اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن در کاهش اضطراب بیماران کرونر قلبی: با پیگیری دو ماهه

علی فرهادی[1]، معصومه موحدی[2]، یزدان موحدی[3]

۱- استادیار، گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم آباد، ایران.

۲- کارشناس ارشد مشاوره خانواده، مرکز مشاوره، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم آباد، ایران.

۳- کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.

یافته / دوره پانزدهم / شماره ۴ / پاییز ۹۲ / مسلسل ۵۷

چکیده

دریافت مقاله: ۹۲/۵/۲۱ ، پذیرش مقاله: ۹۲/۶/۱۰

مقدمه: از مسائل مهمی که بیماران قلبی با آن روبرو هستند مشکلات روحی و روانی همچون اضطراب می باشد، که تقریباً ۶۵ درصد بیماران آن را تجربه می کنند و به همین سبب موجب تأخیر در بازگشت به کار، کاهش کیفیت زندگی و افزایش خطر مرگ می شود. هدف از این پژوهش تعیین و مقایسه میانگین اضطراب مبتلایان قبل، بعد و دو ماه بعد از مداخله در دو گروه (کنترل و آزمایش) بود.

مواد و روش‌ها: این پژوهش، مطالعه ای آزمایشی، دو گروهی و سه مرحله ای است که بر روی ۴۰ مرد مبتلا به بیماری کرونر قلب که به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند انجام شد. ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه اضطراب بک بود و به منظور دستیابی به نتایج از نرم افزار SPSS 19 و تحلیل کوواریانس استفاده شد. شرکت کنندگان در این پژوهش قبل، بعد و در دوره پیگیری مداخله به کمک پرسشنامه اضطراب بک مورد بررسی قرار گرفتند.

یافته‌ها: با توجه به یافته ها ملاحظه شد که اضطراب مبتلایان بعد و دو ماه بعد از مداخله کاهش قابل توجهی در مقایسه با قبل از مداخله داشته است و با سطح $P < ۰/۰۱$ در گروه آزمایش تفاوت آماری معنی داری مشاهده گردید.

بحث و نتیجه‌گیری: با توجه به تأثیر درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن بر میزان اضطراب مبتلایان و تداوم اثر آن، به کارگیری این روش در همه سطوح پیشگیری و درمان مبتلایان به بیماریهای جسمی ضروری بنظر می رسد.

واژه‌های کلیدی: حضورذهن، اضطراب، بیماری قلبی.

آدرس مکاتبه: خرم آباد، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، مرکز مشاوره

پست الکترونیک: masumemovahedi@yahoo.com

مقدمه

اگرچه در دو دهه اخیر پیشرفت های زیادی در درمان بیماران قلبی اتفاق افتاده است، اما شیوع بیماری کرونری قلب در حال افزایش است. به طوری که نزدیک ۱۵ میلیون نفر در جهان به این بیماری مبتلا هستند (۱). طبق گزارش های محققین، این بیماری یکی از پرهزینه ترین مخارج برای خدمات سلامت ملی است. برای مثال در کشور آمریکا در سال ۲۰۰۷ برآورد هزینه های مستقیم و غیر مستقیم این بیماری حدود ۳۳/۲ میلیون دلار بوده است و اکثر هزینه ها صرف مخارج بیمارستانی شده است (۲). این بیماری جدای از پیش آگهی ضعیف، محدودیت در فعالیت جسمی، قطع تعاملات اجتماعی، دیسترس های روانی، اضطراب، افسردگی، کاهش نشاط، افزایش وابستگی و بازنشتگی زودرس و تأثیر منفی بر کیفیت زندگی را تحمیل می کند (۳).

عوامل متعددی نظیر حالات اضطرابی و افسردگی، استرس های اجتماعی، تعارض و رفتار خصمانه می تواند به انقباض نابهنجاری کرونری، افزایش انسداد شریان کرونری، بی نظمی های بدخیم ضربان قلب و در نتیجه به ناتوانی قلب منجر شود (۴). به علاوه استرس های روانی- اجتماعی حاد و مزمن و هیجانات منفی می تواند پیدایش و پیامد شاخص های متعدد کرونری را تحت تأثیر قرار دهد (۵). چنین یافته هایی بر لزوم بررسی این متغیرها در سنجش و درمان بیماری قلبی تأکید می کنند. عوامل روانی- اجتماعی به طور مستقیم یا به واسطه عوامل خطر فیزیولوژیک، احتمال ابتلاء به بیماری قلبی را افزایش می دهند (۶). پژوهش ها نشان داده اند که استرس حاد و مزمن، از عمده ترین عوامل خطر بروز و سیر بیماری قلبی هستند (۷). اضطراب و افسردگی از شایع ترین پیامد بیماریهای حاد کرونری قلب است که این پیامدهای شایع به نوبه خود سیر این دسته از بیماری های قلبی را بدتر و وخیم تر می سازد. علائم شدید اضطراب و استرس حاد و مزمن طولانی مدت با سه برابر شدن خطر مرگ ناگهانی قلب همراه هستند (۸). شواهد فزاینده نشان می دهد که هیجانات منفی و اضطراب ممکن است بر سیستم قلبی- عروقی اثرات مزمن و حاد داشته باشند. اضطراب و استرس خانوادگی علاوه بر مسیرهای فیزیولوژیکی، باعث بی توجهی به رفتارهای مثبت سلامت می گردند و بیماری قلبی- عروقی را تحت تأثیر قرار می دهند (۱۰، ۹). اضطراب نیز در صورت عدم درمان باعث استمرار بیماری قلبی می شود (۱۱).

در زمینه درمان مشکلات روان شناختی بیماران قلبی مانند اضطراب، استرس و افسردگی رویکردهای مختلفی از جمله دارودرمانی، روان درمانی و درمان های ترکیبی به کار گرفته شده اند. در حوزه روان درمانی، درمان شناختی- رفتاری از دهه ۱۹۷۰ مطرح شده است، اما به دنبال بعضی انتقادات از این رویکرد، روشهای تلفیقی دیگری برای درمان این مشکلات ارائه شده است. به عنوان مثال، درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن[۱] مطرح و تأثیر قابل توجهی بر درمان و جلوگیری از عود اضطراب و افسردگی دارد (۱۲).

حضور ذهن نوعی از مراقبه است که ریشه در تعالیم و آیین های مذهبی شرقی خصوصاً بودا دارد (۱۳،۱۴). این نوع شناخت‌درمانی شامل مراقبه‌های مختلف، یوگای کشیدگی، آموزش مقدماتی درباره‌ی افسردگی، تمرین مرور بدن و چند تمرین شناخت درمانی است که ارتباط بین خلق، افکار، احساس و حس های بدنی را نشان می‌دهد. تمامی این تمرین‌ها به نوعی توجه به موقعیت های بدنی و پیرامون را در لحظه حال میسر می سازد و پردازش های خودکار اضطراب و افسردگی را کاهش می دهد (۱۵). مراقبه ذهن آگاهی موجب

۱. Mind fulness

فعال شدن ناحیه‌ای از مغز می‌شود که باعث ایجاد عواطف مثبت و اثرهای سودمند در کارکرد ایمن سازی بدن می‌شود (۱۶،۱۷). مطالعات نشان می‌دهد که درمان حضور ذهن با انواع پیامدهای سلامتی نظیر کاهش درد (۱۸)، اضطراب (۱۹) و استرس (۲۰) ارتباط دارد. مطالعه کابات- زین[۱] (۲۰۰۳) نشان داد که درمان حضور ذهن در افزایش آرام بخشی عضلانی و کاهش نگرانی، استرس و اضطراب بیماران جسمی مؤثر می‌باشد (۱۸).

تحقیقات دیگر نشان داده اند که حضورذهن خلق را بهبود بخشیده و آموزش کوتاه مدت آن اضطراب را کاهش می‌دهد (۲۱). آموزش حضورذهن بر افسردگی، اضطراب و سازگاری روانشناختی بیماران تأثیر دارد (۲۲) و درمان مبتنی بر حضورذهن به بهبود نشانه های استرس، اضطراب و عزت نفس منجر می گردد (۲۳). بر اساس مطالعات پیشین، آموزش حضور ذهن، باعث کاهش نشانه های اضطراب در بیماران جسمی می شود (۲۴)، و همچنین بهبود کیفیت زندگی و کاهش افسردگی را در پی دارد (۱۶) و از عود اضطراب پیشگیری می کند (۲۵).

با توجه به مبانی نظری و پژوهشی ذکر شده، و با توجه به اینکه شناخت مسائل روانی مربوط به این بیماری و برنامه ریزی برای درمان این مسائل جهت بازسازی اعتماد به نفس، کاهش حس بی کفایتی، احساسات منفی، برون ریزی صحیح احساسی و بهبود روابط بین فردی ضروری است و از آن جایی که تا به حال درمان فوق بر روی اضطراب بیماران قلبی- عروقی به بوته آزمایش گذاشته نشده است، در این پژوهش تلاش گردید تا اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن در کاهش اضطراب بیماران قلبی بررسی شود.

مواد و روش‌ها

جامعه پژوهش

جامعه پژوهش حاضر، کلیه مردان مبتلا به بیماری کرونر قلب مراجعه کننده به بیمارستان شهید مدنی شهرستان تبریز در سال ۱۳۹۱ بودند. بدین منظور، ابتدا با مراجعه به بیمارستان شهید مدنی، بیماران مرد مبتلا به نارسایی قلبی شناسایی و بررسی شدند، و پس از جلب همکاری آنان مقیاس اضطراب بک، در بین آنان توزیع گردید و سپس افرادی از جامعه فوق که طبق معیار نقطه برش بالینی پرسشنامه در وضعیت غیر طبیعی بودند (یک انحراف استاندارد بالاتر از میانگین) انتخاب شدند و برای تشخیص دقیق ابتلای آنها به اضطراب، مورد مصاحبه بالینی ساختار یافته قرار گرفتند. پس از همتاسازی از نظر ویژگی های جمعیت شناختی و نمره اضطراب، از این تعداد به صورت تصادفی ۲۰ نفر برای گروه آزمایش و ۲۰ نفر برای گروه کنترل انتخاب شدند. درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن اجرا شد و سپس از هر دو گروه آزمایش و کنترل پس آزمون و مجدداً دو ماه بعد پیگیری به عمل آمد. دوره پیگیری دو ماهه با توجه به مطالعات قبلی در نظر گرفته شد.

معیارهای ورود به مطالعه شامل عدم استفاده از داورهای ضد اضطراب، رضایت آگاهانه، توانایی شرکت در جلسات درمانی گروه، حداقل تحصیلات دیپلم و حداکثر کارشناسی، سن بیماران بین ۳۰ تا ۶۰ سال، عدم شرکت در کلاسهای آموزشی و درمانی دیگر به طور همزمان، تشخیص بیماری کرونری قلب توسط پزشک متخصص قلب در برگه خلاصه پرونده آنان نوشته شده باشد، جهت پیگیری درمان به پزشک معالج خود مراجعه کرده باشند، کاملاً هوشیار و قادر به

۱. Kabat-zinn

همکاری بوده و قادر به تکلم به زبان فارسی باشند، از آمادگی جسمانی و روانی لازم برای پاسخ گویی به سؤالات برخوردار باشند. بیمارانی که از شرایط فوق برخوردار نبودند، یا به بیماری های دیگری همزمان مبتلا بودند و علاوه بر آن در تاریخچه پزشکی آنها تشخیص های روانپزشکی یا عقب ماندگی ذهنی درج شده بود از مطالعه حذف گردیدند.

ابزار پژوهش

مقیاس اضطراب بک: این پرسشنامه شامل ۲۱ پرسش است و هر پرسش چهار پاسخ دارد (۰ تا ۳) که حالتی از افزایش شدت است. دامنه‌ی نمره ها نیز از ۰ تا ۶۳ می‌باشد. این پرسشنامه بیش تر بر جنبه های فیزیولوژیکی اضطراب تأکید دارد، و مشخصات روان سنجی آن شامل پایایی و روایی مورد تأیید قرار گرفته است (۲۶).

بک و کلارک[۱] (۱۹۹۸؛ به نقل از کاظمی، ۱۳۸۲) همسانی درونی این مقیاس را ۰/۹۳ و پایایی بازآزمایی آن را ۰/۷۵ گزارش کردند. پایایی این آزمون در ایران، با روش آلفای کرونباخ، برابر با ۰/۷۸ گزارش شده است. هم چنین، در بررسی روایی این آزمون با کاربرد روش تجربی افتراقی بین دو گروه اضطرابی و بهنجار، T در سطح کم تر ۰/۰۰۱ معادل ۱۲/۳ گزارش شده است (۲۷).

پس از انتخاب گروه نمونه و جایگزینی تصادفی آنها در دو گروه آزمایش و کنترل، گروه آزمایش ۸ جلسه درمانی نود دقیقه ای را به صورت گروهی دریافت کردند (هر هفته یک جلسه). برنامه درمانی طبق پروتکل کابات- زین و همکاران (۱۹) به شرح زیر اجرا شد.

درمان شناختی مبتنی بر حضورذهن

جلسه اول: تنظیم خط مشی کلی با در نظر گرفتن جنبه محرمانه بودن و زندگی شخصی افراد، دعوت شرکت کنندگان به تشکیل گروه های دو نفری و معرفی خود با یکدیگر و سپس به اعضای گروه به عنوان یک واحد، تمرین خوردن، تمرین وارسی بدنی، تکلیف خانگی، بحث و تعیین جلسات هفتگی توزیع نوارها و جزوات جلسه اول.

جلسه دوم: تمرین وارسی بدنی، بازنگری تمرین، بازنگری تکلیف خانگی، تمرین افکار و احساسات، ثبت وقایع خوشایند، مراقبه نشسته ۱ تا ۱۰ دقیقه.

جلسه سوم: تمرین دیدن یا شنیدن، ۳۰ تا ۴۰ دقیقه در حالت مراقبه بازنگری تکلیف، تمرین فضای تنفس ۳ دقیقه ای و بازنگری، تکلیف خانگی، تعیین تکلیف خانگی.

جلسه چهارم: تمرین پنج دقیقه ای دیدن یا شنیدن، ۴۰ دقیقه مراقبه، آگاهی از تنفس، بدن، صدا و افکار بازنگری، تمرین بازنگری، تکلیف خانگی، تعیین تکلیف خانگی.

جلسه پنجم: چهل دقیقه مراقبه نشسته بازنگری، تمرین بازنگری، تکلیف خانگی، فضای تنفس و بازنگری آن.

جلسه ششم: مراقبه نشسته۴۰ دقیقه‌ای، آگاهی از تنفس بدن، اصوات و سپس افکار بازنگری، تمرین بازنگری تکلیف خانگی، آماده شدن برای اتمام دوره.

جلسه هفتم: ۴۰ دقیقه مراقبه‌ی نشسته، آگاهی از تنفس بدن، صداها و سپس افکار بازنگری تمرین ها، بازنگری تکالیف خانگی، تمرین مشاهده ارتباط بین فعالیت و خلق.

جلسه‌ی هشتم: بازنگری مطالب گذشته و جمع بندی.

یافته‌ها

پس از اجرای درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن از هر دو گروه آزمایش و کنترل پس آزمون و پیگیری به عمل آمد و سپس داده های مرتبط با پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری استخراج شد.

۱. Clarck

در جدول۱ نتایج مربوط به آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) دو گروه آزمایش و کنترل در شرایط پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری نشان داده شده است.

جدول ۱ میانگین و انحراف معیار نمرات اضطراب را در افراد مبتلا به بیماری کرونر قلب به تفکیک گروه ها و مراحل نشان می دهد. از آنجا که کسب نمره‌ی بیشتر در این علائم نشان از شدت اختلال دارد، ملاحظه می شود که میانگین نمرات گروه مداخله در پس آزمون و پیگیری نسبت به گروه کنترل کاهش معنی داری دارد. بعلاوه بعد از گذشت ۲ ماه از اجرای طرح درمانی و پس از انجام پیگیری، مشخص شد که کاهش این علائم در اعضای گروه آزمایش در مرحله پیگیری نیز به صورت معنی داری ادامه داشته است($P <$۰/۰۱).

برای مشخص شدن معناداری تفاوت بین متغیرهای فوق از تحلیل کوواریانس استفاده شد. برای بررسی تفاوت های مشاهده شده در اضطراب، ابتدا مفروضه های لازم جهت انجام تحلیل کوواریانس بررسی شد. بررسی همگنی واریانس ها نشان می دهد که معناداری آزمون لون در نمره اضطراب بیشتر از ۰/۰۵ است. با توجه به این امر دلیلی برای ناهمگن فرض کردن واریانس ها وجود ندارد. بررسی همگنی رگرسیون نیز از معنادار نبودن شرایط و پیش آزمون حمایت می کند. همچنین قبل از انجام آزمون کوواریانس با استفاده از آزمون کولموکروف اسمیرنف نرمال بودن توزیع نمونه ها مورد بررسی قرار گرفت. بنابراین از تحلیل کوواریانس برای تحلیل آماری استفاده شد.

جدول۲ نتایج مربوط به تحلیل کوواریانس یافته های پژوهش را نشان می دهد. با توجه به یافته های فوق و بعد از کنترل نمره پیش آزمون، نمره F برای اضطراب معنادار بوده است ($P <$۰/۰۱)، و در مرحله‌ی پس آزمون میزان تأثیر درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن بر اضطراب ۸۳ درصد بوده و در مرحله‌ی پیگیری میزان تأثیر ۶۵ درصد بوده است. این موضوع نشان می دهد که درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن باعث کاهش اضطراب در افراد مبتلا به بیماری کرونر قلب می شود.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار نمرات اضطراب به تفکیک گروه ها

متغیرها		گروه	آزمایش	گروه	کنترل
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
اضطراب	پیش آزمون	۳۳/۳۰	۱/۶۸	۳۲/۲۵	۲/۲۴
	پس آزمون	۲۶/۷۵	۲/۰۹	۳۱/۳۵	۲/۴۹
	پیگیری	۲۷/۱۵	۲/۳۴	۳۱/۸۰	۲/۹۵

جدول۲. نتایج تحلیل کوواریانس عضویت گروهی بر میزان اضطراب در افراد مبتلا به بیماری کرونر قلبی

متغیر وابسته	مراحل	متغیرهای پژوهش	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	مجذور اتا
اضطراب	پس آزمون	پیش آزمون	۱۴۵/۵۸	۱	۱۴۵/۵۸	۹۴/۹۷	۰/۰۰۱	۰/۷۲۰
		عضویت گروهی	۲۹۵/۷۴	۱	۲۹۵/۷۴	۱۹۲/۹۲	۰/۰۰۱	۰/۸۳۹
	پیگیری	پیش آزمون	۱۳۹/۴۴	۱	۱۳۹/۴۴	۳۹/۲۹	۰/۰۰۱	۰/۵۱۵
		عضویت گروهی	۲۴۸/۲۶	۱	۲۴۸/۲۶	۶۹/۹۵	۰/۰۰۱	۰/۶۵۴

بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر، اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن در کاهش اضطراب بیماران کرونر قلب بود. با مروری بر نتایج مشاهده می شود که اضطراب بیماران بعد از مداخله در گروه آزمایش کاهش قابل توجهی داشته است که در گروه کنترل دیده نمی شود و با نمره‌ی F= ۱۹۲/۹۲ و در سطح P <۰/۰۱ معنادار می‌باشد، دو ماه بعد از مداخله نیز اضطراب افراد تفاوت معناداری را نشان نداده و در همان سطح بعد از مداخله باقی مانده است که با نمره ی F= ۶۹/۹۵ و در سطح P <۰/۰۱ معنادار می‌باشد. در این راستا، مطالعات نشان داده اند که ۴۰ تا ۵۰ درصد بیماران چندین ماه بعد از ابتلاء به بیماری قلبی اضطراب دارند (۲۸)، و خصوصاً بعد از اولین حمله قلبی اضطراب زیادی را تجربه می کنند (۲۹). بیشتر نگرانی هایی که موجب می شود مبتلایان بعد از بیماری قلبی دچار اضطراب شوند ترس از عود بیماری، فراموشی به علت ایست قلبی، تنش های عاطفی، کابوس ها و اختلالات خواب است به همین جهت وادن[۱] (۱۹۹۴) و پاتل[۲] (۱۹۸۵) دریافتند که مداخلات روان درمانی موجب کاهش اضطراب بیماران می شود (۳۰). همچنین اورمرود (۱۹۹۵) با انجام شناخت درمانی گروهی برکاهش اضطراب بیماران قلبی دریافت که اضطراب تحت تأثیر این روش درمانی قرار گرفته و به طور کوتاه مدت ۶ ماه تا ۲ سال و یا طولانی مدت، ۲ تا ۵ سال بعد از مداخله کاهش می یابند. به عقیده تروپکا[۳] (۲۰۰۳) نیز گروه درمانی تأثیر قابل ملاحظه ای بر علائم اضطراب داشته به طوری که حتی یک سال بعد از مداخله نیز اثر درمانی آن تداوم می یابد (۲۹).

در ایران نیز مطالعه کاویانی و همکاران (۱۳۸۴) که به منظور بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن بر افسردگی و اضطراب با پیگیری ۶۰ روزه انجام شد، نشان داد که نمرات افسردگی و اضطراب گروه آزمایشی که آموزش دریافت کرده بودند، نسبت به گروه شاهد که آموزش دریافت نکرده بودند، کاهش چشمگیری پیدا کرده بود (۱۵).

آرچ و کرسک[۴] (۲۰۰۵) در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که شرکت کنندگانی که ۱۵ دقیقه تنفس متمرکز داشتند (یکی از تمرین های ذهن آگاهی) عاطفه منفی کمتری را گزارش کردند تا افرادی که تحت این این نوع تنفس قرار نداشتند (۳۱). آموزش ذهن آگاهی بهبود قابل توجهی را در کیفیت زندگی و نشانگان اضطراب بیماران مبتلا به سرطان نشان داده است (۳۲). علاوه بر این درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن به طور معناداری به افزایش وضوح ذهنی، سلامت روان و نیز کاهش تنش بدنی انجامیده است (۳۳). نکته مهم در تبیین این یافته ها، این است که درمان مبتنی بر حضور ذهن باعث بازنمایی ذهنی اشیاء موجود در زندگی می شود که از کنترل بلافاصله انسان خارج است و این امر از طریق تنفس عمیق و فکر کردن آموزش داده می‌شود (۳۴). بنابراین درمان حضورذهن می تواند با وجود چنین تکنیک هایی نقش به سزایی در کاهش استرس و اضطراب بیماران قلبی داشته باشد. به نظر می رسد آموزش فنون مبتنی بر حضور ذهن با ترغیب افراد به تمرین مکرر توجه متمرکز روی محرکهای خنثی و آگاهی هدفمندانه روی جسم و ذهن، افراد اضطرابی را از اشتغال ذهنی با افکار تهدیدی و نگرانی در مورد عملکرد رها کنند و ذهن آنها را از دنده اتوماتیک خارج کنند. یعنی این فنون با افزایش آگاهی فرد از تجربیات لحظه حاضر و برگرداندن توجه بر سیستم شناختی و

۱. Vaden
2. Patel
3. Tropca
4. Arc& Craske

پردازش کارآمدتر اطلاعات موجب کاهش نگرانی و تنش فیزیولوژیک در فرد می گردد (۱۵).

ویژگی روش ذهن آگاهی آن است که بیمار را نسبت به ریشه های اختلال و مکانیسم آن در مغز آگاه نموده، از مضطرب شدن او جلوگیری می نماید و بر افکار و تمایلات او در حالت هشیاری متمرکز می شود و به فرد امکان می دهد تا تکرار اعمال یا افکار و نشخوار آنها را برای کاهش اضطراب انتخاب نکند و به ریشه های زیستی اختلال بیندیشد (۳۵).

در خصوص ماندگاری اثرات درمان می‌توان گفت اثربخشی درمان در طولانی مدت بیانگر توانایی بیمار در اجرا و تمرین مهارت های رفتاری است که این توانایی ماحصل دوره مناسب و کافی درمان روان شناختی است. از طرف دیگر نیز می توان استنباط نمود که بسیاری از بیماران کرونری قلب دارای مشکلاتی در زمینه‌ی ترس از پیامدهای بعدی بیماری بودند که این اضطراب های انتظاری به خوبی با درمانهای روان شناختی در مرحله پس آزمون کنترل شده و هم اکنون حل شده باقی مانده اند.

با این اوصاف به نظر می رسد تمرین های MBCT 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 مؤثر واقع شدن این نوع آموزش و با در نظر گرفتن سودمندی های این روش در زمینه درمان افسردگی، استرس و اضطراب و با توجه به اینکه بیماران قلبی در وضعیت مهم و پرآشوبی به سر می برند به کارگیری گسترده این درمان برای بیماران کرونر قلبی مبتلا به اضطراب و افسردگی توصیه شود.

به نظر می رسد که مهمترین محدودیت پژوهش حاضر در دسترس نبودن ابزارهای عینی جهت سنجش متغیرهای پژوهش می باشد چون که سنجش درمان و ماندگاری آن با استفاده از ابزار خودگزارش دهی صورت گرفته است، و نیز پژوهش حاضر به بیماران قلبی مرد محدود شده است. بنابراین به پژوهشگران توصیه می گردد که پژوهش حاضر را بر روی هر دو جنس مردان و زنان و سایر بیماریهای جسمی انجام دهند و تغییرات هر دو گروه را با هم مقایسه کنند.

تشکر و قدردانی

نویسندگان بر خود لازم می دانند از کلیه پرسنل و مسئولین بیمارستان مدنی و مخصوصاً بیماران عزیزی که صمیمانه همکاری نمودند تقدیر و تشکر بعمل آورند.

References

1. SalehiTali Sh, MohammadAlian H, Imani R, Khaledifar A, Hatamipour K. The effect of continuous educational and caring interferences on the quality of life patients with heart congestive failure. J Shahrekord Univ Med Sci. 2008; 10(1): 14-19. (In Persian)
2. Sebern M, Riegel B. Contributions of supportive relationships to heart failure self-care. Eur J Cardiovasc Nurs. 2009 ; 8(2): 97-104.
3. Johansson P, Brostrom A, Dahlsrom U, Alehagen U. Global perceived health and health-related quality of life in elderly primary care patients with symptoms of heart failure. Eur J Heart Fail. 2008; 10(10):1040-1047.
4. Chida Y, Steptoe A. The association of anger and hostility with future coronary heart disease. J Americ Coll Cardio. 2009; 53: 936-946.
5. Sirois BC, Burg MM. Negative emotion and coronary heart disease. Behav Modific. 2003; (27): 83-102.
6. Cohen BE, Panguluri P, Na B, Whooley MA. Psychological risk factors and the metabolic syndrome in patients with coronary heart disease: Findings from the Heart and Soul Study. Psychia Re. 2010; 175: 133-137.
7. Holmes SD, Krantz DS, Rogers H, Gottdiener J, Contrada RJ. Mental Stress and Coronary Artery Disease: A Multidisciplinary Guide. Prog Cardiovas Dis. 2006; 49(2): 106-122.
8. DiGiacomo M, Davidson PM, Vanderpluym A, Snell R, Dip G, Worrall-Carter L. Depression, anxiety and stress in women following acute coronary syndrome: Implications for secondary prevention, Austral Criti Care. 2007; 20: 69-76.
9. Smith TW, Ruiz JM. Psychosocial influences on the development and course of coronary heart disease: Current status and implications for research and practice. J Consult Clinic Psych. 2002; 70: 548-568.
10. Spielberger CD. Professional manual for the State-Trait Anger Expression Inventory-2 (STAXI- 2). Lutz, FL: Psych Assess Resou. 1999. p. 12-46.
11. Roest AM, Martens EJ, Jonge PD, Denollet J. Anxiety and Risk of Incident Coronary Heart Disease. J Americ Colle Cardio. 2010; 56(1): 38- 46.
12. Papageorgio C, Wells A. Depressive rumination: nature, theory and tereatmen chichester. 5th ed. UK: Wiley; 2004; 187-215.
13. Ost LG. Efficacy of the third wave of behavioral therapies:A systematic review and meta-analysis. Behaviour Research and Therapy. 2008; 46: 296-321.
14. Segal ZV, Williams M G, Teasdale JD. Mindfulness based on cognitive therapy for depression. 2003, New York: Guilford Press.
15. Kaviani H, Javaheri F, Boheiraei H. The Effectiveness of Cognitive therapy based on Minfulness in decreasing negative automatic thoughts, dysfunction attitude, depression and anxiety: 60 days follow-up.

Advances in Cognitive Sciences. 2005; 7(1): 49-59. (In Persian)
16. Davidson RJ, Kabat-zinn J, Schumacher J, Rosenkranz M, Muller D, Santorelli S F, et al. Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditiation. Psychosomatic Medicine. 2003; 65: 564-570.
17. Witkiewitz K, Marlatt G, Walker D. Mindfulness-based relapse prevention for alcohol and substance use disorders. J Cogn Psychother. 2005; 19(3): 211-228.
18. Kabat-Zinn J. Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. Clinical Psychology: Science and Practice, 2003; 10: 144-156.
19. Kabat-Zinn J, Massion AO, Kristeller J, Peterson LG, Fletcher KE, Pbert L, Lenderking WR, Santorelli SF. Effectiveness of a meditationbased stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. Am J Psychiatry. 1992; 149: 936-943.
20. Speca M, Carlson LE, Goodey E, Angen M. 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. 2000; 62(5): 613-622.
21. Zeidan F, Johnson SK, Diamond BJ, David Z, Goolkasian P. Mindfulness meditation improves cognition: Evidence of brief mental training. Conscious Cogn. 2012; 19: 597-605.
22. Bohlmeijer E, Prenger R, Taal E, Cuijpers P. The effects of mindfulness-based stress reduction therapy on mental health of adults with a chronic medical disease: A meta-analysis. J Psychosom Res. 2012; 68: 539-544.
23. Goldin PR, Gross JJ. Effects of mindfulnessbased stress reduction (MBSR) on emotion regulation in social anxiety disorder. Emotion. 2010; 10: 83-91.
24. Evans S, Ferrando S, Findler M, Stowell C, Smart C, Haglin D. Mindfulness-based cognitive therapy for generalized anxiety disorder. J Anxiety Disord. 2008; 22: 716-721.
25. Kaviani H, Hatami N, Shafieabadi A. The Effectiveness of Cognitive therapy based on Minfulness in quality of life of depressed people. Advances in Cognitive Sciences. 2008; 10(4): 39-48. (In Persian)
26. Beck AT, Steer RA. Beck Depression Inventory Manual. The. Psychological Corporation. Harcourt Brace & Company. San Antonio.1993.
27. Kazemi V. Comparison of cognitive distortion in depressed and anxious patients.Thesis M.A. in university Shiraz, 2010. (In Persian)
28. Spiegel D, Marrow GH, Classen C. Group psychotherapy for recently diagnosed breast cancer patients : A multi center feasibility study. Psycho Oncology. 1999; 8 (6): 482-493.
29. Salmon P. psychology of medicine and surgery . Chichester, Weily , 2005: 46 -48.
30. Regel S, Roberts D. Mental Health. Liaison, Bailliere Tindall Edinburgh, 2002:200- 201.
31. Arch JJ, Craske MG. Mechanisms of mindfulness: emotion regulation following

a focused breathing inducrion. J Behav Res & Ther. 2005; 44: 1849-1858.

32. Carlson LE, Speca M, Patel KD, Goodey E. Mindfulness-based stress reduction in relation to quality of life, mood, symptoms of stress and immune parameters in breast & prostat cancer outpatients. Psychosomatic Medicine. 2003; 65(4): 571-581.
33. Block JA. Acceptance or change of private experiences: A comparative analysis in college students with public speaking anxiety. Doctoral disseration. University at Albany, State University of new York, 2002.
34. Narimani M, Aryapouran S, Abolghasemi S, Ahadi B. The comparison of the effectiveness of mindfulness and emotion regulation training on mental health in chemical weapon victims Clinical Psychology. 2010; 2(4):61. (In Persian)
35. Mousavian N, Mordi A, Mirzaei J, Shidfar J, Mahmoudi Kahriz B, Taheri F. The effectiveness of cognitive therapy based on mindfulness on weight loss. Thought and behavior 2010 ;16: 49-57. (In Persian)