

مقاله اصلی

اثربخشی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی و تحمل پریشانی بیماران قلبی

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۱۰/۱۲ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۷/۲۶

خلاصه

مقدمه

بیماری‌های قلبی عروقی جزو بیماری‌های مزمن است. این نوع بیماری‌ها به خاطر ماهیتی که دارند باعث مسائلی در کیفیت زندگی و پریشانی در بیماران می‌شوند. این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی و پریشانی بیماران قلبی انجام شد.

روش کار

روش پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. از جامعه آماری بیماران قلبی مراجعه کننده به بیمارستان قلب شهر تهران به صورت دردسترس ۳۲ نفر انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. پرسشنامه‌های پژوهش شامل کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۶) و تحمل پریشانی سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) بود. کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی به مدت ده جلسه برای گروه آزمایش اعمال شد.

نتایج

نتایج تحلیل کواریانس نشان داد که نمرات پس‌آزمون کیفیت زندگی و تحمل پریشانی بیماران قلبی در گروه آزمایش به طور معنی‌داری بیشتر از گروه کنترل بود ($P \leq 0/005$).

نتیجه‌گیری

بر اساس نتایج، کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی در بهبود کیفیت زندگی و تحمل پریشانی بیماران قلبی مؤثر بود، لذا می‌توان از آن به‌عنوان روش درمانی مکمل در کنار روش‌های پزشکی در راستای ارتقای وضعیت روانشناختی (افزایش کیفیت زندگی و تحمل پریشانی) بیماران عروق قلبی استفاده نمود.

کلمات کلیدی

بیماران قلبی، ذهن آگاهی، کیفیت زندگی، تحمل پریشانی
پی‌نوشت: این مطالعه فاقد تضاد منافع می‌باشد.

الهه حق پرست نصرآبادی^۱

مژگان میرزا^۲

ماریه حسینی^۳

آذرمیدخت شهاب^۳

آیسان سهرابی^{۴*}

^۱گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد

خمنی‌شهر، اصفهان، ایران

^۲استادیار دانشگاه گنبد کاووس، دانشکده علوم انسانی،

گروه روانشناسی، گنبد کاووس.

^۳گروه روانشناسی سلامت، واحد بین‌المللی کیش،

دانشگاه آزاد اسلامی، جزیره کیش، ایران

^۴گروه روانشناسی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد

اسلامی، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

* گروه روانشناسی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد

اسلامی، تهران، ایران

Email: Sohrabiaysan141063@gmail.com

مقدمه

در طی ۳۰ سال گذشته پیشرفت‌های عمده‌ای در پیشگیری، تشخیص، درمان و باز توانی بیماری‌های قلبی عروقی صورت گرفته است (۱) و علی‌رغم کاهش مرگ و میر بیماری‌های قلبی هنوز هم این بیماری‌ها سهم عمده‌ای در مرگ و میر دارند (۲). بیماران قلبی و عروقی و سگته‌های قلبی همچنان از نظر کشتار مردم دنیا در صدر جدول جای دارند (۳). در کشور ما نیز بیماری‌های قلبی-عروقی شایع‌ترین علت مرگ و میر بوده و حدود ۶۴٪ مرگ و میرها بدین دلیل می‌باشد (۴). از آنجا که این بیماری روان‌تنی محسوب می‌شود، لذا در بررسی عوامل مؤثر در پیدایش آن باید به ترکیبی از عوامل زیستی و روانی توجه داشت. با افزایش آگاهی از چنین ارتباطی، بیش از پیش مشخص می‌شود که سلامت روانی و رفاه کلی افراد در جوامع نقش اساسی دارد (۵).

مطالعات نشان می‌دهند که تقریباً تمامی جنبه‌های زندگی بیماران قلبی می‌تواند تحت تأثیر بیماری قرار بگیرد و موجب کاهش سطح رضایتمندی و کیفیت زندگی شود (۶). عوارض ناشی از بیماری قلبی در طول زندگی، بیماران را با افزایش خطر سگته‌های قلبی و مغزی، نارسایی کلیوی، نایبایی و قطع عضو مواجه می‌سازد و بار سنگین هزینه‌های درمانی را بر آنها تحمیل می‌کند. از آنجا که این بیماری تنش‌های زیادی را به بیمار و خانواده وی تحمیل می‌کند. بسیاری از افرادی که با بیماری طولانی مدت زندگی می‌کنند، کیفیت زندگی کاهش یافته‌ای را تجربه می‌کنند، در نهایت این مسائل سبب نگرانی، عدم رضایت از زندگی و کاهش کیفیت آن می‌شود (۷). کیفیت زندگی مفهومی چند بعدی است که سازمان جهانی بهداشت آن را به عنوان، درک فرد از وضعیت زندگی‌اش، با توجه به فرهنگ و نظام‌های ارزشی و ارتباط آن با اهداف، انتظارات،

علاقه، استانداردها و تجربیات زندگی فرد تعریف می‌کند (۸). کیفیت زندگی پایین می‌تواند موجب به کارگیری سازوکارهای مقابله و سازگاری ناکارآمد شده و به سبب آن موجب افزایش تنش شده منجر به افزایش شدت بیماری می‌شود (۹).

یکی دیگر از مسائل روانشناختی بیماران قلبی ضعف در تحمل پریشانی است (۱۰). تحمل پریشانی، یک ساختار روانشناسی است که به عنوان توانایی فرد برای تحمل حالت‌های درونی ناخوشایند در نظر گرفته می‌شود که ماهیتی چندبعدی دارد و دارای ابعادی شامل توانایی تحمل، ارزیابی و ظرفیت پذیرش حالت عاطفی، شیوه تنظیم هیجان به وسیله فرد و مقدار جذب توجه به وسیله هیجان‌های منفی و مقدار سهم آن در به وجود آمدن اختلال در عملکرد می‌شود (۱۱). پریشانی ممکن است حاصل فرایندهای فیزیکی و شناختی باشد، ولی بازنمایی آن به صورت حالات هیجانی منفی است که اغلب با تمایل به واکنش جهت‌رهایی از تجربه هیجانی منفی آشکار می‌شود (۱۲). تحمل پریشانی معمولاً به افراد با سطوح کمتر تحمل پریشانی ممکن است در معرض پاسخ ناسازگارانه به پریشانی و وضعیت برانگیزاننده پریشانی باشند. در نتیجه این افراد ممکن است برای اجتناب از هیجان‌های منفی / و یا وضعیت‌های آزارنده مربوط بکوشند. در مقابل، افراد با سطوح بالاتر تحمل پریشانی ممکن است بیشتر قادر باشند به پریشانی و یا وضعیت برانگیزاننده پریشانی پاسخ انطباقی بدهند (۱۳). کاهش سطح تحمل پریشانی یکی از علائم روانشناختی در بیماران قلبی است (۱۴). پژوهش‌های مختلف نشان داده‌اند که تحمل پریشانی پایین با طیف گسترده‌ای اختلالات از جمله رفتارهای تکانشی شدید و آسیب‌زننده (۱۵)، اختلال افسردگی اساسی ارتباط نزدیک و تنگاتنگی دارد (۱۶).

گذشته، مساله این پژوهش این خواهد بود که مداخله کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کیفیت زندگی و تحمل پریشانی بیماران قلبی چه تاثیری دارد؟ برای این سوال فرضیه‌های زیر مطرح است:

۱. اثربخشی کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر افزایش کیفیت زندگی بیماران قلبی تاثیر دارد.

۲. اثربخشی کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر افزایش تحمل پریشانی بیماران قلبی تاثیر دارد.

مواد و روش کار

این پژوهش از نوع پژوهش‌های کاربردی و نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه آزمایش و یک گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر را تمامی بیماران قلبی مراجعه کننده به بیمارستان قلب شهرستان تهران در سال ۱۴۰۰ تشکیل داده بودند که از جامعه مذکور، طی یک فراخوان، افرادی که شرایط شرکت در پژوهش را داشتند فراخوانده شدند و با توجه به ملاک‌های ورود به مطالعه، ۳۲ نفر به روش در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و کنترل جایگزین شدند؛ روش‌های مختلفی برای تعیین حجم نمونه وجود دارد که یکی از معیارهای تعیین حجم نمونه، روش پژوهش است، با توجه به اینکه روش این پژوهش به صورت آزمایشی خواهد بود، تعداد ۱۰ نفر برای هر گروه کفایت می‌کند؛ اما به جهت احتمال ریزش نمونه و همچنین افزایش قدرت تعمیم نتایج، در این پژوهش تعداد افراد نمونه ۳۴ نفر بود که هر کدام از گروه‌ها ۱۷ نفر را شامل شدند. شایان ذکر است که حین اجرای پژوهش یک نفر از هر گروه ریزش داشت و نمونه پژوهش به تعداد ۳۲ نفر تقلیل یافت. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل مبتلا بودن به بیماری قلبی، داشتن حس همکاری و رضایت به شرکت کردن در مداخله درمان و داشتن

ابتلا به هر نوع بیماری مزمن از جمله بیماری قلبی را فشار روانی ایجاد می‌کند. بیماری فشار روانی را افزایش می‌دهد و زندگی را پیچیده تر می‌کند. بیماری قلبی، به دلیل مزمن بودن بیماری رویدادهای استرس زای بیشتری را تجربه می‌کنند به تبع آن میزان فشار روانی آن‌ها در مقایسه با افراد سالم بالاتر است (۱۷)؛ بنابراین لزوم مداخلات روانشناختی در این موارد ضروری به نظر می‌رسد.

یکی از مداخلاتی که اخیراً مورد توجه قرار گرفته است، مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی است. کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی به عنوان یکی از درمان‌های شناختی- رفتاری نسل سوم قلمداد می‌شود. ذهن‌آگاهی ریشه در مراقبه بودایی و تمرینات آن دارد (۱۸). ذهن‌آگاهی به معنای تجربه بدون قضاوت از واقعیت بیرونی می‌باشد (۱۹). آگاهی که بدون استنتاج لحظه به لحظه و به واسطه توجه بر روی هدف، در لحظه جاری ایجاد می‌شود (۲۰). ذهن‌آگاهی، مشاهده بدون قضاوت و پیش‌داوری محرک‌های درونی و بیرونی است، همانگونه که اتفاق می‌افتد. در واقع ذهن‌آگاهی مهارتی است که در زمان حال به فرد اجازه می‌دهد، حوادث را کمتر از آن میزان که ناراحت کننده است، دریافت کنند (۲۱).

پژوهش‌های مختلفی به بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی پرداختند؛ از جمله پژوهش اورکی و سامی (۲۲) در مطالعه خود دریافتند که درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر بهبود مولفه‌های بهزیستی و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به ام‌اس تاثیر معناداری دارد. پژوهش وان سون و همکاران (۲۳) نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر استرس ادراک شده، افسردگی و اضطراب افراد مبتلا به دیابت موثر است.

با توجه به آنچه در مورد نقش مهم مسائل روانشناختی در فرآیند کنترل بیماری قلبی و همچنین نتایج ضد و نقیض پژوهش‌های

ابزار پژوهش

پرسشنامه کیفیت زندگی: برای سنجش کیفیت زندگی بیماران، از پرسشنامه کیفیت زندگی استفاده خواهد شد. این پرسشنامه با هدف سنجش کیفیت زندگی فرد در دو هفته اخیر مورد استفاده قرار می‌گیرد، سازنده آن سازمان بهداشت جهانی با همکاری ۱۵ مرکز بین‌المللی سال ۱۹۸۹ است، تعداد آن سوالات ۲۴ سوال در قالب ۴ حیطه، که دو سوال اول به هیچ یک از حیطه‌ها تعلق ندارد و وضعیت سلامت و کیفیت زندگی را به شکل کلی مورد ارزیابی قرار می‌دهند، بنابراین پرسشنامه در مجموع ۲۶ سوال دارد. در نتایج گزارش شده توسط گروه سازندگان مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی که در ۱۵ مرکز بین‌المللی این سازمان انجام شده، ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۷۳ تا ۰/۸۹ برای خرده‌مقیاس‌های چهارگانه و کل مقیاس گزارش شده است (۲۴). پایایی این ابزار در این پژوهش با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۹ بدست آمد.

پرسشنامه تحمل پریشانی: پرسشنامه تحمل پریشانی توسط گاهر و سیمونس (۲۵) ساخته شده است. این پرسشنامه دارای ۱۵ سوال و چهار خرده‌مقیاس شامل تحمل پریشانی هیجانی، جذب شدن به وسیله هیجان‌ات منفی، برآورد ذهنی پریشانی و تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی است. سوالات این پرسشنامه بر اساس مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شوند. سیمونز و گاهر (۲۵) ضرایب آلفا برای این مقیاس را به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۸۲ و ۰/۷۰ و برای کل مقیاس ۰/۸۲ را گزارش کرده‌اند. در ایران نیز این پرسشنامه برای اولین بار توسط علوی و همکاران (۲۶) و همکاران ترجمه و اجرا شده است که پایایی آن ۰/۷۱ بدست آمده است.

سواد حداقل دیپلم (جهت خواندن و نوشتن) بود و ملاک‌های خروج از پژوهش نیز عبارت بود از داشتن اختلالات مزمن روانی، داشتن افسردگی شدید. بدین ترتیب که ابتدا برای هر دو گروه پیش‌آزمون کیفیت زندگی و تحمل پریشانی اجرا شد، سپس طرح مداخله مبتنی بر ذهن آگاهی کابات زین (۲۰۰۳) به مدت دو ماه (هفته‌ای یک جلسه) برای گروه آزمایش اجرا شد اما برای گروه کنترل، هیچگونه مداخله‌ای اعمال نشد. بلافاصله بعد از اتمام مداخلات برای گروه آزمایش، پس‌آزمون برای هر دو گروه اجرا شد و در نهایت با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ و تحلیل کواریانس به تحلیل یافته‌ها پرداخته شد.

به منظور رعایت مسائل اخلاقی پژوهش، رضایت‌نامه‌ای تهیه شد که در آن به صورت کلی هدف پژوهش توضیح داده شده بود. افراد شرکت‌کننده ابتدا رضایت‌نامه را مطالعه نموده و در صورت تمایل در پژوهش شرکت نمودند. یکی از مواردی که به شرکت‌کنندگان توضیح داده شد این بود که به آنها اطمینان داده شد که هیچ‌گونه سوءاستفاده شخصی در این پژوهش وجود ندارد و همچنین بعضی از شرکت‌کنندگان تمایل داشتند که نتیجه پاسخدهی خود را به پرسش‌نامه بدانند و گزارش تفسیر پرسش‌نامه‌های افراد به زبانی ساده در اختیار آنها قرار گرفت. سعی شد اطلاعات وارد شده هیچ آسیبی برای گروه نمونه نداشته باشد و از نتایج این پژوهش جهت پیشرفت نمونه و قابل تعمیم به جامعه مشابه استفاده گردد. همچنین درباره محرمانه بودن پرسشنامه‌ها و نتایج آنها به آزمودنیها توضیحات لازم داده شد؛ در انتها به منظور رعایت اخلاق پژوهشی، بعد از اتمام مرحله اجرای پژوهش مداخله ذهن آگاهی برای گروه کنترل نیز اعمال شد.

جدول ۱. خلاصه جلسات آموزش ذهن آگاهی (۲۰)

ردیف	فرایند
اول	مرحله اول: معرفی شرکت کنندگان و شرح مختصری از ۸ جلسه. پر کردن پرسشنامه پژوهش، ۲. تکنیک خوردن کشمش و سپس به مدت ۳۰ دقیقه مدیتیشن اسکن بدن و صحبت در مورد احساسات ناشی از انجام این مدیتیشن ها. ۳. تکلیف خانگی: حضور در لحظه و بسط دادن تکنیک خوردن کشمش به سایر فعالیت‌ها
دوم	۱. انجام مدیتیشن اسکن بدن و بحث در مورد این تجربه؛ ۲. بحث در مورد تکالیف خانگی، موانع تمرین و راه‌های برنامه ذهن آگاهی برای آن؛ ۳. بحث در مورد تفاوت بین افکار و احساسات؛ ۴. انجام مدیتیشن در حالت نشسته؛ ۵. تکالیف: ذهن آگاهی یک رویداد خوشایند، انجام مدیتیشن نشسته و اسکن بدن و ذهن آگاهی یک فعالیت روزمره.
سوم	۱. تمرین دیدن و شنیدن (در این تمرین از شرکت کنندگان خواسته می‌شود به نحوی غیرقضوتی و به مدت ۲ دقیقه نگاه کنند و گوش دهند)؛ ۲. مدیتیشن نشسته و نفس کشیدن همراه با توجه به حواس بدنی؛ ۳. بحث در مورد تکالیف خانگی تمرین سه دقیقه ای فضای تنفسی؛ این مدیتیشن سه مرحله دارد: توجه به تمرین در لحظه انجام، توجه به تنفس و توجه به بدن؛ ۴. انجام یکی از تمرینهای حرکات ذهن آگاه؛ ۵- تکالیف: مدیتیشن نشسته، اسکن بدن، تمرین ۳ دقیقه ای فضای تنفسی، ذهن آگاهی یک فعالیت روزمره ی جدید و ذهن آگاهی رویدادی ناخوشایند.
چهارم	۱. مدیتیشن نشسته همراه با توجه به تنفس، صداها و افکار (که مدیتیشن نشسته چهاربعدی نیز نامیده می‌شود)؛ ۲- بحث در مورد پاسخ های استرس و واکنش یک فرد به موقعیتهای دشوار و نگرشها و رفتارهای جایگزین؛ ۳- تمرین قدم زدن ذهن آگاه؛ ۴- تکالیف: مدیتیشن نشسته، اسکن بدن یا یکی از حرکات بدنی ذهن آگاه و تمرین فضای تنفسی ۳ دقیقه ای (در یک رویداد ناخوشایند).
پنجم	انجام مدیتیشن نشسته؛ ۲. ارایه و اجرای حرکات ذهن آگاه بدن؛ ۳. تکالیف: مدیتیشن نشسته، فضای تنفسی سه دقیقه ای در یک رویداد ناخوشایند و ذهن آگاهی یک فعالیت جدید روزمره.
ششم	۱. تمرین فضای تنفسی سه دقیقه ای؛ ۲. بحث در مورد تکالیف خانگی در گروههای دوتایی؛ ۳. ارایه ی تمرینی با عنوان "خلق، فکر، دیدگاههایی جداگانه" با این مضمون: محتوای افکار، اکثراً واقعی نیستند؛ ۴. پذیرش احساسات به عنوان احساس ۵. تکالیف: انتخاب ترکیبی از مدیتیشن ها که ترجیح شخصی باشد. به علاوه انجام فضای تنفسی سه دقیقه ای در یک رویداد ناخوشایند و ذهن آگاهی یک فعالیت جدید روزمره.
هفتم	۱. مدیتیشن چهاربعدی و آگاهی نسبت به هرآنچه در لحظه به هشیاری وارد می‌شود؛ ۲. مضمون این جلسه این است: بهترین راه مراقبت از خود چیست؛ ۳. ارایه تمرینی که در آن شرکت کنندگان مشخص می‌کنند کدامیک از رویدادهای زندگیشان خوشایند و کدامیک ناخوشایند است و علاوه بر آن چگونه میتوان برنامه ای چید که به اندازه کافی رویدادهای خوشایند در آن باشد؛ ۴. آموزش پذیرش بدون قضاوت و داوری؛ ۵. تکالیف: انجام ترکیبی از مدیتیشن که برای فرد مرجح است، تمرین تنفسی سه دقیقه ای در یک رویداد ناخوشایند. ذهن آگاهی یک فعالیت روزمره ی جدید.
هشتم	۱. اسکن؛ ۲. مضمون این جلسه این است: استفاده از آنچه تا کنون یاد گرفته‌اید؛ ۳. تمرین فضای تنفسی ۳ دقیقه ای؛ ۴. بحث در مورد روشهای کنار آمدن با موانع انجام مدیتیشن؛ ۵. مطرح شدن سوالاتی در مورد کل جلسات، از این قبیل که آیا شرکت کنندگان به انتظارات خود دست یافته اند؟ آیا احساس می‌کنند شخصیتشان رشد کرده؟ آیا احساس می‌کنند مهارتهای مقابله شان افزایش یافته و آیا دوست دارند تمرین های مدیتیشنشان را ادامه دهند. و اجرای پس آزمون

نتایج

بود. میانگین سنی گروه آزمایش ۵۲/۴۵ با انحراف معیار ۶/۱۳ و

گروه کنترل ۵۴/۱۳ با انحراف معیار ۶/۷۸ بود. در ادامه به نتایج

توصیفی پژوهش پرداخته می‌شود.

در این پژوهش ۳۲ نفر مبتلا به بیماری قلبی در دو گروه آزمایش

و کنترل شرکت کردند که جنسیت آنها ۱۹ نفر زن و ۱۳ نفر مرد

جدول ۲. یافته‌های توصیفی پژوهش به تفکیک گروه

متغیر	گروه	آزمون	تعداد	میانگین	انحراف معیار
کیفیت زندگی	کنترل	پیش آزمون	۱۶	۷۵/۶۷	۸/۵۶
		پس آزمون	۱۶	۷۴/۱۵	۶/۹۸
	ذهن آگاهی	پیش آزمون	۱۶	۷۴/۹۸	۹/۱۲
		پس آزمون	۱۶	۵۹/۳۴	۹/۹۸
تحمل پریشانی	کنترل	پیش آزمون	۱۶	۳۵/۱۳	۵/۹۸
		پس آزمون	۱۶	۳۵/۹۰	۶/۱۳
	ذهن آگاهی	پیش آزمون	۱۶	۳۶/۱۲	۶/۴۳
		پس آزمون	۱۶	۴۳/۱۹	۶/۹۸

در ادامه به منظور تحلیل استنباطی یافته‌ها، به نتایج آزمون کواریانس پرداخته می‌شود، گفتنی است قبل از تحلیل، مفروضه‌های این آزمون با استفاده از آزمون لوین و کالموگراف اسمیرنوف مورد بررسی قرار گرفت که نتایج نشان از بلا مانع بودن استفاده از تحلیل کواریانس داشت.

همانطور که در جدول بالا مشاهده می‌شود، میزان کیفیت زندگی و تحمل پریشانی گروه آزمایش در پس آزمون، نسبت به پیش آزمون افزایش محسوسی داشته است؛ این در حالی است که میزان کیفیت زندگی و تحمل پریشانی در گروه کنترل در مراحل پیش آزمون و پس آزمون تفاوت محسوسی نکرده است.

جدول ۳. نتایج تحلیل کواریانس به منظور سنجش اثربخشی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی

منبع تغییرات	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگن مجدورات	مقدار F	سطح معناداری	ضریب اتا
پیش آزمون	۱۰۹/۵۴۶	۱	۱۰۹/۵۴۶	۱۱/۵۳۴	۱۰۰۱	۱/۵۴۶
گروه (متغیر مستقل)	۹۶/۴۳۵	۱	۹۶/۴۳۵	۱۹/۵۴۶	۱۰۰۱	۱/۶۷۲
خطا	۳۷/۵۱۲	۲۹	۱/۳۲۸			

آزمایش (کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی) در میزان کیفیت زندگی بعد از تعدیل اثر پیش آزمون تفاوت معنی دار می باشد. در نهایت به این نتیجه می‌توان رسید که کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر افزایش کیفیت زندگی بیماران قلبی اثربخش است.

در جدول ۳ نتیجه آزمون تحلیل کواریانس بوضوح نشان داده شده است. همانطور که در این جدول مبرهن است مجموع مجدورات متغیر مستقل ۹۶/۴۳۵ می باشد که منجر به اندازه آزمون F ۱۹/۵۴۶ می‌شود که اندازه این آزمون F در سطح یک درصد معنی دار است. به عبارتی دیگر، بین دو گروه کنترل و

جدول ۴. نتایج تحلیل کواریانس به منظور سنجش اثربخشی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر تحمل پریشانی

منبع تغییرات	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگن مجدورات	مقدار F	سطح معناداری	ضریب اتا
پیش آزمون	۲۳۵/۹۶۰	۱	۲۳۵/۹۶۰	۱۳/۳۱۲	۱۰۰۱	۱/۴۵۶

گروه (متغیر مستقل)	۲۰۶/۲۳۱	۱	۲۰۶/۲۳۱	۲۱/۵۱۳	۰/۰۱	۵۱۲/
خطا	۵۳/۴۲۳	۲۹	۱/۸۴۲			

بهبود مراقبت از خود می‌شود. مشابه با آموزش آرمیدگی سنتی، مراقبه ذهن‌آگاهی با افزایش فعالسازی پاراسمپاتیک همراه است که می‌تواند به آرامش عمیق ماهیچه و کاهش تنش و برانگیختگی و در نهایت کاهش درد منجر شود (۳۰). به عبارتی می‌توان گفت که تغییر در پذیرش بدون قضاوت کردن با بهبود در کیفیت زندگی بیماران ارتباط دارد (۱). رویکرد ذهن‌آگاهی ممکن است فرد را در برابر بدکارکردی خلق مرتبط با استرس که یکی از عوامل کیفیت زندگی است، با افزایش فرایندهای رویارویی شناختی مانند ارزیابی دوباره مثبت و بهبود مهارت‌های تنظیم هیجانی مانند تحمل پریشانی و نگارنی مفرط بیماران قلبی محافظت کند.

همچنین می‌توان گفت ذهن‌آگاهی با استفاده از فنونی نظیر آموزش آرمیدگی و پذیرش عاری از قضاوت وضعیت موجود، و هشیار بودن نسبت به خویش که از مفاهیم بنیادین این رویکرد است سبب هشیاری از لحظه حاضر و به تبع آن، کاهش استرس، اضطراب و نشخوار ذهنی بیماران می‌شود (۱۴). مکانیسم درمانی پروتکل ذهن‌آگاهی، به این صورت عمل می‌کند که تمرین ذهن‌آگاهی به بیماران اجازه می‌دهد که افکار افسرده کننده و منفی خود را ببینند و متوجه شوند که لزوما در واقعیت منعکس نمی‌شود. همچنین می‌توان گفت که رویکرد ذهن‌آگاهی به بیماران این نگرش را آموزش می‌دهد که افکارها و احساسات گذرا هستند و این نوع نگرش باعث تغییر برداشت‌ها و افکار بیماران در مورد شناخت‌ها و احساسات می‌شود. این نقطه نظر ممکن است باعث کاهش نشخوارهای ذهنی و افکار خودکار و همچنین پریشانی و نگرانی شود و این خود باعث کاهش حالت‌ها و واکنش‌های ناخوشایند می‌شود و بدین ترتیب کیفیت زندگی بیماران قلبی افزایش پیدا می‌کند.

در جدول ۴ نتیجه آزمون تحلیل کواریانس بوضوح نشان داده شده است. همانطور که در این جدول مبرهن است مجموع مجذورات متغیر مستقل ۲۰۶/۲۳۱ می‌باشد که منجر به اندازه آزمون F ۲۱/۵۱۳ می‌شود که اندازه این آزمون F در سطح یک درصد معنی‌دار است. به عبارتی دیگر، بین دو گروه کنترل و آزمایش (کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی) در میزان تحمل پریشانی بعد از تعدیل اثر پیش‌آزمون تفاوت معنی‌دار می‌باشد. در نهایت به این نتیجه می‌توان رسید که کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر افزایش تحمل پریشانی بیماران قلبی اثربخش است.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کیفیت زندگی و تحمل پریشانی بیماران قلبی انجام شد. اولین نتیجه پژوهش نشان داد که کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر بهبود کیفیت زندگی بیماران قلبی موثر است. این نتیجه با نتایج پژوهش‌های مرتبط قلبی مثل قدم پور، مرادی زاده و شاه کرمی (۲۷)، مولیا و فیکو (۲۸) و موس و همکاران (۲۹) همسو بود.

در تبیین این یافته از پژوهش می‌توان ابراز کرد که تکنیک‌ها و تمارین کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی با تقویت و افزایش آگاهی بیماران نسبت به لحظه اکنون، از طریق توجه به تنفس و بدن و همچنین معطوف نمودن آگاهی به اینجا و اکنون، بر سیستم شناختی و پردازش اطلاعات تاثیر مثبت می‌گذارد که همین موجب افزایش کیفیت زندگی بیماران قلبی می‌شود. ذهن‌آگاهی خودنظارت‌گری جسمی و هوشیاری بدن را افزایش می‌دهد که بطور محتمل منجر به بهبود ساز و کارهای بدنی و

نتیجه بعدی پژوهش نشان داد که کاهش استرس مبتنی بر ذهن- آگاهی بر بهبود تحمل پریشانی بیماران قلبی موثر است. این نتیجه با نتایج پژوهش‌های مرتبط قلبی مثل هول و همکاران (۳۱)، کریستینا و همکاران (۳۲)، فلدمن و همکاران (۳۳) همسو بود.

در تبیین این یافته باید گفت تحمل پریشانی یک عامل خطر پدیدار شده برای شکل‌های مختلف آسیب‌شناسی روانی می‌باشد. ساختار تحمل پریشانی به توسعه و نگهداری چندین شکل آسیب‌شناسی روانی کمک نموده است. همچنین جنبه‌های عقلی پریشانی بیان می‌دارند که افرادی که تحمل پریشانی کمتری دارند می‌توانند، بطور سازگارانه رفتار یا پاسخ احساسی، غلبه جهت دار اجتنابی بار پریشانی و زمینه‌های بیرون آمده پریشانی در حال حاضر یا در آینده وفادار باشند. در نتیجه افرادی که تحمل پریشانی کمتری دارند ممکن است از احساسات منفی و یا حالات‌های منفی آزاردهنده مربوطه اجتناب نمایند و برانگیخته شوند به دنبال فرصت‌های تقویتی منفی در صورت وجود باشند مانند فرار یا اجتناب. به عبارت دیگر از نظر تئوریک افرادی که سطح بالاتری از تحمل پریشانی دارند ممکن بیشتر قادر باشند تا به احساسات منفی و حالات‌های آزار دهنده مربوط برسند و زمانی که سازگارپذیر هستند ممکن است بیشتر به دنبال فرصت‌های تقویتی منفی در صورت وجود باشند در نتیجه تحمل یا عدم تحمل پریشانی می‌تواند بر فرآیندهای مختلف دیگر در جنبه‌های متفاوت رفتاری و قوانین از جمله گسترش توجه، ارزیابی پریشانی و تنظیم تعدیل پاسخها به پریشانی تأثیر گذارد (۳۴). از سویی ذهن آگاهی شیوه متفاوتی از مواجهه با افکار ناکارآمد و هیجانات وابسته به آن نظیر اضطراب، درد، پریشانی و افسردگی را ارائه می‌کند. این رویکرد می‌تواند در رهاسازی افراد از افکار اتوماتیک، عاداتها و الگوهای رفتاری ناسالم کمک کند و از این رو نقش مهمی در کاهش استرس و تنظیم

رفتاری ایفا کند. در این شیوه فرد ذهنش آگاه شده و در هر لحظه مهارت‌های شناسایی شیوه‌های مفیدتر را فرا می‌گیرد (۱۳). مطالعات علمی که در پژوهش‌های مختلف صورت گرفته اند، نشان می‌دهند که فنون ذهن آگاهی، متابولیسم و سوخت و ساز بدن، سیستم غدد درون ریز، سیستم عصبی مرکزی، و سیستم اعصاب خودکار را تحت تأثیر قرار می‌دهد. تعداد تنفس، ضربان قلب و فشار خون کاهش یافته و امواج مغزی آلفا افزایش می‌یابد. اینها موجب کاهش اضطراب و تنش می‌شوند. نیاز به مصرف مسکن‌ها نیز کم می‌شود و افسردگی و اضطراب اجتماعی کاهش می‌یابد. عملکرد مغز را در هنگام ذهن آگاهی با نحوه تصویربرداری هلوگرافی مغز و استفاده از دستگاه الکتروانسفالوگرافی می‌توان مطالعه کرد (۳). در کسانی که ذهن آگاهی می‌کنند همچنین، بهبود جریان گردش خون که از عروق محافظت می‌کند، کاهش سطح اسید لاکتیک خون که با کاهش اضطراب مرتبط است و کاهش ضربان قلب که با کاهش نیاز برای پمپاژ، به قلب فرصتی برای استراحت می‌دهد نیز دیده می‌گردد. اثر دیگر ذهن آگاهی، تنفس آرام است که در نتیجه آن بدن اکسیژن کمتری مصرف می‌کند و در نتیجه تحمل پریشانی بیماران قلبی افزایش پیدا می‌کند.

استفاده از روش نمونه‌گیری غیر تصادفی در نمونه‌گیری پژوهش مهمترین محدودیت این پژوهش بود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی به منظور تعمیم دهی بهتر از روش نمونه‌گیری تصادفی استفاده شود. همچنین پیشنهاد می‌شود اثربخشی روش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی با سایر روش‌های روان‌درمانی مانند شناختی-رفتاری و رویکرد پذیرش و تعهد مقایسه شود. در انتها پیشنهاد می‌شود از روش درمان مبتنی بر ذهن آگاهی در کنار درمان‌های پزشکی به عنوان درمان مکمل بر بیماران قلبی استفاده شود.

References

1. Wang Y, Fu C, Liu Y, Li D, Wang C, Sun R, Song Y. A study on the effects of mindfulness-based cognitive therapy and loving-kindness mediation on depression, rumination, mindfulness level and quality of life in depressed patients. *American journal of translational research*. 2021;13(5):4666.
2. Legler S, Celano CM, Beale EE, Hoepfner BB, Huffman JC. Use of text messages to increase positive affect and promote physical activity in patients with heart disease. *Current Psychology*. 2020 Apr;39(2):648-55.
3. Freedland KE, Rich MW, Carney RM. Improving quality of life in heart failure. *Current cardiology reports*. 2021 Nov;23(11):1-7.
4. Khodadad Hatkeh Poshti Z, Hassanzadeh R, Emadian S. The Effectiveness of Emotional Schema Therapy on Neuroticism and the Life Style of Cardiovascular Patients. *JBUMS*. 2021; 23 (1) :46-52
5. Karavidas A, Troganis E, Lazaros G, Balta D, Karavidas IN, Polyzogopoulou E, Parissis J, Farmakis D. Oral sucrosomial iron improves exercise capacity and quality of life in heart failure with reduced ejection fraction and iron deficiency: a non- randomized, open- label, proof- of- concept study. *European Journal of Heart Failure*. 2021 Apr;23(4):593-7.
6. Dupuis J, Langenberg C, Prokopenko I, Saxena R, Soranzo N, Jackson AU, Wheeler E, Glazer NL, Bouatia-Naji N, Gloyn AL, Lindgren CM. New genetic loci implicated in fasting glucose homeostasis and their impact on type 2 diabetes risk. *Nature genetics*. 2010 Feb;42(2):105-16.
7. Morris AP, Voight BF, Teslovich TM, Ferreira T, Segre AV, Steinthorsdottir V, Strawbridge RJ, Khan H, Grallert H, Mahajan A, Prokopenko I. Large-scale association analysis provides insights into the genetic architecture and pathophysiology of type 2 diabetes. *Nature genetics*. 2012 Sep;44(9):981.
8. Bishop M, Stenhoff DM, Shepard L. Psychosocial Adaptation and Quality of Life in Multiple Sclerosis: Assessment of the Disability Centrality Model. *Journal of rehabilitation*. 2007 Jan 1;73(1).
9. Borji M, Otaghi M, Kazembeigi S. The impact of Orem's self-care model on the quality of life in patients with type II diabetes. *Biomedical and Pharmacology Journal*. 2017 Mar 25;10(1):213-20.
10. Luberto CM, Crute S, Wang A, Yeh GY, Celano CM, Huffman JC, Park ER. Lower distress tolerance is associated with greater anxiety and depression symptoms among patients after acute coronary syndrome. *General hospital psychiatry*. 2021 May;70:143.
11. Leyro TM, Zvolensky MJ, Bernstein A. Distress tolerance and psychopathological symptoms and disorders: a review of the empirical literature among adults. *Psychological bulletin*. 2010 Jul;136(4):576.
12. Banducci AN, Bujarski SJ, Bonn-Miller MO, Patel A, Connolly KM. The impact of intolerance of emotional distress and uncertainty on veterans with co-occurring PTSD and substance use disorders. *Journal of anxiety disorders*. 2016 Jun 1;41:73-81.
13. Zvolensky MJ, Vujanovic AA, Bernstein A, Leyro T. Distress tolerance: Theory, measurement, and relations to psychopathology. *Current directions in psychological science*. 2010 Dec;19(6):406-10.
14. Carpenter JK, Sanford J, Hofmann SG. The effect of a brief mindfulness training on distress tolerance and stress reactivity. *Behavior therapy*. 2019 May 1;50(3):630-45.
15. Anestis MD, Pennings SM, Lavender JM, Tull MT, Gratz KL. Low distress tolerance as an indirect risk factor for suicidal behavior: Considering the explanatory role of non-suicidal self-injury. *Comprehensive psychiatry*. 2013 Oct 1;54(7):996-1002.
16. Ellis AJ, Vanderlind WM, Beevers CG. Enhanced anger reactivity and reduced distress tolerance in major depressive disorder. *Cognitive Therapy and Research*. 2013 Jun;37(3):498-509.
17. Slavich GM, Taylor S, Picard RW. Stress measurement using speech: Recent advancements, validation issues, and ethical and privacy considerations. *Stress*. 2019 Jul 4;22(4):408-13.
18. Roemer L, Williston SK, Rollins LG. Mindfulness and emotion regulation. *Current Opinion in Psychology*. 2015 Jun 1;3:52-7.
19. Abbott RA, Whear R, Rodgers LR, Bethel A, Coon JT, Kuyken W, Stein K, Dickens C. Effectiveness of mindfulness-based stress reduction and mindfulness based cognitive therapy in vascular disease: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Journal of psychosomatic research*. 2014 May 1;76(5):341-51.
20. Kabat-Zinn J. Mindfulness. *Mindfulness*. 2015 Dec;6(6):1481-3.
21. Schroevers MJ, Tovote KA, Keers JC, Links TP, Sanderman R, Fleer J. Individual mindfulness-based cognitive therapy for people with diabetes: A pilot randomized controlled trial. *Mindfulness*. 2015 Feb;6(1):99-110.

22. Oraki M, sami P. The Effect of Mindfulness Integrated BehaviorCognitive Therapy on psychological well-being and quality of life among multiple sclerosis patients. *Health Psychology*. 2017; 3 (5): 34-47.
23. van Son J, Nyklíček I, Pop VJ, Blonk MC, Erdtsieck RJ, Pouwer F. Mindfulness-based cognitive therapy for people with diabetes and emotional problems: long-term follow-up findings from the DiaMind randomized controlled trial. *Journal of psychosomatic research*. 2014 Jul 1;77(1):81-4.
24. Mahjoubi B, Mirzaei R, Azizi R, Jafarinia M, Zahedi-Shoolami L. A cross-sectional survey of quality of life in colostomates: a report from Iran. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2012 Dec;10(1):1-6.
25. Simons JS, Gaher RM. The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation and emotion*. 2005 Jun;29(2):83-102.
26. Alavi Kh, Modares ghoravi M, AminYazdi A, Salehi J. The effectiveness of dialectical behavioral therapy in a group manner (based on the components of basic universal consciousness, anxiety tolerance and emotional regulation) on the symptoms of depression in students. *Principles of Mental Health*. 2012; 13 (50): 35-124.
27. Ghadampour E, Moradizadeh S, Shahkarami M. The Effectiveness of Mindfulness Training on Increasing Happiness and Improving Quality of Life in Elderly. *Aging Psychology*. 2018 May 22;4(1):27-38.
28. Mallya S, Fiocco AJ. Effects of mindfulness training on cognition and well-being in healthy older adults. *Mindfulness*. 2016 Apr;7(2):453-65.
29. Moss AS, Reibel DK, Greeson JM, Thapar A, Bubb R, Salmon J, Newberg AB. An adapted mindfulness-based stress reduction program for elders in a continuing care retirement community: Quantitative and qualitative results from a pilot randomized controlled trial. *Journal of Applied Gerontology*. 2015 Jun;34(4):518-38.
30. Greeson JM. Mindfulness research update: 2008. *Complementary health practice review*. 2009 Jan;14(1):10-8.
31. Howell, A.N., Leyro, T.M., Hogan, J., Buckner, J.D., & Zvolensky, M.J. Anxiety sensitivity, distress tolerance, and discomfort intolerance in relation to coping and comfort motives for alcohol use and alcohol use problems among young adult drinkers. *Addictive Behaviors*. 2010; 35(12), 1144-1147.
32. Christina M. Luberto, MA, Alison C. McLeish, PhD, Stephanie A. Robertson, BA, Kimberly M. Avallone, MA, Kristen M. Kraemer, BS, Emily R. Jeffries, BA. The Role of Mindfulness Skills in Terms of Distress Tolerance: A Pilot Test among Adult Daily Smokers. *The American Journal on Addictions*. 2014; 23: 184-188
33. Feldman G, Dunn E, Stemke C, Bell K, Greeson J. Mindfulness and rumination as predictors of persistence with a distress tolerance task. *Personality and individual differences*. 2014 Jan 1;56:154-8.
34. Khajehzadeh P, Sabahi P. The effectiveness of mindfulness training on emotion regulation and distress tolerance in non-clinical examples of obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology*. 2022; 20: 13 (4).

Original Article

The effectiveness of mindfulness-based stress reduction on quality of life and anxiety tolerance of heart patients

Received: 01/01/2021 - Accepted: 17/09/2021

Elahe Haghparast Nasrabadi¹
Mozhgan Mirza²
Marie Hoseini³
Azarmidokht Shahab³
Aysan Sohrabi^{4*}

¹ Department of Clinical Psychology, Islamic Azad University, Khomeini Shahr Branch, Isfahan, Iran

² Assistant Professor Gonbad Kavous University, Faculty of Humanities, Department of Psychology, Gonbad Kavous.

³ Department of Health Psychology, Kish International Branch, Islamic Azad University, Kish Island, Iran.

⁴ Department of Psychology, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran (corresponding Athor)

* Department of Psychology, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

Email: Sohrabiaysan141063@gmail.com

Abstract

Introduction: Cardiovascular diseases are among the chronic diseases. Due to their nature, these types of diseases cause quality of life problems and anxiety in patients. The aim of this study was to determine the effectiveness of mindfulness-based stress reduction on quality of life and anxiety in heart patients.

Method: The research method was quasi-experimental with a pretest-posttest design with a control group. From the statistical population of cardiac patients referred to Tehran Heart Hospital, 32 people were randomly selected and randomly assigned to experimental and control groups. The research questionnaires included the quality of life of the World Health Organization (1996) and Simmons and Gahr (2005). Mindfulness-based stress reduction was applied to the experimental group for ten sessions.

Results: The results of analysis of covariance showed that the post-test scores of quality of life and distress tolerance of heart patients in the experimental group were significantly higher than the control group ($P \leq 0.005$).

Conclusion: Based on the results, mindfulness-based stress reduction was effective in improving the quality of life and tolerance of heart patients, so it can be used as a complementary therapy along with medical methods to improve psychological status (increase quality of life and tolerance). Distress) patients used cardiovascular.

Keywords: Heart patients, Mindfulness, Quality of life, Anxiety tolerance..

conflict of interest: There is no conflict of interest.