



فصلنامه خانواده‌درمانی کاربردی

اثربخشی برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر افسردگی و تبعیت از درمان در بیماران زن کرونر قلبی

دانشجوی دکتری گروه روان‌شناسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران
دانشیار گروه روانشناسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

پریسا کلاهی^{id}

مهديه صالحی^{id*}

محمد ابراهیم مداحی^{id}

مژگان سپاه منصور^{id}

salehimahdiee@gmail.com

ایمیل نویسنده مسئول:

پذیرش: ۱۴۰۱/۰۶/۱۵

دریافت: ۱۴۰۰/۱۲/۲۳

فصلنامه علمی پژوهشی
خانواده درمانی کاربردی

شاپا (الکترونیکی) ۲۴۳۰-۲۷۱۷
<http://Aftj.ir>

دوره ۳ | شماره ۳ | پیاپی ۱۲ | ۴۱۸-۴۳۶
پاییز ۱۴۰۱

نوع مقاله: پژوهشی

به این مقاله به شکل زیر استناد کنید:

درون متن:

(کلاهی، صالحی، مداحی و سپاه منصور، ۱۴۰۱)

در فهرست منابع:

کلاهی، پریسا، صالحی، مهديه، مداحی، محمد ابراهیم، و سپاه منصور، مژگان. (۱۴۰۱). اثربخشی برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر افسردگی و تبعیت از درمان در بیماران زن کرونر قلبی. فصلنامه خانواده‌درمانی کاربردی، ۳(۳ پیاپی ۱۲): ۴۱۸-۴۳۶.

چکیده

هدف: پژوهش حاضر، با هدف تعیین اثربخشی برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر افسردگی، تبعیت از درمان در بیماران کرونری قلبی انجام شده است. **روش پژوهش:** مطالعه حاضر از نوع نیمه تجربی پیش آزمون - پس آزمون و پیگیری با گروه گواه با سنجش در خط پایه پس از مداخله و پیگیری ۳ ماهه با گروه گواه انجام گرفت. تعداد ۵۲ نفر از بیماران زن با تشخیص بیماری عروق کرونر قلبی از میان بیماران مراجعه کننده به پلی کلینیک تخصصی حضرت فاطمه (س) (سازمان تامین اجتماعی) واقع در شهرستان ارومیه در ماههای شهریور ماه تا آذر ماه ۱۳۹۹ انتخاب و به طور تصادفی به گروه آزمایش (برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی (n=26)) و گواه (n=26) گماشته شدند. کلیه شرکت کنندگان پرسشنامه دموگرافیک، پرسشنامه افسردگی بک و همکاران (۱۹۹۶) و پرسشنامه تبعیت از درمان موريسکی، انگ و وود در سال (۲۰۰۸) را در سه مرحله تکمیل کردند. برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی در هشت جلسه به صورت هفتگی و براساس بسته آموزشی موجاری و همکاران (۲۰۱۴) انجام شد. پژوهش با استفاده از تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر چند متغیری و همچنین آزمون‌های تعقیبی توکی تحلیل شدند. **یافته‌ها:** نتایج پژوهش حاضر نشان داد برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر افسردگی ($F=561/08$, $P > 0/001$) و تبعیت از درمان ($F=373/51$, $P > 0/001$) در بیماران کرونری قلبی موثر بود و این تاثیر تا دوره پیگیری ادامه داشت. **نتیجه‌گیری:** نتایج این پژوهش نشان داد که درمان مذکور می‌تواند در کاهش افسردگی و بهبود تبعیت از درمان در بیماران زن مبتلا به بیماری قلبی - عروقی به عنوان مداخلات روانشناسی استفاده شود.

کلیدواژه‌ها: افسردگی، برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی، تبعیت از درمان

مقدمه

بیماری عروق کرونر قلب^۱ (CHD) یکی از رایج‌ترین انواع بیماری‌های قلبی^۲ (CVD) (تام، ایم و لی، ۲۰۲۰)، حاصل پلاک آترواسکلروتیک^۳ در سرخرگ‌های کرونری و از تجمع کلسترول^۴ و رسوبات چربی^۵ (پلاک) در داخل عروق می‌باشد (فیتزجرالد، هنینگن، اکورمن و مک‌کارون، ۲۰۱۹). وجود پلاک باعث می‌شود رگ‌ها قادر به رساندن خون غنی به اکسیژن و مواد مغذی کافی به قلب نباشند (عباسی، مومنین، اسلامی‌مقدم، سروی و حاکی، ۲۰۱۷). مطالعات عوامل خطر و ریسک فاکتورهای بیماری عروق کرونر قلب را به دو دسته غیر قابل اصلاح همچون سن، جنسیت و سابقه خانوادگی و اصلاح پذیر مانند تغذیه^۶، عدم مصرف سیگار، فعالیت فیزیکی مناسب، شاخص توده بدنی^۷، فشار خون اولیه^۸، استرس و در کل سبک زندگی طبقه بندی می‌کنند (عبد و ابوه‌داف، ۲۰۱۳). با این حال پژوهش‌ها حاکی از آن هستند که حتی زمانی که افراد دارای سابقه خانوادگی و ریسک فاکتورهای ژنتیکی هستند، تنها با اصلاح سبک زندگی (الاگیل، گیل‌فورد، مک‌درموت و رایت، ۲۰۱۷). می‌توانند تا ۵۰٪ خطر مبتلا شدن به بیماری‌های قلبی - عروقی و بستری شدن‌های مجدد پس از ابتلاء را کاهش دهند (بانسیلال، کاستلانو، گاریدو، وی، فریمن و همکاران، ۲۰۱۶).

علاوه بر آن مطالعات حاکی از آن هستند که افراد مبتلا به بیماری کرونر قلب اغلب به دلیل تشخیص، بستری شدن در بیمارستان، جراحی، عدم اطمینان از نتیجه، تغییر در نقش، ترس از مرگ، تردید در مورد پیشرفت در بهبود، درماندگی و از دست دادن کنترل، دچار پریشانی و استرس می‌شوند. استرس بیماران قلبی را در معرض خطر بیش‌تر عوارض، از جمله مرگ ناگهانی قلبی قرار می‌دهد. بنابراین بسیار مهم است که در مراقبت از افراد مبتلا به CHD بر نیازهای روان شناختی نیز متمرکز باشد (بارنز، هنسن، نوویلا، مگنسن، کوندل و همکاران، ۲۰۲۰)، چرا که در برخی افراد استرس باعث بروز رفتارهایی همچون سیگار کشیدن، پرخوری و میل به کربوهیدرات که خود منجر به چاقی می‌شود، می‌گردد. در پژوهش‌هایی که به بررسی اختلال‌های روان‌شناختی در بیماران قلب و عروق پرداخته‌اند، به طور مکرر مشاهده شده است که این بیماری با افسردگی، اضطراب و استرس همراه می‌باشد (باسا، ۲۰۱۲). افسردگی هم در افراد سالم و هم در بیماران مبتلا به کرونری قلب خطر حوادث قلبی را افزایش می‌دهد (انجمن بیماری‌های قلبی - عروقی، ۲۰۲۰). هم‌چنین، اضطراب و استرس به عنوان پیش‌بینی کننده‌های مهم در بیماری‌های عروق کرونر معرفی شده‌اند (انجمن توانبخشی قلب، ۲۰۲۱). عده‌ای از پژوهشگران معتقدند که هر کدام از علایم افسردگی، اضطراب و استرس می‌توانند به عنوان یک عامل ابتلا به بیماری‌های قلبی عمل نموده و طول دوره، پیش‌آگهی و کیفیت زندگی بیماری‌های کرونری قلب را کاهش دهند (کاساس و همکاران، ۲۰۱۸). به عنوان مثال،

1. Coronary Heart Disease
2. Cardiovascular Disease
3. Atherosclerotic Plaque
4. Cholesterol
5. Fatty Deposits
6. Nutrition
7. Body Mass Index
8. Primary Hypertension

گفته می‌شود که خلق افسرده از پیش‌بینی کننده‌های بسیار مهم در بیماری کرونری قلب می‌باشد (دلیری راد، قزلیه و سیدفاطمی، ۲۰۱۹).

درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی یکی از شیوه‌های پزشکی مکمل است که در بیش از ۲۰۰ بیمارستان آمریکایی استفاده شده است و موضوع برخی مطالعات تحقیقی در مرکز ملی طب مکمل و جایگزین می‌باشد. این درمان‌ها یک مداخله رفتاری هستند که بر مبنای توجه و تمرکز به خود استوار می‌باشد (دی‌وگلی، چاندولا و مارموت، ۲۰۰۷). تمرینات بصورت تمرکز بر روی افکار و احساسات و ادراک انجام می‌شود (ایکار، سالیوان، کلی-هیز، دی‌آگوستینو و بنجامین، ۲۰۰۷). این مهارت‌ها از طریق تمرکز بر روی تنفس با تمام فعالیت‌های زندگی حاصل می‌آید. در واقع، در برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی افراد یاد می‌گیرند پذیرش و دلسوزی را بجای قضاوت کردن تجربه شان گسترش دهند و هشیاری لحظه حاضر را بجای هدایت خودکار^۱ ایجاد کنند و شیوه‌های جدید پاسخ دادن به موقعیت‌ها را یاد بگیرند (ایرام، حسنی و مرادی، ۲۰۱۵). به همین خاطر هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر افسردگی، تبعیت از درمان در بیماران کرونری قلبی بود. بنابراین پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به سوالات زیر بود:

- ۱- آیا برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر افسردگی، تبعیت از درمان در بیماران کرونری قلبی در مرحله پس‌آزمون موثر بود؟
- ۲- آیا برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر افسردگی، تبعیت از درمان در بیماران کرونری قلبی در مرحله پیگیری پایدار بود؟

روش پژوهش

روش پژوهش حاضر کاربردی از نوع نیمه تجربی پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعه آماری کلیه بیماران زن مبتلا به بیماری کرونری قلبی زودرس با سن کمتر از ۶۰ سال مراجعه کننده به پلی کلینیک تخصصی حضرت فاطمه (س) (سازمان تامین اجتماعی) در ماه‌های شهریور ماه تا آذر ماه ۱۳۹۹ بوده است که از بین آن‌ها ۵۲ نفر انتخاب و به طور تصادفی در گروه‌های آزمایش (۲۶ نفر) و گواه (۲۶ نفر) جایگزین شدند. ملاک‌های ورود و خروج این مطالعه عبارت بودند از: تشخیص بیماری کرونری قلبی زودرس بر اساس معیارهای سازمان بهداشت جهانی در بیماران تأیید گردد، دارا بودن تحصیلات راهنمایی به بالا، داشتن سن بین ۴۰ تا ۶۰ سال، عدم وجود سابقه بیماری عصبی و روانی و سابقه بستری در بیمارستان، عدم سوءمصرف مواد، توانایی شرکت در جلسه‌های گروه‌درمانی، تمایل به همکاری، ملاک‌های خروج از مطالعه برای گروه آزمایش: عدم حضور در جلسات مداخله بیش از دو جلسه، عدم تمایل به ادامه حضور در جلسات مداخله. به منظور جمع‌آوری داده‌های جمعیت شناختی لازم به عنوان اطلاعات پایه مشتمل بر سن، وضعیت تأهل، تحصیلات، وضعیت اجتماعی - اقتصادی، از پرسشنامه جمعیت شناختی استفاده شد که توسط بیمار تکمیل گردید.

1. automatic pilot

ابزار پژوهش

۱. **پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناسی.** هدف از این پرسشنامه، جمع آوری داده‌های جمعیت شناختی لازم به عنوان اطلاعات پایه مشتمل بر سن، وضعیت تأهل، تحصیلات، وضعیت اجتماعی - اقتصادی، زمینه آموزشی و سابقه شغلی و همینطور سؤالاتی در مورد نحوه کنترل فشار خون توسط بیمار، مصرف الکل و سیگار توسط بیمار بود.

۲. **سیاهه افسردگی بک - ویرایش دوم.** سیاهه افسردگی بک اولین بار توسط بک، وارد، مندلسون، موک و ارباب (۱۹۶۱) ساخته شد و ویرایش دوم آن نیز توسط بک و همکاران (۱۹۹۶) مورد بازنگری قرار گرفت. این سیاهه، یک ابزار خودگزارش دهی برای سنجش شدت افسردگی در افراد ۱۳ سال به بالا است، دارای ۲۱ ماده است که برای ارزیابی علایم افسردگی (مانند غمگینی، احساس شکست، احساس گناه) مورد بررسی قرار می‌گیرد. نتایج پژوهش بک و دیگران (۱۹۹۶) نشان داد که سیاهه افسردگی بک-ویرایش دوم، همسانی درونی بالایی دارد. همچنین، پژوهش دیگری ضریب آلفای کرونباخ $0/91$ ، ضریب همبستگی دونیمه $0/89$ ، ضریب بازآزمایی به فاصله یک هفته $0/94$ را گزارش کرده است. کاپچی، اوسلو، تورکجه‌پار و کاراوغلان (۲۰۰۸) در نمونه غیربالینی و بالینی ضرایب همسانی درونی را به ترتیب $0/90$ و $0/89$ و ضریب بازآزمایی را در نمونه غیربالینی $0/94$ ، همچنین ضریب روایی سیاهه افسردگی بک را $0/86$ گزارش کردند. قاسم‌زاده، مجتبابی، کرم‌قدیری و ابراهیم‌خانی (۲۰۰۵) ضریب اعتبار کل سیاهه را $0/87$ و ضریب بازآزمایی را $0/74$ گزارش کرد. در این پژوهش، همسانی درونی [ضریب آلفای کرونباخ] سیاهه افسردگی بک برای حجم نمونه $n=36$ ($0/93$) به دست آمد. با توجه به این که آلفای کرونباخ سیاهه مذکور بیش‌تر از $0/7$ است، می‌توان گفت از اعتبار بالایی برخوردار است.

۳. **مقیاس تبعیت از درمان MMAS-8:** مقیاس تبعیت از درمان دارای ۸ آیتم است که توسط موریسکی، انگ و وود در سال (۲۰۰۸) ساخته شده است. این پرسشنامه، تنها در آیتم ۸ بر درجه‌بندی چهارگانه لیکرت صورت بندی شده است و در بقیه آیتم‌ها به صورت بلی=۱ و خیر=۰ پاسخ داده می‌شود. روایی مقیاس تبعیت از درمان توسط سازندگان آن مورد تایید قرار گرفت. اعتبار آن نیز با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ توسط باگبی و دیگران (۲۰۱۰) $0/87$ گزارش شده است. در مطالعه انجام شده در سال ۲۰۱۴ در ایتالیا، روایی و پایایی این پرسشنامه بر روی بیماران انجام شده است. ضریب همبستگی و آلفا کرونباخ آن به ترتیب $0/68$ و $0/62$ برآورد شده است. در پژوهش کاظمی مجد، حسینی نوروزی (۱۳۹۶) ضمن سنجش روایی صوری و محتوایی این ابزار توسط اساتید متخصص، پایایی آن با روش آلفای کرانباخ $0/68$ گزارش شد. در این پژوهش، همسانی درونی [ضریب آلفای کرونباخ] مقیاس تبعیت از درمان برای حجم نمونه $n=78$ ($0/69$) به دست آمده است. با توجه به این که آلفای کرونباخ مقیاس مذکور بیش‌تر از $0/7$ است نشان می‌دهد مقیاس تبعیت از درمان از اعتبار بالایی برخوردار است. خلاصه‌ای از دستورالعمل اجرایی جلسات درمان برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی در جدول ۱ ارائه شد که در ادامه ذکر گردیده است (موچاری و همکاران، ۲۰۱۴).

جدول ۱. ساختار پروتکل برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی

جلسات	اهداف	محتوای جلسات	تکالیف
جلسه اول	معرفی اعضای گروه و اجرای پیش‌آزمون	بحث در مورد حدود رفتاری و توضیح قوانین و اصول و قراردادهای حاکم بر جلسات مشاوره‌ای، رضایت آگاهانه افراد گروه برای انجام فرایند درمان، مطرح کردن اهداف درمان و این که تغییر امکان‌پذیر است. معرفی سیستم هدایت خودکار/ نحوه کاربرد آگاهی در لحظه حاضر از احساسات بدنی، تفکرات و هیجان‌ها در کاهش استرس/ تمرین خوردن کشمش و دادن پسخوراند و بحث در مورد تمرین / فضای تنفس سه دقیقه‌ای / تعیین تکلیف هفته	به کار گیری تمرینات و کاربرگ‌های لازم جهت کنترل و کاهش فشار خون، همچنین آموزش روانی درباره ماهیت بیماری قلبی، عوامل زمینه ساز، آشکارکننده، تداوم بخش و بهبود دهنده آن ؛ سنجش فشار خون
جلسه دوم	تنظیم قرارداد بین بیمار و درمانگر جهت کاهش فشار خون، آشنایی با مفاهیم درمانی نقد و بررسی	بر آگاهی روانی فرد در لحظه حال افزوده می‌شود؛ یعنی فرد از تمام حالات روانی، افکار و رفتار خود در لحظه حال آگاهی می‌یابد، تمرین مجدد واریسی بدن / دادن پسخوراند و بحث در مورد تمرین واریسی بدن/تمرین مراقبه ذهن آگاهی تنفس / تمرین کششی یوگا / توزیع جزوات جلسه دوم و سی دی مراقبه‌ها	برگه راهنمای ذهن آگاهی چیست، تاثیر بر شناسایی و آگاهی و آغاز تمرینات مربوط خوردن ذهن آگاه. انجام تکنیک اسکن بدن / سنجش فشار خون.
جلسه سوم	تکلیف قبل	انجام نشست هشیارانه با آگاهی از تنفس (مراقبه نشسته) / انجام تمرینات یوگا (در نمازخانه بیمارستان) / تمرین فضای تنفس سه دقیقه‌ای / توزیع جزوات جلسه سوم و نوار مربوط به حرکات یوگا	یادداشت تجربه روزانه، انجام تمرینات تنفس سه دقیقه‌ای / سنجش فشار خون
جلسه چهارم	بررسی تجربیات فرد از جلسه قبل تاکنون	انجام مجدد تمرین واریسی بدن / انجام تمرینات مربوط به یوگای بهشیار (در نمازخانه بیمارستان) / تمرین پنج دقیقه‌ای "دیدن یا شنیدن" / تمرین مجدد نشست هشیارانه با آگاهی از تنفس و بدن/ توزیع جزوات شرکت کنندگان در جلسه چهارم و سی دی مراقبه‌ها	بررسی تکالیف خانگی، تکالیف: تمرین ذهن آگاهی
جلسه پنجم	ادامه تجربیات ذهن آگاهی	تمرین تنفس/تمرین مجدد نشست هشیارانه (آگاهی از تنفس ، بدن ، صداها ، افکار) / توضیحاتی پیرامون استرس و شناسایی واکنش‌های شرکت کنندگان نسبت به استرس/ بررسی آگاهی از وقایع خوشایند و ناخوشایند بر احساس، افکار و حسهای بدنی / انجام تمرینات یوگای هوشیارانه / تمرین فضای تنفس سه دقیقه‌ای/ توزیع جزوات	سنجش فشار خون؛ تمرین فضای تنفس سه دقیقه‌ای؛
جلسه ششم	تمرینات آگاهی از احساسات بدنی و بحث پیرامون آن، بحث پیرامون	انجام یوگای هوشیارانه / انجام مراقبه نشسته/حضور ذهن از صداها و افکار) / توزیع جزوات جلسه ی ۶ و نوار شماره ۴ بین شرکت کنندگان	انجام مراقبه نشسته ؛ انجام تکنیک اسکن بدن؛ سنجش فشار خون

	کنترل فشار خون	
جلسه هفتم	هدف جلسه کمک به افراد گروه که خود کارآمدی خود را مطابق با ارزش-های فرد نیست، بشناس	انجام مراقبه کوهستان / بهداشت خواب / تکرار تمرینات تمرین فضای تنفس سه دقیقه ای؛ کاهش فشار خون، سنجش فشار خون
جلسه هشتم	کشف ارتباط بین اهداف و فعالیت ها و استحکام بخشیدن به عوامل تمایل و گسلش	تمرین واریسی بدن / بازنگری کل برنامه / واریسی و بحث در مورد برنامه ها / انجام مراقبه سنگ، مهره و تپله / ارائه خلاصه ای از محتوای جلسات قبل و اجرای پس آزمون بحث و گفتگو و اصلاح برنامه بعد از درمان پایان درمان و پیشگیری از عود: ادامه جلسات می تواند ماهانه با رضایت مراجعان و نیز جلسات ۳۰ دقیقه یا کمتر به صورت تلفنی. سنجش فشار خون

روش اجرا. در این تحقیق، پژوهشگر بعد از کسب تاییدیه از کمیته اخلاق، با شماره IR.IAU.TMU.REC.1399.401 در تحقیق حاضر پس از تایید پروپزال و دریافت مجوز از طرف دانشگاه و اخذ موافقت از سوی پلی کلینیک تخصصی حضرت فاطمه (س) (سازمان تامین اجتماعی) واقع در شهرستان ارومیه، از بین بیماری کرونری قلبی زودرس با سن کمتر از ۶۰ سال مراجعه کننده به بیمارستان مذکور افراد نمونه براساس ملاک های ورود انتخاب شدند و سپس توضیحاتی در مورد تحقیق به آنها داده شد. پس از اخذ موافقت کتبی از آنها مبنی بر شرکت در پژوهش افراد بصورت تصادفی در گروه های مورد مطالعه قرار گرفتند. کلیه شرکت کنندگان فشار خون آنها قبل از شروع مداخلات و سپس بلافاصله پس از اتمام دوره اندازه گیری شد. مداخله های یاد شده براساس پروتکل برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی توسط دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی با آشنایی لازم از روش مداخله و با توجه به معیارهای اخلاقی پژوهش نظیر رضایت آگاهانه و حفظ اسرار شرکت کنندگان برگزار شد. شرکت کنندگان در سه نوبت، قبل از مداخله (پیش آزمون) بعد از انجام مداخله (پس آزمون) و ۳ ماه بعد از انجام مداخله (مرحله پیگیری) مورد سنجش قرار گرفتند. درمان به صورت گروهی طی ۸ جلسه یکبار در هفته به مدت دو ساعت برای شرکت کنندگان گروه آزمایش اجرا شد. افراد گروه گواه هیچ مداخله درمانی دریافت نکردند. به دلیل ملاحظات اخلاقی در پایان پژوهش، افراد گروه گواه نیز وارد درمان شدند.

یافته‌ها

در این پژوهش اثربخشی برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر مؤلفه‌های اضطراب و فشار خون بر ۵۲ بیمار بیماران قلبی - عروقی (۲۶ گروه گواه، ۲۶ گروه آزمایش) مورد بررسی قرار گرفت. جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد اطلاعات جمعیت شناختی این بیماران را به تفکیک دو گروه ارائه می‌دهد.

جدول ۲. فراوانی و درصد اطلاعات جمعیت شناختی (وضعیت تاهل، سطح تحصیلات و درآمد) به تفکیک

گروه		برنامه کاهش استرس		گواه		Chi-square	
		استرس					
		P	F	P	F	value	Sig
تاهل	مجرد	-	-	۴	۱۵/۴	۶/۸۸	۰/۱۴۲
	متاهل	۱۵	۵۷/۷	۱۶	۶۱/۵		
	مطلقه	۱۱	۴۲/۳	۶	۲۳/۱		
تحصیلات	زیردیپلم	۳	۱۱/۵	۱	۳/۸	۵/۵۱	۰/۴۸۰
	دیپلم	۵	۱۹/۲	۱۰	۳۸/۵		
	لیسانس	۱۵	۵۷/۷	۱۲	۴۶/۲		
	ارشد	۳	۱۱/۵	۳	۱۱/۵		
	دکتری						
سطح درآمد	کم	۲	۷/۷	۴	۱۵/۴	۰/۷۵۴	۰/۶۸۶
	متوسط	۲۴	۹۲/۳	۲۲	۸۴/۶		

همچنین بررسی تفاوت فراوانی در سه گروه با توجه به نتایج آزمون خی دو حاکی از عدم وجود تفاوت معنی دار در وضعیت تاهل، سطح تحصیلات و سطح درآمد در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه بود. قبل از بررسی فرضیه‌های پژوهش ابتدا داده‌های پژوهش به تفکیک گروه‌ها (گواه-آزمایش) و آزمون (پیش آزمون- پس آزمون- پیگیری) از لحاظ نرمال بودن داده‌ها با استفاده از آزمون توزیع نرمال کلموگروف اسمیرنو و شاپیرو-ویلک بررسی شد. نتایج برای هر گروه آزمایش (رفتار درمانی) و گروه گواه در مؤلفه‌های تبعیت از درمان و افسردگی نشان داد نتایج آزمون توزیع نرمال شاپیرو و ویلک در گروه آزمایش برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی نشان داد که مفروضه نرمال بودن داده‌ها در ابعاد افسردگی در مرحله پیش آزمون و پس آزمون و تبعیت درمان در مرحله پیش آزمون و پیگیری از توزیع نرمال برخوردار است ($P > 0/01$) اما برای سایر ابعاد و مراحل آزمون داده‌ها از توزیع نرمال برخوردار نبودند ($P < 0/05$). با توجه به عدم برخورداری توزیع نرمال در این ابعاد، باید در تعمیم نتایج این مؤلفه جانب احتیاط را رعایت نمود.

جدول ۳. میانگین نتایج پیش آزمون - پس آزمون - پیگیری تبعیت از درمان و افسردگی به تفکیک گروه و آزمون

متغیر وابسته		تبعیت از درمان			مقایسه پیش آزمون‌ها در سه گروه
آزمایش ۱	تحریک الکتریکی				$F=1/13$
	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری		$Si g=0/326$
	میانگین	۹/۶۱	۱۶/۲۶	۱۵/۵۰	
	انحراف معیار	۰/۵۷	۱/۳۷	۱/۰۲	
آزمایش ۲		برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی			مقایسه پس آزمون‌ها در سه گروه
آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری		$F=289/86$
	میانگین	۹/۵۰	۱۹/۶۱	۱۵/۴۲	$Si g=0/001$
	انحراف معیار	۰/۵۰	۱/۸۷	۱/۳۹	
	گواه	گواه			مقایسه پیگیری در سه گروه
آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری		$F=147/308$
	میانگین	۹/۳۸	۱۰/۴۲	۱۰/۶۹	$0/001$
	انحراف معیار	۰/۵۷	۰/۶۴	۱/۰۱	
	متغیر وابسته	افسردگی			مقایسه پیش آزمون‌ها در سه گروه
آزمایش ۱	تحریک الکتریکی				$F=1/08$
	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری		$Si g=0/344$
	میانگین	۵۷/۴۶	۳۴	۴۰/۹۶	
	انحراف معیار	۲/۲۰	۲/۲۱	۲/۳۴	
آزمایش ۲		برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی			مقایسه پس آزمون‌ها در سه گروه
آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری		$F=351/758$
	میانگین	۵۳/۳۸	۳۰/۳۴	۳۲/۲۳	$Si g=0/001$
	انحراف معیار	۲/۱۷	۳/۵۲	۳/۲۴	
	گواه	گواه			مقایسه پیگیری در سه گروه
آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری		$F=429/68$
	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری		$0/001$

نتایج جدول ۳ نشان داد که میانگین متغیر افسردگی در مرحله پیش آزمون بین سه گروه تفاوت معنی داری وجود ندارد که نشانگر همگن بودن سه گروه در پیش آزمون است، اما تفاوت بین سه گروه در مراحل پس آزمون معنی دار بود که حاکی از اثربخشی مداخله در گروه‌های آزمایش نسبت به گروه گواه است. همچنین وجود تفاوت معنی دار در سه گروه در مرحله پیگیری نیز حاکی از پایداری اثربخشی در گروه‌های آزمایش می‌باشد.

جهت بررسی اثربخشی برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر ابعاد تبعیت از درمان و افسردگی از تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر چند متغیری استفاده شد. از این رو ابتدا پیش فرض‌های این آزمون برای هر متغیر مورد بررسی قرار گرفت. نتایج آزمون کرویت بارلت ($P < 0/001$, $X^2 = 440/218$) بیانگر رعایت پیش فرض این آزمون بود (همبستگی بین متغیرهای وابسته)، سپس نتایج آزمون ام باکس جهت بررسی مفروضه همگنی ماتریس کوواریانس بررسی شد که نشان داد این مفروضه برای مؤلفه‌های مورد بررسی برقرار نمی‌باشد ($P < 0/001$, $F_{231, 7627/42} = 1/472$, $BoxM = 629/145$) که البته با توجه به بالا بودن حجم نمونه دو گروه می‌توان گفت این آزمون نسبت به تخطی از این مفروضه مقاوم است. سپس مفروضه کرویت با استفاده از آزمون موچلی برای همه‌ی متغیرهای مورد بررسی اجرا شد.

جدول ۴. نتایج آزمون لون جهت بررسی همگنی واریانس خطا

مولفه‌ها	F	Df1	Df2	Sig
تبعیت از درمان_۱	۰/۰۰۴	۱	۵۰	۰/۹۵۲
تبعیت از درمان_۲	۳۲/۰۸۰	۱	۵۰	۰/۰۰۱
تبعیت از درمان_۳	۲/۶۸۳	۱	۵۰	۰/۱۰۸
افسردگی_۱	۳/۷۵۵	۱	۵۰	۰/۰۵۸
افسردگی_۲	۱/۱۷۹	۱	۵۰	۰/۲۸۳
افسردگی_۳	۰/۳۲۶	۱	۵۰	۰/۵۷۱

نتایج آزمون‌های چند متغیری نشان داد که ارائه برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی در عامل گروه ($\eta^2 = 0/971$, $P < 0/001$, $F = 210/108$, $Pillai's trace = 0/971$) و در عامل زمان ($\eta^2 = 0/987$, $P < 0/001$, $F = 194/589$, $Pillai's trace = 0/987$) و اثر تعاملی زمان و گروه ($\eta^2 = 0/982$, $P < 0/001$, $F = 146/805$, $Pillai's trace = 0/982$) معنی‌دار می‌باشد. این نتایج نشان می‌دهد که مداخله برنامه کاهش استرس بر ابعاد مورد بررسی اثر بخش می‌باشد. نتایج آزمون‌های چند متغیری به صورت کامل در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵. نتایج آزمون‌های چند متغیری بررسی اثربخشی برنامه کاهش استرس بر ابعاد مورد بررسی

آزمون	Value	F	Sig	n2	
بین گروهی	گروه	اثر پیلائی	۰/۹۷۱	۲۱۰/۱۰۸	۰/۰۰۱
		لامبدای ویلکز	۰/۰۲۹	۲۱۰/۱۰۸	۰/۰۰۱
		اثر هاتلینگ	۳۳/۴۲۶	۲۱۰/۱۰۸	۰/۰۰۱
		بزرگ ترین ریشه روی	۳۳/۴۲۶	۲۱۰/۱۰۸	۰/۰۰۱
درون گروهی	زمان	اثر پیلائی	۰/۹۸۷	۱۴۹/۵۸۹	۰/۰۰۱
		لامبدای ویلکز	۰/۰۱۳	۱۴۹/۵۸۹	۰/۰۰۱
		اثر هاتلینگ	۷۳/۶۲۸	۱۴۹/۵۸۹	۰/۰۰۱

بزرگ‌ترین ریشه روی	۷۳/۶۲۸	۱۴۹/۵۸۹	۰/۰۰۱	۰/۹۸۷
زمان و گروه	۰/۹۸۲	۱۴۶/۸۰۵	۰/۰۰۱	۰/۹۸۲
اثربخشی و لکس	۰/۰۱۸	۱۴۶/۸۰۵	۰/۰۰۱	۰/۹۸۲
اثربخشی و لکس	۵۵/۵۴۸	۱۴۶/۸۰۵	۰/۰۰۱	۰/۹۸۲
بزرگ‌ترین ریشه روی	۵۵/۵۴۸	۱۴۶/۸۰۵	۰/۰۰۱	۰/۹۸۲

سپس نتایج آزمون اثر بین گروهی جهت بررسی اثربخشی بر تک تک ابعاد مورد بررسی نشان داد که در دو گروه گواه و آزمایش در متغیر تبعیت از درمان ($P < ۰/۰۰۱$ ، $F = ۳۷۳/۵۱۴$)، افسردگی ($P < ۰/۰۰۱$)، $۰/۸۶$ ($F = ۵۶۱/$) تفاوت معنی داری بین دو گروه آزمایش و گواه وجود دارد و مقایسه میانگین‌ها حاکی از بالاتر رفتن میانگین تبعیت از درمان و نیز کاهش افسردگی در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه بود. نتایج این آزمون در جدول ۶ ارائه شده است.

جدول ۶. نتایج آزمون جهت مقایسه اثر بین گروهی در دو گروه آزمایش و گواه

متغیر	مجموع مجذور	Df	میانگین مجذور	F	Sig	n2
تبعیت از درمان	۲۸۴/۶۶۹	۱	۲۸۴/۶۶۹	۳۷۳/۵۱۴	۰/۰۰۱	۰/۸۸۲
افسردگی	۱۰۷۴۰/۵۲۱	۱	۱۰۷۴۰/۵۲۱	۵۶۱/۰۸۶	۰/۰۰۱	۰/۹۱۸

همچنین نتایج آزمون اثر درون گروهی جهت مقایسه گروه‌ها در طی مراحل آزمون نشان داد که اثر عامل زمان برای متغیرهای تبعیت از درمان ($\eta^2 = ۰/۹۲۰$ ، $P < ۰/۰۰۱$ ، $F_{GG1/97} = ۵۷۲/۳۲۰$)، افسردگی ($\eta^2 = ۰/۸۳۴$ ، $P < ۰/۰۰۱$ ، $F_{GG1/28} = ۲۵۱/۶۸۴$)، معنی دار است. نتایج این تحلیل به صورت کامل در جدول ۷ ارائه شده است.

جدول ۷. نتایج آزمون اثر درون گروهی بررسی اثربخشی برنامه کاهش استرس بر ابعاد مورد بررسی

متغیر	آزمون	مجموع مجذور	Df	میانگین مجذور	F	Sig	n2
تبعیت از درمان	از گرین‌هاوس گیزر	۸۳۲/۳۵۹	۱/۹۷۴	۴۲۱/۵۵۶	۵۷۲/۳۲۰	۰/۰۰۱	۰/۹۲۰
افسردگی		۱۴۱۹۶/۲۶۹	۱/۲۰۶	۱۱۷۶۸/۸۴۹	۲۵۱/۶۸۴	۰/۰۰۱	۰/۸۳۴

سپس جهت مقایسه میانگین‌های دو گروه در هر سه مرحله ارزیابی از آزمون مقایسه‌های جفتی استفاده شد تا علاوه بر اثربخشی مداخله پایداری درمان نیز در مرحله پیگیری بررسی شود و نتایج این تحلیل در جدول ۸ ارائه شده است.

جدول ۸. مقایسه جفتی گروه آزمایش و گواه در مراحل ارزیابی

مؤلفه	آزمون	گروه ۱	گروه ۲	اختلاف میانگین	خطای استاندارد	سطح معنی داری
تبعیت از درمان	پیش آزمون	آزمایش	گواه	۰/۱۱۵	۰/۱۵۰	۰/۴۴۶
	پس آزمون	آزمایش	گواه	۹/۱۹۲	۰/۳۸۹	۰/۰۰۱
	پیگیری	آزمایش	گواه	۴/۷۳۱	۰/۳۳۷	۰/۰۰۱
افسردگی	پیش آزمون	آزمایش	گواه	-۱/۵۷۷	۱/۲۵۱	۰/۲۱۳
	پس آزمون	آزمایش	گواه	۴۶/۰۳۸	۲/۰۸۴	۰/۰۰۱
	پیگیری	آزمایش	گواه	۴۱/۷۶۹	۱/۶۸۸	۰/۰۰۱

نتایج این پژوهش نشان داد که مداخله طبق برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر ابعاد مورد بررسی در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه اثربخش بوده است و مقایسه میانگین‌های دو گروه در مراحل پس آزمون و پیگیری حاکی از پایداری اثر مداخله در گروه آزمایش بود.

بحث و نتیجه‌گیری

این مطالعه با هدف بررسی تاثیر برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر افسردگی و تبعیت از درمان در بیماران زن کرونری قلبی طراحی و اجرا گردید. در مطالعه حاضر مشاهده شد که نتایج مربوط به مشخصات فردی واحدهای مورد پژوهش که شامل بیماران می‌باشد، در دو گروه گواه و مداخله از نظر ویژگی‌های فردی، تفاوت آماری معناداری نداشته و به عبارتی دو گروه از نظر این ویژگی‌ها با هم همگن بودند؛ لذا مقایسه دو گروه با توجه به مداخله صورت گرفته، در گروه آزمایش تغییرات در بر افسردگی و تبعیت از درمان بهتر صورت گرفت. در تبیین دیگر یافته پژوهش حاضر می‌توان گفت افزایش انگیزه درونی و آمادگی فرد برای تغییر، افزایش مشارکت فعال‌تر، ماندگاری و پایداری بیش‌تر به برنامه درمان، تقویت رفتار مثبت، افزایش نگرانی در مورد رفتار ناسالم تغذیه‌ای به طور غیر مستقیم و بدون فشار و اجبار، مشارکت در تنظیم برنامه کار، بررسی سود و زیان تغییر، تعیین ارزش‌های اصلی زندگی، افزایش تضاد بین ارزش‌ها و رفتار تغذیه‌ای، ارائه اطلاعات، ارزیابی و تقویت اطمینان به تغییر و حمایت از تبعیت از درمان، تاکید بر حس خودمختاری و آزادی عمل در طی جلسات درمان برای بیماران مطرح و راهکارهایی جهت تقویت آن‌ها ارائه گردید (پالرمو و همکاران، ۲۰۰۷). در تبیین دیگر یافته‌های به دست آمده می‌توان گفت برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی با تکیه بر اصولی نظیر بیان همدلی، اجتناب از بحث کلامی، حمایت از کارآیی شخصی مراجع و حرکت با مقاومت‌های او، دو سو گرایی، تردید و کاهش افسردگی بیمار را کاهش می‌دهد (هوسی و همکاران، ۲۰۲۰).

کاربرد تکنیک‌های روان شناختی و حمایت‌های روانی - اجتماعی و آموزش‌های لازم جهت کاهش مشکلات سلامت روان مربوط به بیماران چاق و از همه مهم‌تر برقراری ارتباطی توأم با درک متقابل و احترام به بیمار، می‌تواند نقش کلیدی در کنترل عوارض ناشی از چاقی و به تبع آن ارتقاء کیفیت زندگی این بیماران داشته باشد. یکی از درمان‌هایی که به طور وسیع در مورد کاهش اختلالات خلقی و بهبود کیفیت زندگی بیماران

بکار گرفته می‌شود، درمان مبتنی بر ذهن آگاهی می‌باشد (لیندبرگ و همکاران، ۲۰۱۲). مطالعات زیادی اثر بخشی برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی را در بهبود علائم روان شناختی و گستره مشکلات همراه با افسردگی در بیماران مبتلا به اختلالات خلقی و کاهش افسردگی نشان داده است (پیتیک و همکاران، ۲۰۱۸).

در تبیین این فرضیه باید گفت که وقتی فرد احساس آرامش عمیق حاصل از ذهن آگاهی را در عمق وجود خویش درک کند دیگر به محرک‌های محیطی توجه ندارد. به وضوح خواهد فهمید که آرامش، عشق و لذت همگی در درون خودش است. در خواهد یافت که همه رنج‌ها و دردها و اندوه موجود در دنیا بخاطر آن است که بشر در درک و استفاده از این منبع درونی آرامش و عشق و شادی خود را محروم ساخته است. خواهد فهمید که احساسات بد و ناخوشایندی که بعضی اوقات وجودش را فرا می‌گیرند به خاطر دیدن دنیا از پنجره‌های اشتباه است. وقتی درک کند که هدفش دسترسی عمیق‌تر به منابع درون وجود خودش است و این نه تنها به خاطر خودش بلکه به خاطر همه انسان‌هایی که اطرافش هستند. آن زمان زندگی برایش معنایی زیبا و عمیق خواهد یافت (رشیدی و همکاران، ۲۰۲۰). در تبیین یافته پژوهش حاضر می‌توان گفت حضور ذهن از طریق خود تنظیمی توجه بوسیله فعالیت‌های مراقبه بر مولفه‌های عاطفی و حسی بدن اثر می‌گذارد، براساس این یافته‌ها می‌توان گفت، کاهش فعالیت‌ها، مخصوصاً آن‌هایی که به لحاظ اجتماعی تقویت می‌شوند و برای فرد بیمار دارای ارزش و اهمیت می‌باشد، می‌تواند موجب کناره گیری اجتماعی بیش‌تر، کاهش خود کارآمدی، افزایش اضطراب و افسردگی و احساس ناتوانی و همچنین کاهش کیفیت زندگی در این بیماران شود. کیفیت زندگی به طور معنا داری با استرس و افسردگی همبستگی دارد و در نتیجه، انتظار می‌رود با انجام تمرینات منظم ذهن آگاهی تغییرات مثبتی در برخی از کارکردهای روان شناختی مانند کاهش استرس، افزایش بهزیستی و سلامت روان ایجاد شود و در نتیجه این تغییرات در کیفیت زندگی مبتلا به بیماری‌های قلبی تاثیر گذار باشد. همچنین درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر لحظه حاضر تاکید دارد این لحظه تنها چیزی است که حقیقت دارد. در لحظه حال بودن و لذت بردن از لحظه حاضر مهم‌ترین تکنیک بکار برده شده در این روش می‌باشد آموزش ذهن آگاهی، شکیبایی (شکیبایی به معنی گرایش داشتن به این‌که چیزها در زمان خودشان نمایان و آشکار می‌شود؛ و تمایل داشتن به ماندن با هر آن‌چه که در لحظه رخ می‌دهد می‌باشد شکیبایی توانایی تحمل کردن مشکلات یا یک حالت آرامش و خود کنترلی است بلکه گسترش این دیدگاه که شخص ناکامی‌های درک شده ی موقعیت اخیر را تحمل کند برای کنار آمدن با اضطراب این دوران کمک کننده می‌باشد (سندز و همکاران، ۲۰۱۳).

در این قسمت توجهی به محتوای جلسات درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی داشته باشیم در عین توجه به پویایی‌های گروه، تاکید این برنامه بر بکارگیری تکنیک‌هایی برای کاهش استرس، و هشیار بودن نسبت به وضعیت خویش می‌باشد، رها کردن مبارزه و پذیرش وضعیت موجود و بدون قضاوت، مفهوم اصلی و اساسی در درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی است. بنابراین، این آموزش‌ها احتمالاً از طریق تاثیر بر باور مشخص نسبت به توانایی خویش و میزان خود کارآمدی، بر میزان افسردگی و نیز کیفیت زندگی این بیماران تاثیر گذار بوده است. در واقع، هدف اصلی در درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی آموزش منظم هشیار ی در لحظه حاضر است. در واقع، هدف درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن

آگاهی افزایش هشیاری در لحظه حاضر است. هدف اصلی در این درمان، آموزش منظم هشیار بودن لحظه به لحظه نسبت به احساسات جسمی، افکار و هیجانات است (توکلی زاده و همکاران، ۲۰۱۵).

طی تمرینات فرد یاد می‌گیرد، افکار و هیجانات و احساسات جسمی خود را به عنوان جنبه‌هایی از تجربه که در هشیاری می‌آید در نظر بگیرند. افکار و هیجانات و احساسات جسمی خود را بعنوان جنبه‌هایی از تجربه که در هشیاری می‌آید در نظر بگیرند و آن‌ها را واقعیت و حقیقت مطلق ندانند. این نوع "بودن" با تجارب می‌تواند منجر به تغییراتی در شیوه واکنش فرد و همچنین نحوه مقابله و رویارویی فرد با مشکلاتی که اشخاص طی مواجهه با مسائل روانشناختی یا جسمانی دارند شود. تمرینات موجود در برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی، روش جدید و شخصی در مقابله کردن با استرس برای فرد فراهم می‌کند استرسورهای بیرونی بخشی از زندگی ما هستند و نمی‌توان آنرا تغییر داد اما روش‌های مقابله با استرس و این که چطور افراد به استرس پاسخ دهند قابل تغییر می‌باشد (رشیدی و همکاران، ۲۰۲۰). در مجموع می‌توان گفت، یافته‌های این پژوهش از کاربرد درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی در بهبود برخی از علائم روانشناختی در بیماران قلبی حمایت می‌کند، بدلیل این که توانایی فرد در توجه به تجربیات لحظه به لحظه کنونی بصورت غیر قضاوت گونه افزایش می‌دهد و بیمار را علیه سبک اشتغال ذهنی غیر موثر با بیماری قلبی و فشار خون و پیامدهای همراه آن مقاوم می‌سازد. در نتیجه این روش درمان به عنوان درمان مکمل در کنار سایر درمان‌های پزشکی موجود می‌تواند در بسیاری از مشکلات روانشناختی کمک کننده باشد.

پیشنهاد می‌شود بیماران مبتلا به بیماری‌های قلبی - عروقی با فشار خون بالا غربالگری و شناسایی شوند و درمان‌های مذکور جهت کنترل موارد ذکر شده انجام گیرد غربالگری و شناسایی بیماران مبتلا به اختلالات روانی از جمله اضطراب در مراحل اولیه تشخیص و درمان ارجاع آن‌ها به روانشناس نیز می‌تواند جهت پیشگیری و کاهش مشکلات روانی این گروه موثر باشد. اجرای آموزش‌ها و مداخله‌های گروهی را به گونه‌ای که امکان تبادل تجارب شرکت کنندگان فراهم شود، به منظور افزایش حمایت اجتماعی چه از نوع عاطفی و چه از نوع اطلاعاتی، در دستور کار قرار دهند. نظر به این که پژوهش حاضر در مورد بیماران قلبی - عروقی صورت پذیرفته است و با استقبال بسیار بیماران قلبی - عروقی مواجه گردید. همچنین با توجه به بالا بودن نقش بیمار در خود مراقبتی و تبعیت از درمان از طریق آموزش در جامعه و کمبود ارگان‌های حمایتی در این زمینه، پیشنهاد می‌شود این قبیل پژوهش‌ها و آموزش‌ها برای سایر بیماران مزمن جسمی اجرا گردد. همکاری فعالانه کارشناسان و متخصصین حوزه روانشناسی با انجمن‌ها و مراکز مرتبط با بیماران مزمن جسمی از جمله قلبی - عروقی دسترسی متخصصان و بیماران مبتلا به بیماری‌های قلبی و عروقی به روانشناس به عنوان عضوی از تیم درمان. این مطالعه دارای محدودیت‌های ویژه‌ای است. نخستین محدودیت مطالعه حاضر حجم کوچک نمونه است. گرچه این مطالعه دستخوش افت آزمودنی‌ها نشد، ولی حجم کم نمونه این مطالعه یکی از محدودیت‌هایی است که مانع از برآورد دقیق اندازه اثر برنامه شده است. محدودیت دوم مربوط به نوع بیماری آزمودنی‌ها بود که نمی‌توانستن فعالیت بدنی سنگین داشته باشند پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی برای کنترل اثر انتظار، برنامه‌های شبه درمان (برنامه پلاسیبو) بر روی گواه اجرا شود. همچنین، پیشنهاد می‌شود از نمونه‌هایی با حجم بزرگ‌تر برای دستیابی به اندازه اثر واقعی برنامه استفاده شود. این مطالعه بر روی بیماران زن پلی کلینیک تخصصی حضرت فاطمه (س) (سازمان تامین اجتماعی)

واقع در شهرستان ارومیه اجرا شده است، پیشنهاد می‌شود پژوهشگران برای بسط یافته‌های این مطالعه، برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی را بر روی بیماران مشابه در سایر بیمارستان‌ها و مردان مبتلا به بیماری‌های کرونر قلبی اجرا کنند.

موازین اخلاقی

در این پژوهش موازین اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد. با توجه به شرایط و زمان تکمیل پرسشنامه‌ها ضمن تأکید به تکمیل تمامی سؤال‌ها، شرکت‌کنندگان در مورد خروج از پژوهش مختار بودند. پس از اتمام پژوهش گروه گواه نیز تحت مداخله قرار گرفتند.

سیاس‌گذاری

از تمامی کارکنان پلی کلینیک تخصصی حضرت فاطمه (س) (سازمان تامین اجتماعی) واقع در شهرستان ارومیه و بیمارانی که در به ثمر رسیدن این تحقیق، پژوهشگران را یاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

مشارکت نویسندگان

نویسنده این پژوهش در طراحی، مفهوم‌سازی، روش‌شناسی، گردآوری داده‌ها، تحلیل آماری داده‌ها، پیش‌نویس، ویراستاری و نهایی سازی نقش داشت.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

منابع

دلیری راد، هلن، نجفی قزلبچه، طاهره، و سید فاطمی، نعیمه. (۱۳۹۷). تأثیر حمایت آموزشی بر اضطراب مراقبین خانوادگی بیماران تحت جراحی بای‌پس عروق کرونر. *مجله پرستاری و مامایی*، ۱۶(۱۰): ۷۴۸-۷۳۸.

ارم، سمیرا، حسنی، جعفر، و مرادی، علیرضا. (۱۳۹۴). مقایسه راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان در بیماران عروق کرونر قلب، بیماران دریافت‌کننده دفیبریلاتور قلبی قابل کاشت و افراد بهنجار. *مجله دانشکده علوم پزشکی نیشابور*، ۳(۸)، ۳۸-۲۹.

References

- Abbasi, M., Momenyan, S., Eslamimoqadam, F., Sarvi, F., Khaki, I. (2017). Validity and Reliability of the MacNew Heart Disease Health-Related Quality of Life Questionnaire in Patients with Heart Failure: The Persian Version, *Int Cardio Res J.* 11(4): e10283.
- Abed, Y., & Abu-Haddaf, S. (2013). Risk Factors of Hypertension at UNRWA Primary Health Care Centers in Gaza Governorates. *ISRIN Epidemiology*, 2013, 1-9.
- Alageel, S., Gulliford, M. C., McDermott, L., & Wright, A. J. (2017). Multiple health behaviour change interventions for primary prevention of cardiovascular disease in primary care: systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, 7(6), e015375.

- Bansilal, S., Castellano, J. M., Garrido, E., Wei, H. G., Freeman, A., Spettell, C., & Steinberg, G. (2016). Assessing the impact of medication adherence on long-term cardiovascular outcomes. *Journal of the American College of Cardiology*, 68(8), 789-801.
- Barnes, M. D., Hanson, C. L., Novilla, L. B., Magnusson, B. M., Crandall, A. C., & Bradford, G. (2020). Family-Centered Health Promotion: Perspectives for Engaging Families and Achieving Better Health Outcomes. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*.
- Basa RP.J. (2012). Effects of work stress on ambulatory blood pressure, heart rate, and heart rate variability. *Hypertension*, 35(4), 880-886.
- Cardiac Rehabilitation, NHLBI, NIH. (2021). National Heart, Lung and Blood Institute. <https://www.nhlbi.nih.gov/health-topics/cardiac-rehabilitation>
- Cardiovascular Diseases. (2020). WHO. https://www.who.int/health-topics/cardiovascular-diseases#tab=tab_1
- Casas, R., Castro-Barquero, S., Estruch, R., & Sacanella, E. (2018). Nutrition and Cardiovascular Health. *International journal of molecular sciences*, 19(12), 3988.
- De Vogli, R., Chandola, T., & Marmot, M. G. (2007). Negative Aspects of Close Relationships and Heart Disease. *Archives of Internal Medicine*, 167(18), 1951. <https://doi.org/10.1001/archinte.167.18.1951>
- Eaker, E. D., Sullivan, L. M., Kelly-Hayes, M., D'Agostino, R. B., Sr, & Benjamin, E. J. (2007). Marital status, marital strain, and risk of coronary heart disease or total mortality: the Framingham Offspring Study. *Psychosomatic medicine*, 69(6), 509–513.
- Fitzgerald, M. P., Hennigan, K., O'Gorman, C. S., & McCarron, L. (2019). Obesity, diet and lifestyle in 9-year-old children with parentally reported chronic diseases: Findings from the growing up in Ireland longitudinal child cohort study. *Irish Journal of Medical Science (1971-)*, 188(1), 29-34.
- Howse, E., Rychetnik, L., Marks, L., & Wilson, A. (2020). What does the future hold for chronic disease prevention research? *Australian and New Zealand journal of public health*, 44(5), 336–340.
- Kosobucka, A., Michalski, P., Pietrzykowski, Ł., Kasprzak, M., Obońska, K., Fabiszak, T., Felsmann, M., & Kubica, A. (2018). Adherence to treatment assessed with the Adherence in Chronic Diseases Scale in patients after myocardial infarction. *Patient preference and adherence*, 12, 333–340.
- Lindeberg, S.I., Rosvall, M., & stergren, P. (2012). Exhaustion predicts coronary heart disease independently of symptoms of depression and anxiety in men but not in women. *The journal of Psychosomatic Research*, 72 (1), 17-21.
- Lindeberg, S.I., Rosvall, M., & stergren, P. (2012). Exhaustion predicts coronary heart disease independently of symptoms of depression and anxiety in men but not in women. *The journal of Psychosomatic Research*, 72 (1), 17-21.
- Mochari-Greenberger H, Mosca M, Aggarwal B, Umann T, Mosca L. (2014). Caregiver status: a simple marker to identify patients at risk for longer postoperative length of stay, rehospitalization or death. *J Cardiovasc Nurs*, 29(1): 12-9.
- Palermo, T.M., Putnam, J., Armstrong, G. & Daily, S. (2007). "Adolescent Autonomy and Family Functioning Are Associated with Headache-related Disability". *The Clinical Journal of Pain*, 23(5), 458-465
- Petek, D., Petek-Ster, M., & Tusek-Bunc, K. (2018). Health Behavior and Health-related Quality of Life in Patients with a High Risk of Cardiovascular Disease. *Zdravstveno varstvo*, 57(1), 39–46.

- Rashidi, A., Kaistha, P., Whitehead, L., & Robinson, S. (2020). Factors that influence adherence to treatment plans amongst people living with cardiovascular disease: A review of published qualitative research studies. *International Journal of Nursing Studies*, 110, 1027-37.
- Sands-Lincoln, M., Loucks, E. B., Lu, B., Carskadon, M. A., Sharkey, K., Stefanick, M. L., Ockene, J., Shah, N., Hairston, K. G., Robinson, J. G., Limacher, M., Hale, L., & Eaton, C. B. (2013). Sleep Duration, Insomnia, and Coronary Heart Disease Among Postmenopausal Women in the Women's Health Initiative. *Journal of Women's Health*, 22(6), 477-486.
- Tama, B. A., Im, S., & Lee, S. (2020). Improving an intelligent detection system for coronary heart disease using a two-tier classifier ensemble. *BioMed Research International*, 2020.
- Tavakolizadeh, J., Nejatian, M., & Soori, A. (2015). The Effectiveness of Communication Skills Training on Marital Conflicts and its Different Aspects in Women. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 171, 214-221.
- Weber, T., Lang, I., Zweiker, R., Horn, S., Wenzel, R. R., Watschinger, B., Slany, J., Eber, B., Roithinger, F. X., & Metzler, B. (2016). Hypertension and coronary artery disease: epidemiology, physiology, effects of treatment, and recommendations: A joint scientific statement from the Austrian Society of Cardiology and the Austrian Society of Hypertension. *Wiener klinische Wochenschrift*, 128(13-14), 467-479.
- Zou, H., Tian, Q., Chen, Y., Cheng, C., & Fan, X. (2017). Coping Styles Mediate the Relationship Between Self-esteem, Health Locus of Control, and Health-Promoting Behavior in Chinese Patients with Coronary Heart Disease. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 32(4), 331-338.

(۲) بدبینی	(۱) غمگینی
۰. من نسبت به آینده دلسرد نیستم. ۱. من بیشتر از گذشته نسبت به آینده دلسرد نیستم. ۲. من انتظار ندارم اوضاع بر وفق مرادم باشد. ۳. من احساس می‌کنم برای من امیدی به آینده نیست و فقط اوضاع بدتر می‌شود.	۰. من احساس غمگینی نمی‌کنم. ۱. من خیلی اوقات احساس غمگینی می‌کنم. ۲. من همیشه غمگین هستم. ۳. من به قدری غمگین هستم که نمی‌توانم تحمل کنم.
(۴) لذت نبردن	(۳) شکست گذشته
۰. من به اندازه گذشته از زندگی لذت می‌برم. ۱. من به اندازه گذشته از زندگی لذت نمی‌برم. ۲. من از آنچه که قبلاً از آنها لذت می‌بردم خیلی کم لذت می‌برم. ۳. من اصلاً نمی‌توانم از چیزهایی که قبلاً از آنها لذت می‌بردم هیچ لذتی ببرم.	۰. من احساس نمی‌کنم که فردی شکست خورده هستم. ۱. من بیش از آنچه که باید شکست خورده‌ام. ۲. وقتی به گذشته نگاه می‌کنم شکستهای زیادی را می‌بینم. ۳. من احساس می‌کنم به عنوان انسان کاملاً شکست خورده‌ام.
(۶) احساس تنبیه	(۵) احساس گناه
۰. من احساس نمی‌کنم که دارم تنبیه می‌شوم. ۱. من احساس می‌کنم که شاید تنبیه شده‌ام. ۲. من انتظار تنبیه شدن را دارم. ۳. من احساس می‌کنم که دارم تنبیه می‌شوم.	۰. من به طور خاصی احساس گناه نمی‌کنم. ۱. من در مورد خیلی چیزهایی که انجام داده‌ام، احساس گناه می‌کنم. ۲. من اغلب اوقات کاملاً احساس گناه می‌کنم. ۳. من همواره احساس گناه می‌کنم.
(۸) خود انتقادی	(۷) دوست نداشتن خویش
۰. من بیشتر از حد معمول از خودم انتقاد نمی‌کنم.	

۰. من همان احساس را در مورد خودم دارم که در گذشته داشتم. ۱. من اعتماد به نفسم را از دست دادم. ۲. من از خودم مأیوس شده‌ام. ۳. من خودم از خودم بدم می‌آید.	۰. من لبستر از گذشته از خودم انتقاد می‌کنم. ۲. من به خاطر تمامی اشتباهاتم از خودم انتقاد می‌کنم. ۳. من خودم را برای هر چیز بدی که اتفاق بیافتد مقصر می‌دانم.
۹) افکار خودکشی یا تمایل به خودکشی ۰. من هیچ فکری در مورد کشتن خودم ندارم. ۱. من به کشتن خودم فکر کرده‌ام ولی این کار نمی‌کنم. ۲. من دلم می‌خواهد خودم را بکشم. ۳. اگر این امکان را داشتم خودم را می‌کشتم.	۱۰) گریه کردن ۰. من بیشتر از گذشته گریه نمی‌کنم. ۱. من بیشتر از گذشته گریه می‌کنم. ۲. من به خاطر هر چیز کوچکی گریه می‌کنم. ۳. من دلم می‌خواهد گریه کنم ولی نمی‌توانم.
۱۱) بی‌قراری ۰. من بیش از حد معمول بی‌قرار و تحریک‌پذیر نیستم. ۱. من بیش از حد معمول احساس بی‌قراری می‌کنم و تحریک‌پذیر شده‌ام. ۲. من به قدری بی‌قرار و ناآرام هستم که نمی‌توانم آرام باقی بمانم. ۳. من به قدری بی‌قرار و ناآرام هستم که باید دائماً یا حرکت کنم یا به کاری مشغول باشم.	۱۲) از دست دادن علاقه ۰. من علاقه ام را به سایر آدمها یا فعالیتها از دست ندادم. ۱. من در مقایسه با قبل، کمتر به سایر آدمها یا چیزها علاقه‌مندم. ۲. من بیشتر علاقه‌ام را نسبت به سایر آدمها یا چیزها از دست دادم. ۳. علاقه‌مند شدن برایم دشوار است.
۱۳) بی‌تصمیمی ۰. من تقریباً به خوبی گذشته تصمیم‌گیری می‌کنم. ۱. به نظر می‌رسد که تصمیم‌گیری برایم مشکل‌تر از حد معمول است. ۲. من در تصمیم‌گیری بیشتر از گذشته مشکل دارم. ۳. من در گرفتن هر نوع تصمیمی مشکل دارم.	۱۴) بی‌ارزشی ۰. من احساس نمی‌کنم که بی‌ارزش هستم. ۱. من خودم را به اندازه گذشته ارزشمند و مفید نمی‌بینم. ۲. من احساس می‌کنم در مقایسه با سایر آدمها کم ارزش‌تر هستم. ۳. من بی‌نهایت احساس بی‌ارزشی می‌کنم.
۱۵) از دست دادن انرژی ۰. من به اندازه گذشته انرژی دارم. ۱. من به اندازه گذشته انرژی ندارم. ۲. من به آن اندازه انرژی ندارم که خیلی کار کنم. ۳. آن قدر بی‌انرژی که نمی‌توانم هیچ کاری انجام دهم.	۱۶) تغییر در الگوی خواب ۰. من هیچ تغییری در سبک خواب دیدنم تجربه نکرده‌ام. ۱. من تا حدودی بیشتر از حد معمول می‌خوابم. ۱. من تا حدودی کمتر از حد معمول می‌خوابم. ۲. من خیلی کمتر از حد معمول می‌خوابم. ۲. من خیلی بیشتر از حد معمول می‌خوابم. ۳. من بیشتر اوقات روز را می‌خوابم. ۳. من یک الی دو ساعت زودتر بیدار می‌شوم و نمی‌توانم مجدداً بخوابم.
۱۷) تحریک‌پذیری ۰. من بیشتر از حد معمول تحریک‌پذیر نیستم. ۱. من بیشتر از حد معمول تحریک‌پذیر هستم. ۲. من به مراتب بیشتر از حد معمول تحریک‌پذیر هستم. ۳. من تمام مدت تحریک‌پذیر هستم.	۱۸) تغییر در اشتها ۰. من هیچ تغییری در اشتهایم تجربه نمی‌کنم. ۱. اشتهای من تا حدودی کمتر از حد معمول است. ۱. اشتهای من تا حدودی بیشتر از حد معمول است. ۲. اشتهای من به مراتب کمتر از گذشته است. ۲. اشتهای من به مراتب بیشتر از گذشته است. ۳. من اصلاً اشتها ندارم. ۳. من همیشه اشتها به غذا دارم.

(۲۰) خستگی یا کسالت	(۱۹) اشکال در تمرکز
۰. من بیشتر از حد معمول خسته یا کسل نیستم. ۱. زودتر و بیشتر از حد معمول خسته و کسل می‌شوم. ۲. من به قدری خسته یا کسل می‌شوم که نمی‌توانم بسیاری از کارهایم را قبلاً می‌کردم را انجام دهم. ۳. من به قدری خسته یا کسل می‌شوم که نمی‌توانم اغلب کارهایی را قبلاً می‌کردم، انجام دهم.	۰. من می‌توانم به خوبی گذشته تمرکز داشته باشم. ۱. من نمی‌توانم به خوبی همیشه تمرکز داشته باشم. ۲. خیلی سخت است که فکرم را روی هر چیزی به مدت طولانی متمرکز کنم. ۳. من متوجه شده‌ام که نمی‌توانم روی هیچ چیزی تمرکز کنم.
	(۲۱) از دست دادن علاقه جنسی ۰. من متوجه تغییر تازه‌ای در علاقه جنسی‌ام نشده‌ام. ۱. من کمتر از گذشته به امور جنسی علاقه دارم. ۲. من در حال حاضر به مراتب کمتر به امور جنسی علاقه دارم. ۳. من علاقه جنسی‌ام را کاملاً از دست داده‌ام.

پرسشنامه تبعیت از درمان دارویی

سوال	محتوی سوال	بلی	خیر
۱	آیا تا کنون مواردی بوده است که فراموش کرده باشید داروهایتان را مصرف کنید؟		
۲	آیا در طی دو هفته اخیر روزی وجود داشته که شما داروهایتان را به هردلیلی غیر از فراموشی، مصرف نکرده باشید؟		
۳	آیا تاکنون مواردی بوده که به علت بدتر شدن حالتان بعد از مصرف دارو، بدون اجازه پزشک تان، مقدار دارو را کم یا کلا دارو را مصرف نکرده باشید؟		
۴	آیا تا کنون مواردی بوده که زمانی که به مسافرت رفته اید یا خانه را ترک کرده اید داروهایتان را همراه خود نبرده باشید؟		
۵	آیا شما دیروز داروهایتان را مصرف کردید؟		
۶	آیا شما وقتی احساس می‌کنید که علائم بیماری تان برطرف شده است، داروهایتان را قطع می‌کنید؟		
۷	آیا تاکنون شما احساس کرده اید که از ادامه درمان بیماریتان ناتوان هستید؟		
۸	هرچند وقت به خاطر می‌آورید که تمام داروهایتان را مصرف کرده اید؟		
	هرگز به ندرت گاهی اوقات معمولاً همیشه		

Effectiveness of mindfulness-based stress reduction program on depression and adherence to treatment in female coronary heart patients

Parisa. Kolahi¹, Mahdie. Salehi^{*2}, & Mohammadkazem. Fakhri³, & Mozhgan. Sepahmansour⁴

Abstract

Aim: The present study was conducted with the aim of determining the effectiveness of the mindfulness-based stress reduction program on depression and adherence to treatment in coronary heart patients. **Methods:** The present study was conducted as a semi-experimental type of pre-test-post-test and follow-up with a control group with measurement at the baseline after the intervention and 3-month follow-up with the control group. The number of 52 female patients diagnosed with coronary artery disease from among the patients referred to Hazrat Fatemeh (S) specialized polyclinic (Social Security Organization) located in Urmia city from September to December 2019 and randomly selected to the group Experiment (mindfulness-based stress reduction program (n=26) and control (n=26) were assigned. All participants completed the demographic questionnaire, Beck et al.'s depression questionnaire (1996) and Moriski, Eng and Wood's (2008) treatment adherence questionnaire in three stages. Mindfulness-based stress reduction program was conducted in eight weekly sessions based on Mochari et al.'s training package (2014). The research was analyzed using multivariate repeated measures analysis of variance as well as Tukey's follow-up tests. **Results:** The results of the present study showed that the stress reduction program based on mindfulness on depression ($F=561.08$, $P<0.001$) and adherence to treatment ($F=373.51$, $P<0.001$) in coronary heart patients. It was effective and this effect continued until the follow-up period. **Conclusion:** The results of this research showed that the mentioned treatment can be used as a psychological intervention in reducing depression and improving treatment compliance in female patients with cardiovascular disease.

Keywords: depression, mindfulness-based stress reduction program, adherence to treatment.

1. PhD Student in General Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

2. ***Corresponding Author:** Assistant Professor, Department of Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

Email: salehimahdiee@gmail.com

3. Assistant Professor, Department of Psychology, Shahed University, Tehran, Iran.

4. Associate Professor, Department of Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.