشان می‌دهد که گروه به صورت معناداری روی سلامت مذهبی و سلامت وجودی تأثیر دارد. نتایج این یافته با نتایج پژوهش‌های فرهادی، موحدی، کریمی‌نژاد و موحدی (۱۳۹۲) و چو (۲۰۱۶) همسو و همخوان بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت که برنامه آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی زندگی با آموزش مهارت‌هایی چون روش‌های صحیح برقراری ارتباط این امکان را برای فرد فراهم می‌آورد که توانایی‌های لازم برای عمل کردن طبق معیارهای خود و دستیابی به پیامدهای مطلوب در یک موقعیت ویژه را در خود پرورش دهد. افزون بر این دانش فرد را افزایش می‌دهد و باورهای مثبت او را قوت می‌بخشد. آموزش ذهن آگاهی باعث می‌شود افراد شناخت بیشتری از خود پیدا کنند، نقاط قوت و ضعف خود را بشناسند و به نحوی از خودشناسی نائل شده و برای اصلاح نقاط ضعف و تقویت نقاط قوت خود اقدام کنند. نتایج این پژوهش نشان داد که گروه به صورت معناداری روی فقدان احساس منفی و وجود احساس مثبت تأثیر دارد.

در تبیین یافته‌های پژوهش می‌توان گفت که هدف اصلی در رویکرد مبتنی بر ذهن آگاهی آن است که فرد با کنترل موثر تنش‌هایی که لاجرم برای او ایجاد کرده، یک زندگی پر بار و معنادار برای خود ایجاد نماید. رویکرد مبتنی بر ذهن آگاهی معتقد است که به محض آن‌که تجارب خصوصی (افکار، تصورات، احساسات، خاطرات و طغیان‌های درونی) برجسب علایم و نشانه‌ها می‌خورند، بلادرنگ نزاع و کشمکشی با آنان شروع می‌شود، زیرا علایم به عنوان یک موضوع آسیب‌زا و مرضی معنی می‌گردند. پژوهش‌گران عقیده دارد که بخشش عبارت از فرآیند چشم‌پوشی ارادی از حق عصبانیت و انزجار از عمل ارتكابی زبان‌بخش است. در چارچوب چنین تعریفی، شخص متألم رفتاری گرم و توأم با مهربانی با فرد خاطی دارد، گرچه ممکن است عمل ارتكابی زبان‌بخش موجب انزجار شود و در واقع، بخشش ابزاری مهم برای حفظ روابط پایدار و دراز مدت است (کاوایانی و همکاران، ۲۰۰۵). بخشش به بیماران برای مقابله با مشکلات موجود و پیشگیری از بروز آن‌ها در آینده کمک می‌کند. همچنین نتایج این پژوهش نشان داد که گروه به صورت معناداری روی فقدان راهبرد مثبت و راهبرد منفی تأثیر دارد. همچنین در تبیین نتایج این پژوهش می‌توان گفت درمان مبتنی بر ذهن آگاهی افراد را تشویق می‌کند که با ارزش‌های واقعی زندگی خود پیوند یابند و مجذوب آن‌ها گردند. پژوهشگران معتقد است که پذیرش، بحث‌های غیر مؤثر را به سمت بازگشایی در خلوص و تغییرات اساسی هدایت می‌نماید و فضایی را برای افراد باز می‌نماید تا افکار و احساساتشان را بدون تلاش برای تغییر بتواند فکر نمایند و احساس کنند (گلدین و گراس، ۲۰۱۰). محققان بر این باورند تمرینات تمرکزی کمک می‌نمایند تا فرد مستقیماً با وقایع استرس‌زا و تنش‌زای خود خصوصاً در جلسات درمانی تماس پیدا کند و افکار و هیجانات نامطلوب را به جای کنترل و یا کشمکش با آنها تجربه نماید. فرد نه تنها تجربه کامل افکار و هیجانات را دارد، بلکه به طرف مقابل نیز اجازه می‌دهد تا چنین تجربه‌ای داشته باشد. این درمان باعث افزایش راهبردهای مقابله‌ای مذهبی در بیماران قلبی عروقی می‌گردد. مهارت‌های مقابله با استرس دارای مفهوم گسترده و مولفه‌های شناختی و رفتاری چندی است و به طور کلی مقابله به عنوان کوششی برای افزایش سازگاری فرد با محیط یا تلاش به منظور پیشگیری از بروز پیامدهای منفی شرایط فشارزا توصیف شده است (چو، ۲۰۱۶).

پژوهش حاضر، همانند هر پژوهش دیگر محدودیت‌هایی داشته است که بیان آن‌ها می‌تواند یافته‌ها و پیشنهادها را پژوهش را تصریح کرده و پژوهش‌گران بعدی را در اتخاذ تدابیر مؤثر برای مقابله با تهدید روایی درونی و بیرونی طرح‌های پژوهشی یاری دهد. محدودیت‌های اساسی پژوهش حاضر شامل محدود بودن و دسترسی دشوار به نمونه‌ها بوده است. همچنین این پژوهش تنها بر روی جمعیت بیماران قلبی شهر اصفهان صورت گرفته و در تعمیم نتایج به دیگر مناطق و شهرهای دیگر باید جانب احتیاط را رعایت نمود. پیشنهاد می‌شود که این پژوهش در افراد با نمونه‌های دیگر نیز انجام شود و نتایج آن مورد ارزیابی و با نتایج این پژوهش مقایسه شود. پیشنهاد می‌شود که این پژوهش در سایر شهرها نیز صورت گیرد و نتایج آن مورد ارزیابی قرار گیرد. پیشنهاد می‌شود این پژوهش پس از آموزش گروهی به صورت مشاوره فردی نیز پیگیری شود. بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر پیشنهاد می‌شود، درمان‌گران از درمان مبتنی بر ذهن آگاهی در جهت افزایش سلامت معنوی، بخشش و راهبردهای مقابله‌ای

مذهبی برای بیماران قلبی بهره بگیرند. آموزش، کارورزی، بازآموزی مشاوران و درمان‌گران بالینی در استفاده از رویکرد درمان مبتنی بر ذهن آگاهی از دیگر پیشنهادها کاربردی این پژوهش است. نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد مشاوره‌های روان‌شناسی و رفتاری تأثیر زیادی بر سلامت معنوی، بخشش و راهبردهای مقابله‌ی مذهبی بیماران قلبی را به دنبال داشته باشد؛ بنابراین انجام مداخله‌های روان‌شناسی برای بهبود سلامت معنوی، بخشش و راهبردهای مقابله‌ی مذهبی این بیماران پیشنهاد می‌گردد. به نظر می‌رسد تمرین‌های شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، با افزایش آگاهی افراد نسبت به لحظه حال، از طریق فنونی مثل توجه به تنفس و بدن و معطوف کردن آگاهی به اینجا و اکنون، بر نظام شناختی و پردازش اطلاعات تأثیر دارد. لذا با توجه به موثر واقع شدن این نوع آموزش و با در نظر گرفتن سودمندی‌های این روش در زمینه بهبود راهبردهای مقابله مذهبی، سلامت معنوی و بخشش و با توجه به اینکه بیماران قلبی در وضعیت مهم و پرآشوبی به سر می‌برند، به کارگیری گسترده این درمان برای بیماران مبتلا به بیمار عروق کرونر توصیه می‌شود.

تشکر و قدردانی

از مسئولان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان جهت اعطای مجوزهای لازم و از پرسنل بخش قلب بیمارستان شهید چمران شهر اصفهان به خاطر همکاری‌شان قدردانی می‌گردد. همچنین از شرکت‌کنندگان در این پژوهش تشکر و قدردانی می‌شود.

تعارض در منافع

بین نویسندگان هیچ گونه تعارضی در منافع وجود ندارد.

تأییدیه اخلاقی

شرکت‌کنندگان در شرکت یا ترک همکاری‌شان در مطالعه، در هر زمان و بدون جریمه آزاد بودند. استدلال کافی برای ضرورت انجام مطالعه بر این گروه ارائه شده است. به تک‌تک افراد حفظ رازداری و محرمانه بودن اطلاعات شرح داده شد. به شرکت‌کنندگان اطمینان خاطر داده شد که نحوه گزارش نتایج پژوهش ضامن حقوق مادی و غیرمادی آنان و مربوط به تحقیق می‌باشد. در هیچ یک از مراحل پژوهش، هزینه‌ای به فرد شرکت‌کننده تحمیل نشد.

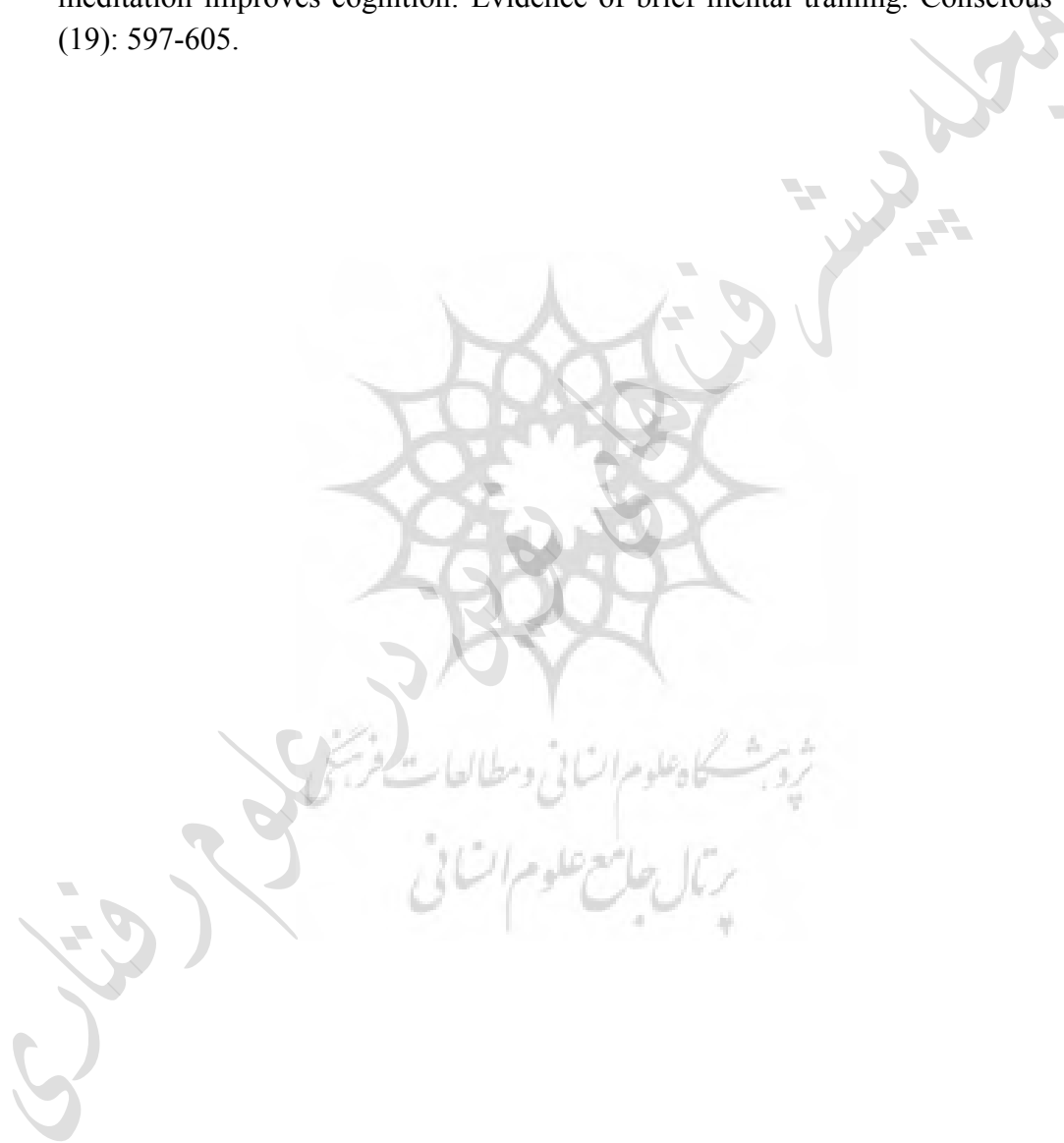
منابع

فرهادی، علی؛ موحدی، یزدان؛ کریمی‌نژاد، کلثوم؛ موحدی، معصومه (۱۳۹۲). تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افسردگی مردان مبتلا به بیماری عروق کرونر. نشریه پرستاری قلب و عروق. ۲(۴): ۱۴-۶.

- Fires AG, Teral TJ. (2002). Clinical psychology. FirozBakht M. (Persian translator). 5th ed. Tehran: Roshd Publication. 343-68.
- Ali Pour A. (2011). An Introduction to health psychology. 2nd ed. Tehran: Payam Noor University. 2011;120-88.
- Atarimoghadam J. (2005). Assess the symptom prevalence and diagnostic and therapeutic procedure in patients with MS. MA Dissertation. Tehran: Iran University of Medical Sciences. 74-87.
- Bengtsson I, Hagman M, Währborg P, Wedel H. (2004). Lasting impact on health-related quality of life after a first myocardial infarction. *Int J Cardiol*. 97(3):509-16.
- Bohlmeijer E, Prenger R, Taal E, Cuijpers P. 2012. The effects of mindfulness-based stress reduction therapy on mental health of adults with a chronic medical disease: A meta-analysis. *J Psychosom Res*. (68): 539-544.
- Cho, K. I. (2016). Women, Stress and Heart Health: Mindfulness-Based Stress Reduction and Cardiovascular Disease. *Kosin Medical Journal*, 31(2), 103-112.
- Coyle, J. (2013). *The effects of a one day forgiveness workshop on levels of self-reported stress, anger, forgiveness, and physical health in a community based population* (Doctoral dissertation, Chestnut Hill College).
- Davidson, R. J., Kabat-zinn, J., Schumacher, J., Rosenkranz, M., Muller, D., Santorelli, S. F. 2003. Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosomatic Medicine*, 65: 564-570.
- Ellison, C. G., Roalson, L. A., Guillory, J. M., Flannelly, K. J., & Marcum, J. P. (2010). Religious resources, spiritual struggles, and mental health in a nationwide sample of PCUSA clergy. *Pastoral psychology*, 59(3), 287-304.
- Evans S, Ferrando S, Findler M, Stowell C, Smart C, Haglin D. 2008. Mindfulness-based cognitive therapy for generalized anxiety disorder. *J Anxiety Disord*. (22): 716-721.
- Folkman, S. (2010). Stress, coping, and hope. *Psychology*, 19(9), 901-908.
- Frasure Smith N, Lesperance F. (2008). Depression and anxiety as predictors of 2-year cardiac events in patients with stable coronary artery disease. *Arch Gen Psychiatry*. 65(1):62-71.
- Gold, J. M. (2011). *Counseling and spirituality: Integrating spiritual and clinical orientations*. Pearson Higher Ed.

- Goldin PR, Gross JJ. 2010. Effects of mindfulnessbased stress reduction (MBSR) on emotion regulation in social anxiety disorder. *Emotion*. (10): 83-91.
- Green, M., DeCourville, N., & Sadava, S. (2012). Positive affect, negative affect, stress, and social support as mediators of the forgiveness-health relationship. *The Journal of social psychology*, 152(3), 288-307.
- Hsiao, Y. C., Chien, L. Y., Wu, L. Y., Chiang, C. M., & Huang, S. Y. (2010). Spiritual health, clinical practice stress, depressive tendency and health promoting behaviours among nursing students. *Journal of advanced nursing*, 66(7), 1612-1622.
- Jahani, A., Rejeh, N., Heravi-Karimooi, M., Hadavi, A., Zayeri, F. and Khatooni, A.R., 2012. The relationship between spiritual health and quality of life in patients with coronary artery disease. *Islamic lifestyle centered on health*, 1(2), pp.17-21.
- Kabat-Zinn J, Massion AO, Kristeller J, Peterson LG, Fletcher KE, Pbert L, Lenderking WR, Santorelli SF. 1992. Effectiveness of a meditationbased stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *Am J Psychiatry*. (149): 936-943.
- Kabat-Zinn, J. 2003. Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10: 144–156.
- Kaplan H, Sadook VA, Sadook B. (2007). Summary of Psychiatry. Rezaee F. 4th ed. Tehran: Arjmand Publication. 445-7.
- Kaviani, H., Javaheri, F., & Boheiraei, H. 2005. The Effectiveness of Cognitive therapy based on Minfulness in decreasing negative automatic thoughts, dysfunction attitude, depression and anxiety: 60 days follow-up. *New cognitive sciences*. 1,7: 49-59.
- Kristofferzon ML, Löfmark R, Carlsson M. (2005). Perceived coping, social support, and quality of life 1 month after myocardial infarction: a comparison between Swedish women and men. *Heart Lung*. 34(1):39-50.
- Pargament, K.I., Koenig, H.G. and Perez, L.M., 2000. The many methods of religious coping: Development and initial validation of the RCOPE. *Journal of clinical psychology*, 56(4), pp.519-543.
- Por, J., Barriball, L., Fitzpatrick, J., & Roberts, J. (2011). Emotional intelligence: Its relationship to stress, coping, well-being and professional performance in nursing students. *Nurse education today*, 31(8), 855-860.
- Ray, B., Dollar, C.B. and Thames, K.M., 2011. Observations of reintegrative shaming in a mental health court. *International Journal of Law and Psychiatry*, 34(1), pp.49-55.
- Shen BJ, Avivi YE, Todaro JF, Spiro A, Laurenceau JP, Ward KD, et al. (2008). Anxiety characteristics independently and prospectively predict myocardial infarction in men: the unique contribution of anxiety among psychologic factors. *J Am Coll Cardiol*. 51:113-9.

- Speca M, Carlson LE, Goodey E, Angen M. 2000. 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. *Psychosom Med.* 62(5): 613-22.
- Zeidan F, Johnson SK, Diamond BJ, David Z, Goolkasian P. 2012. Mindfulness meditation improves cognition: Evidence of brief mental training. *Conscious Cogn.* (19): 597-605.



The effect of mindfulness-based therapy on spiritual health, forgiveness and religious coping strategies in people with cardiovascular disease

Masoumeh Navaser¹, Saman Darikvand², Farzaneh Nourian³, Sara Bamdad⁴

1. MA, Islamic Azad University of Ahvaz, Iran.
2. M.A, University of Garmsar, Garmsar, Iran.
3. M.A, Islamic Azad University, Saveh, Iran.
4. MA, Islamic Azad University of Khomeini Shahr, Isfahan, Iran.

Cardiovascular diseases are chronic diseases. This is due to the nature of their disease and reduce mental health disease. The purpose of this study, the effect of mindfulness-based therapy on the spiritual, religious forgiveness of cardiac patients and coping strategies in Isfahan. This was a quasi-experimental study with pre-test and posttest scheme and control group. Among all patients with cardiovascular disease between September to December 2016 in Isfahan Chamran Hospital were hospitalized martyr were divided randomly into experimental and control groups. spiritual health questionnaires, forgiveness and coping strategies were among them. Data using multivariate analysis of covariance and covariance analysis and software SPSS.22 were analyzed. Group significantly on spirituality Health ($F=47.97$, $P<0.001$) and health ($F=7.26$, $P<0.001$), there is a positive feeling ($F=10.83$, $P<0.001$), the lack of a positive strategy ($F=7.21$, $P<0.001$) and negative strategy ($F=16.27$, $P<0.001$) has an effect. Group significant impact on the lack of negative emotion ($F=3.40$, $P<0.001$). The results of this study can be to increase spiritual health, forgiveness and religious coping strategies in cardiovascular patients. Therefore, psychological intervention to improve spiritual well-being, forgiveness and religious coping strategies are recommended.

Keywords: Mindfulness-based therapy, spiritual health, forgiveness, religio