

اثربخشی روش اثربخشی روش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش افسردگی و نگرش های ناکارآمد در بیماران قلبی

تاریخ پذیرش مقاله: 91/6/22

تاریخ دریافت مقاله: 91/6/1

دکتر شیرین کوشکی*
دکتر محمود جمالی**
دکتر مهدیه صالحی***
حمزه اکبری****

چکیده

این پژوهش تحقیقی است که اثربخشی روش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی را در کاهش نگرش های ناکارآمد و افسردگی بیماران قلبی بررسی کرده است. هدف این پژوهش کمک به کاهش افسردگی و نگرش های ناکارآمد در بیماران قلبی است که روش مذکور منجر به بهبود شدت بیماری در این افراد خواهد شد. این پژوهش از نوع پژوهش های شبه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه انتظار و با استفاده از گمارش تصادفی انجام شد که نمونه این پژوهش را 60 بیمار قلبی تشکیل داد که با بهره گیری از روش نمونه گیری در دسترس بیماران مراجعه کننده به بخش قلب بیمارستان های استان مازندران شهرستان ساری (حضرت زهرا (30) و شفا (30)) انتخاب و به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش (30) و لیست انتظار (30) تقسیم شدند. ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه های افسردگی بک و DAS-26 بود و به منظور دستیابی به نتایج از آزمون های تحلیل واریانس با اندازه گیریهای مکرر و آزمون t برای گروه های مستقل استفاده شد. نتایج نشان داد که روش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش افسردگی و نگرش های ناکارآمد بیماران قلبی مؤثر است. به نظر می رسد ذهن آگاهی به وسیله "آموزش کنترل توجه" مؤثر واقع شود و باعث تغییر نگرش های ناکارآمد شود و از عود و بازگشت افسردگی پیشگیری کند.

واژگان کلیدی: ذهن آگاهی، افسردگی، بیماران قلبی، نگرش های ناکارآمد

Email: shirin_kooshki@yahoo.com

Email: m.jamali@yahoo.com

Email: M_salehi@iauctb.ac.ir

Email: akbarihamze@ymahl.com

* استادیار گروه روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی

** استادیار گروه روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی

*** استادیار گروه روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی

**** دانش‌آموخته دکتری روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی و عضو هیئت علمی دانشگاه آزاد آزادشهر

مقدمه

یکی از بیماری‌های بسیار حساس به حالت‌های روانشناختی، بیماری قلبی - عروقی می‌باشد. این بیماری در دنیای غرب، بیش از هر بیماری دیگری مردم را می‌کشد. در ایالات متحده بیش از نیمی از افراد بالای چهل و پنج سال به علت بیماری قلبی یا بیماری مربوط به گردش خون می‌میرند (سلیگمن و روزنهان¹، 1994). بنابراین، مشخص شدن این که آیا عوامل روانشناختی در علت‌شناسی این گونه بیماری‌ها نقش دارد، تلویحات مهمی برای پیشگیری و درمان آن به ارمغان می‌آورد. سکتة قلبی یکی از شایع‌ترین بیماری‌هایی است که امروزه در جوامع مختلف به چشم می‌خورد به طوری که طی آمار بدست آمده از آمریکا سالانه حدود 1/5 میلیون نفر به سکتة قلبی مبتلا شده و شمار بسیار زیادی از آنان بستری می‌گردند که در نهایت به علت از کار افتادگی نسبی این بیماران ضررهای اقتصادی فراوانی به جوامع وارد می‌سازد. در ایران نیز طبق گزارش‌های وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی میزان بروز سکتة قلبی افزایش یافته و شایع‌ترین علت مرگ و میر بالغین را تشکیل می‌دهد (نبوی، 1362). همچنین اولین علت مرگ و میر افراد بالاتر از سی و پنج سال می‌باشد (توسلی و خرم، 1379).

از آنجا که قلب یکی از مهم‌ترین و حساس‌ترین اعضای بدن آدمی است، آسیب به آن بر وضعیت روحی و روانی فرد تأثیر نامطلوب می‌گذارد که بیماری‌هایی چون سکتة قلبی نیز از این پدیده مستثنی نیستند. بررسی‌های متعددی که در سالهای گذشته روی این بیماری انجام شده نشان داده است که رفتارهایی نظیر افسردگی، اضطراب، خشم و احساس دشمنی و استرس‌های زندگی، زمینه‌ساز بیماری‌های قلبی است و از سوی دیگر رویداد بیماری قلبی نیز همین پاسخ‌های رفتاری را پدید می‌آورد (صلصالی، 1372). بنابراین از جمله مسائل مهمی که بیماران قلبی با آن مواجه هستند مشکلات روحی و روانی آنهاست که باید حالت‌های روحی آنها را شناخته و در کاهش ناراحتی ناشی از آن اقدام کرد، به طوری که عدم توجه به استرسها و واکنش‌های روانی مبتلایان سبب وسعت بیماری آنان می‌گردد (رحیمی، 1379).

از جمله مشکلات روانشناختی که بیماران قلبی - عروقی با آن مواجه هستند افسردگی می‌باشد. افسردگی مهم‌ترین مانع مداوای سکتة قلبی است، زیرا موجب عدم پذیرش بیماری شده و انگیزه بیمار را برای ادامه درمان کاهش می‌دهد. همچنین تأثیر منفی بر پیش‌آگهی بیماری قلبی - عروقی دارد (مؤمنی، 1380)، و با توجه به اینکه افسردگی در 13-19 درصد بیماران با سکتة قلبی گزارش شده، مشاهده شده است که در این بیماران افسردگی سبب عوارض متعددی نظیر افزایش مرگ و میر، آنژین صدری، آریتمی، بستری شدن‌های مجدد و ناتوانی طولانی مدت و افزایش مصرف سیگار می‌شود. همچنین مشخص شده که ابتلاء به افسردگی میزان مرگ و میر را تا 18 ماه پس از سکتة قلبی افزایش می‌دهد، همچنین در بیمارانی که سیستم حمایتی ضعیفی دارند مشکل آنها بیشتر بوده، به شکل حادث‌تری بروز می‌کند. بنابراین مداخلات روانشناختی می‌توانند بر افسردگی مبتلایان به بیماری‌های قلبی - عروقی مؤثر واقع شوند (عالی‌نژاد، 1376).

آمارهای همه‌گیرشناختی در کشورهای مختلف حاکی از شیوع متفاوت افسردگی در جوامع مختلف است. مطالعات، میزان شیوع افسردگی بالینی را در ایران بیشتر از کشورهای دیگر نشان می‌دهد. احتمال ابتلای زنان به افسردگی (30/5٪) بیشتر از مردان (16/7٪) است (کاوایانی و دیگران، 1381).

نگرش های ناکارآمد به عنوان یک عامل زمینه ساز در شروع دوره های افسردگی به صورت مستقیم و یا به عنوان یک عامل آسیب پذیر تحت شرایط فشارزای محیطی تلقی شده است. مطالعات قبلی با روش مقطعی نشان داده اند که نگرش های ناکارآمد با شیوع افسردگی ارتباط دارد. سطح بالای نگرش های ناکارآمد با دوره های طولانی تر حملات افسردگی و با زمان های کوتاه تر بین دوره های عود همبستگی دارد (ابراهیمی، 1387).

در این تحقیق، نگرش های ناکارآمد نیز جزو مؤلفه هایی است که در کنار افسردگی به عنوان متغیر همراه سنجیده شد. نگرش های ناکارآمد به عنوان یک عامل زمینه ساز در شروع بسیاری از بیماری ها می باشد. نگرش های ناکارآمد مفهومی شناختی است که در مطالعات بالینی در مورد افسردگی مورد استفاده قرار می گیرد. بر اساس تحقیقات بک، شو و امری¹ (1979) نگرش های ناکارآمد از مجموعه ای از طرحواره های کلی شناختی پایدار که در نتیجه رویدادهای اولیه زندگی شکل می گیرد، به وجود می آید. این طرحواره ها اغلب شامل باورهای بسیار قوی و نامناسب درباره خود و جهان است. کار آنها از لحاظ شناختی در حکم فیلتری است که به فرد این امکان را می دهد تا مقدار عظیمی از اطلاعات جمع آوری شده در تعاملات روزانه اش با جهان را تجزیه تحلیل کند. نگرش ناکارآمد به عنوان متغیر مداخله گر در افسردگی به اثبات رسیده است. بر اساس تعریف نگرش ناکارآمد فرض ها و باورهای سودار منفی درباره خود، جهان و آینده است. سطوح متوسطی از نگرش های ناکارآمد در افراد سالم وجود دارد. داشتن نگرش ناکارآمد یا باورهای ناکارآمد درباره خود یا جهان بدین معنی است که روش های ارزیابی اولیه افراد از موقعیت های استرس زا توسط این نگرش ها تحت تاثیر قرار می گیرند.

در واقع، عود خلق منفی، به هر دلیل، می تواند نشانه های افسردگی را در پی داشته باشد. بدان معنا که با ایجاد خلق منفی، عادات قدیمی (فکر منفی) دوباره شروع می شود و ممکن است ما شاهد یک دوره کامل افسردگی باشیم (سینز²، 2003). بنابراین، با کشف ارتباط بین خلق منفی و افکار منفی میتوان از بروز افسردگی پیشگیری کرد.

با توجه به مطالب فوق به نظر می رسد که مسئله نوتوانی این بیماران از اهمیت ویژه ای برخوردار است، هدف از نوتوانی بیمار توسعه و اصلاح کیفیت زندگی و برگرداندن هرچه سریعتر بیمار به روش زندگی طبیعی و نزدیک به طبیعی است. ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس یک برنامه مراقبه استاندارد شده است که در سال 1979 از تلاش برای یکپارچه کردن مراقبه ذهن آگاهانه بودایی با تمرینات روانشناختی و بالینی معاصر بوجود آمد. حتی اگرچه در ابتدا به عنوان یک برنامه گروهی برای بیماران مبتلا به دردهای مزمن گسترش یافت ولی در دو دهه گذشته به عنوان یک شیوه درمان در بسیاری از بیماری ها مطرح شده است و تاثیرات خوبی در درمان بسیاری از اختلالات جسمانی و روانی از آن گزارش شده است (چیزا و سیرتی³، 2009). ذهن آگاهی به معنی توجه کردن ویژه، هدفمند، در زمان کنونی، و خالی از پیشداوری و قضاوت است در ذهن آگاهی، فرد در هر لحظه از شیوه ذهنی آگاه می شود و مهارت های شناسایی شیوه های مفیدتر را فرا می گیرد. برای ذهن، دو شیوه اصلی در نظر گرفته می شود: یکی انجام دادن و دیگری بودن. در ذهن آگاهی فرا می گیریم که ذهن را از یک شیوه به سوی شیوه دیگر حرکت دهیم (کابات - زین⁴، به نقل از سگال، ویلیامز

1. Beck, Shaw & Emery

2. Saenz

3. Chiesa & Serretti

4. kabatzin

و تیزدل¹، 2002). ذهن آگاهی مستلزم راهبردهای رفتاری، شناختی و فراشناختی ویژه برای متمرکز کردن فرآیند توجه است که به نوبه خود به جلوگیری از ماریچج فروکاهنده خلق منفی - فکر منفی - گرایش به پاسخهای نگران کننده و رشد دیدگاه جدید و پدیدآیی افکار و هیجانهای خوشایند منجر میشود (سگال و دیگران، 2002). روش های کاهش استرس برنامه آرمیدگی، همانطور که از نامش پیداست نوع جدیدی از تکنیک در شاخه پزشکی با عنوان شناخته شده پزشکی رفتار است، که در آن فاکتورهای احساسی و روانی (ذهنی) راه هایی هستند که در فکر و رفتار ما می توانند بر بهتر یا بدترشدنمان، سلامت فیزیکیمان و بر استعداد بهبود بیماری و جراحتمان تاثیر قابل توجهی داشته باشند. این تکنیک ها در بخش وسیعی از مشکلات پزشکی از قبیل سردرد، فشارخون بالا، تا بیماری قلبی، سرطان وایدز موثر بوده است. افراد در سنین مختلف از این تکنیک ها به عنوان روش هایی جهت کمک به معالجه شان استفاده می کنند (کابات زین، 2005).

لذا از اهداف مهم این پژوهش:

- کمک به کاهش افسردگی و نگرش های ناکارآمد در بیماران قلبی با کاربرد روش ذهن آگاهی که با آموزش این تکنیک ها افراد یاد می گیرند که آرام باشند و بر افسردگی و نگرش های ناکارآمد غلبه کنند.
- کمک به بهبود بیماری در افراد مبتلا به ناراحتی های قلبی
- کاربرد روش ذهن آگاهی در کاهش افسردگی و نگرش های ناکارآمد در بیماران قلبی زن و مرد و توسعه مهارت های افراد در مواجهه و رویارویی موثر و آگاهانه با شرایط مختلف زندگی که با استفاده از این تکنیک ها افراد یاد می گیرند خودشان و جهان را به شیوه جدیدی ببیند و همچنین یاد می گیرند که با روشهای جدید با بدن، افکار، احساسات و برداشت هایشان برخورد کنند.

روش

این پژوهش از نوع پژوهش های شبه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه انتظار و با استفاده از گمارش تصادفی انجام شد که نمونه این پژوهش را 60 بیمار قلبی تشکیل داد که با بهره گیری از روش نمونه گیری در دسترس بیماران مراجعه کننده به بخش قلب (CCU) بیمارستان های استان مازندران شهرستان ساری (حضرت زهرا (30) و شفا (30)) انتخاب و به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش (30) و لیست انتظار²(30) تقسیم شد.

متغیرهای کنترل در انتخاب آزمودنی ها عبارتند از:

- دامنه سنی آزمودنی ها بین 30 تا 60 سال؛
 - نداشتن سابقه بیماری روانی و مصرف داروهای روان گردان؛
 - شایان ذکر است که جنسیت به عنوان متغیر تعدیل کننده مدنظر قرار گرفت.
- گروه انتظار هیچ نوع مداخله ای دریافت نکرد. لازم به ذکر است که در طرح مورد نظر از آزمودنیهایی که بصورت داوطلبانه حاضر به همکاری بودند استفاده به عمل آمد.
- آزمودنی های هر دو گروه در دو مرحله مورد ارزیابی قرار گرفت:
- الف - پیش آزمون برای هر دو گروه انتظار و آزمایش اجرا شد.

¹. Segal, Williams & Teasdale

2. Awaiting-time control group

ب- پس آزمون برای هر دو گروه آزمایش و انتظار اجرا شد.

ج- مرحله پی گیری دو ماه بعد از اعمال آزمایش صورت گرفت.

ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه های افسردگی بک و DAS-26 بود.

1- پرسشنامه افسردگی بک¹: ابتدا در سال 1961 از سوی بک، مندلسون، موک و ارباف معرفی شد، در سال 1971 مورد تجدید نظر قرار گرفت و در سال 1978 منتشر گردید (بک، راش، شاو و امری²، 1979). ماده های پرسشنامه افسردگی بک اصولاً بر پایه مشاهده و تلخیص نگرش ها و نشانه های متداول در میان بیماران روانی افسرده تهیه شده اند (بک و دیگران، 1996). این آزمون در مجموع از 21 ماده مرتبط با نشانه های مختلف تشکیل می شود و هنگام اجرا از آزمودنی خواسته می شود شدت این نشانه ها را بر اساس یک مقیاس 4 درجه ای از 0 تا 3 درجه بندی کند. دامنه نمره ها بین 0 تا حداکثر 63 قرار دارد (مارنات، 2003) نتایج فراتحلیلی انجام شده در مورد پرسشنامه افسردگی بک حاکی از این است که ضریب همبستگی درونی آن بین 0/73 تا 0/93 (با میانگین 0/86) است (استیر و گاربین³، 1988؛ به نقل از مارنات⁴، 2003). این آزمون در ایران توسط منصور و دادستان (1376) اعتباریابی شده است. ضریب همبستگی بین این آزمون و آزمون افسردگی هامیلتون 0/60 گزارش شده است (بلاک و هرسن⁵، 1988؛ نقل از غلامی، 1385).

مقیاس نگرش های ناکارآمد، نسخه 26 گویه ای (DAS-26): این نسخه توسط ابراهیمی و دیگران (1387) از نسخه 40 گویه ای فرم الف جهت کاربرد در جمعیت بالینی ایرانی تهیه و کیفیت روان سنجی آن تعیین شد. ضریب آلفای کرونباخ آن برابر با $r = 0/92$ و ضریب همبستگی با فرم اصلی و روایی پیش بینی آن از طریق همبستگی با نمرات GHQ-28⁶ در گروه بیماران و غیر بیماران $r = 0/56$ بدست آمد. مقیاس DAS-26 دارای 26 جمله است که آزمودنی بر اساس مقیاس لیکرت 7 درجه ای به آن پاسخ می دهد یعنی آزمودنی پاسخ خود را با گزینه های کاملاً موافقم، بسیار موافقم، اندکی موافقم، بی تفاوتم، اندکی مخالفم، بسیار مخالفم و کاملاً مخالفم مشخص می کند و برای نمره گذاری پرسشنامه از 1 تا 7 امتیاز داده می شود؛ یعنی به کاملاً موافقم، نمره 7 و به ترتیب تا کاملاً مخالفم نمره 1 تعلق می گیرد. این مقیاس دارای چهار عامل زیربنایی شامل کمال طلبی، نیاز به تایید دیگران، نیاز به راضی کردن دیگران و آسیب پذیری - ارزشیابی عملکرد است. در مجموع گویه های مقیاس نگرش های پاتولوژیک⁷ در مورد خود، ارتباط با دیگران و آینده را بر اساس نظریه شناختی بک مورد ارزیابی قرار می دهد. از آنجایی که نمرات مقیاس نگرش های ناکارآمد به صورت کمی و گسترده است، نمرات مقیاس نگرش های ناکارآمد آزمودنی ها (اعم از بیمار و سالم) بر اساس نقطه برش بالینی 82 مقوله بندی شد. کسانی که نمره بالای 82 در این مقیاس داشتند به عنوان افراد پرخطر از لحاظ آسیب پذیری شناختی در مقیاس DAS-26⁸ تلقی می شوند (ابراهیمی، 1387).

1. Beck Depression Inventory (BAI)
2. Beck, Rush, Shaw & Emery
3. steer, garbeen
4. marnat
5. Block, hersen
6. General health questionnaire-28 (GHQ-28)
7. Pathologic
8. Dysfunctional Attitude Scale

برنامه درمانی ذهن آگاهی به شکلی اجرا شد که آزمودنی ها به مدت 2 ماه (8 هفته) هر هفته یک جلسه درمانی 2 ساعته داشتند، قبل از برگزاری جلسات اصلی درمان، یک جلسه جهت برقراری رابطه حسنه، انجام پیش آزمون (اجرای آزمونها)، جمع آوری اطلاعات در مورد مشکلاتی که سبب آشفتگی شده اند، توضیح الگوی درمانی ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس، ایجاد امید در مراجع و ارائه تکلیف خانگی برگزار شد، سپس جلسات اصلی به شرح زیر صورت گرفت:

هفته اول و دوم: در هفته اول اسکن بدن به نحوی که کابات زین توصیه کرده است انجام می گیرد، به مراجعان توصیه شد این کار را خواه دوست داشته باشند یا دوست نداشته باشند به مدت 45 دقیقه هر روز تمرین کنند و سعی کنند آن را در بهترین وقت روز انجام دهند. علاوه بر آن تمرین تنفس را برای 10 دقیقه انجام دهند. این تمرینات را در جلسه اول و دوم آموزش دادیم و از آنها خواسته شد هر روز آن را به مدت 45 دقیقه انجام دهند.

هفته سوم و چهارم: بعد از تمرین اسکن بدن و تنفس نشسته در طی دو هفته، تمرین اسکن بدن با یوگا شروع شد و تا پایان هفته سوم و چهارم ادامه یافت. آنچه مهم است یادآوری آن چیزی است که بدن افراد احساس می کند و قادر به انجام آن است، از آزمودنی ها خواسته شد در این حالت به پیام های بدن گوش دهند. همچنین به تمرین تفکر با تنفس در وضعیت نشسته برای 15 تا 20 دقیقه ادامه دهند.

هفته پنجم و ششم: در این هفته ها تمرین اسکن بدن متوقف و شروع به نشستن و تمرکز روی تنفس شد به گونه ای که از تنفس به عنوان عملی برای کنترل توجه استفاده شد. در این مرحله نیز می توانیم حوزه ی آگاهی افراد را برای توجه به احساسات جسمانی، صداها، افکار و احساسات و موارد دیگر گسترش دهیم. در پایان جلسات پنجم و ششم این تمرین باید به مدت 45 دقیقه انجام گیرد.

هفته هفتم: در این هفته افراد به طور کلی از تکنیک های نشستن، یوگا و اسکن بدن استفاده می کنند. بعد از آموزش مراجعان باید از هر سه تکنیک به طور ترکیبی بهره گیرند. ممکن است 30 دقیقه یوگا، 50 دقیقه نشستن یا 20 دقیقه نشستن با یوگا انجام شود.

هفته هشتم: در این هفته از آزمودنی ها در خواست شد تکنیکی را که متناسب با وضعیت آنهاست انتخاب کنند. ممکن است فقط عمل نشستن با تفکر یا یوگا یا اسکن بدن و یا دو یا سه و یا چندین روش را انتخاب کنند. آنچه مهم است این است که در پایان آموزش در استفاده از این تکنیک ها تجربه کسب کنند و آن را در تمام طول زندگی به کار گیرند (کابات زین، 2005).

مرحله پیگیری: به منظور ارزیابی کارایی روشهای درمانی مرحله پی گیری 2 ماه بعد از درمان انجام شد. دلیل انتخاب فاصله زمانی 2 ماه این است که بیمار باید حداقل 2 ماه فاقد نشانه های افسردگی و نگرش های ناکارآمد باشد تا کارایی روش درمان بر آنها مشخص شود.

روش تجزیه و تحلیل اطلاعات

- از شاخص های آماری توصیفی (شاخص های مرکزی و پراکندگی) برای توصیف افراد گروه، نمونه استفاده شد.
- برای پاسخگویی به سوالات پژوهش از آزمون های مختلف آمار استنباطی بر حسب مورد بهره گرفته می شود و به منظور دستیابی به نتایج از نرم افزار SPSS-12 و از آزمون های تحلیل واریانس با اندازه گیریهای مکرر و آزمون t برای گروه های مستقل بهره به عمل آمد.

یافته ها

اطلاعات در دو بخش توصیفی و استنباطی تنظیم شده است. دربخش توصیفی ویژگیهای جمعیت شناختی آزمودنی ها و دربخش استنباطی نتایج مربوط به فرضیه های پژوهش ارائه می گردد .
توصیف ویژگی های بیماران قلبی مورد بررسی

جدول 1- توزیع فراوانی آزمودنی ها به تفکیک وضعیت گروهی (آزمایش - کنترل)

گروه	فراوانی	درصد	درصد تراکمی
آزمایش	22	48/9	48/9
کنترل	23	51/1	%100
کل	45	%100	...

همانگونه که در جدول 1 مشاهده می گردد از مجموع 45 نفر که به پرسشنامه ها پاسخ دادند، 22 نفر در گروه آزمایش و 23 نفر در گروه کنترل قرار گرفتند.

جدول 2- توزیع فراوانی آزمودنی ها به تفکیک جنسیت

گروه	فراوانی	درصد	درصد تراکمی
مرد	26	57/8	57/8
زن	19	42/2	%100
کل	45	%100	

همانگونه که در جدول 2 مشاهده می گردد از مجموع 45 که به پرسشنامه ها پاسخ دادند، 26 نفر مرد و 19 نفر زن هستند.

جدول 3- شاخصهای توصیفی نمرات آزمودنی ها در پیش آزمون و پس آزمون و پیگیری برای متغیر افسردگی و نگرشهای ناکارآمد

گروه	میانگین پیش	میانگین پس	میانگین پیگیری	انحراف معیار پیش	انحراف معیار پس	انحراف معیار پیگیری
آزمایش	22/13	14/31	15/27	8/41	3/24	3/81
افسردگی کنترل	23/60	21/30	21/86	7/63	5/14	4/20
نگرشهای آزمایش	122/8	109/63	112/45	10/22	8/63	6/84
ناکارآمد کنترل	124/30	122/69	121/91	11/75	10/74	7/80

در جدول 3 مشاهده می‌شود که میانگین نمره افسردگی و نگرش‌های ناکارآمد ادراک شده در پس آزمون و پیگیری گروه آزمایش کمتر از پیش آزمون و گروه کنترل است. برای آزمون این فرض که ذهن آگاهی باعث کاهش افسردگی و نگرش‌های ناکارآمد می‌شود از روش آماری تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری (جلسه: 3 × گروه: 2) به طور جداگانه برای هر یک از متغیرهای مورد نظر استفاده شد. به گونه‌ای که عامل گروه (آزمایشی و کنترل) به عنوان متغیر بین گروهی و عامل جلسه (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) به عنوان عامل درون گروهی در نظر گرفته شد. سپس برای مقایسه میزان تأثیر درمان (آموزش) بر دو گروه t-test برای نمونه‌های مستقل با استفاده از تفاضل نمرات پیش آزمون و پس آزمون یا پیگیری به کار برده شد. جهت آزمون این فرض که روش ذهن آگاهی در کاهش افسردگی بیماران قلب و عروق موثر است نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر (جدول 4) برای متغیر افسردگی ارائه شده است.

جدول 4- نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای متغیر افسردگی

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری
افسردگی	670/10	2	335/05	20/01	0/000
افسردگی * گروه	212/94	2	106/47	6/35	0/003
خطا	1439/12	86	16/74		

آنگونه که جدول نشان داد که اثر متغیر آموزش بین جلسه‌ها و تعامل دو عامل آموزش و گروه در کاهش نمرات افسردگی از نظر آماری معنی دار است.

$$F_{ob} (2 \text{ و } 86) = 20/01 \text{ و } p < 0/01$$

$$F_{ob} (2 \text{ و } 86) = 6/35 \text{ و } p < 0/01$$

برای مشخص کردن اثر درمان در دو گروه از تفاضل نمرات پیش آزمون و پس آزمون استفاده شد. در جدول 5 نتایج آزمون t برای مقایسه میانگین‌های دو گروه مستقل ارائه شده است.

جدول 5- نتایج آزمون t برای مقایسه میانگین‌های دو گروه مستقل در میزان افسردگی

گروه	گروه	تفاوت بین میانگین‌ها	خطای استاندارد میانگین‌ها	آزمون t برای مقایسه دو میانگین
				p
آزمایش	پس آزمون - پیش آزمون	7/81	1/59	2/89
کنترل		2/30	1/06	43
آزمایش	پیگیری - پیش آزمون	6/86	1/65	2/54
کنترل		1/73	1/18	43
آزمایش		-0/95	0/69	-0/34
				43

پیگیری - پس آزمون	کنترل	-0/56	0/86
-------------------	-------	-------	------

آنگونه که در جدول مشخص است تفاوت بین نمرات افسردگی آزمودنی ها در پس آزمون - پیش آزمون در سطح آلفای 0/01 و پیگیری - پیش آزمون در سطح آلفای 0/05 معنی دار است . به عبارت دیگر میزان افسردگی در مرحله پس آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش آزمون در گروه آزمایشی به طور معنی داری کاهش یافته است . جهت آزمون این فرض که روش ذهن آگاهی در تغییر نگرش های ناکارآمد بیماران قلب و عروق موثر است نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر 6 برای متغیر نگرش های ناکارآمد ارائه شده است.

جدول 6- نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر برای متغیر نگرش های ناکارآمد

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
نگرش های ناکارآمد	1257/20	2	628/6	22/49	0/000
نگرش های ناکارآمد *	680/04	2	340/02	12/16	0/000
گروه					
خطا	2403/22	86	27/94		

آنگونه که جدول نشان داد که اثر متغیر آموزش بین جلسه ها و تعامل دو عامل آموزش و گروه در کاهش نمرات نگرش های ناکارآمد از نظر آماری معنی دار است .

$$F_{ob} (2 \text{ و } 86) = 22/49 \text{ و } p < 0/01$$

$$F_{ob} (2 \text{ و } 86) = 12/16 \text{ و } p < 0/01$$

برای مشخص کردن اثر درمان در دو گروه از تفاضل نمرات پیش آزمون و پس آزمون استفاده شد . در جدول 7 نتایج آزمون t برای مقایسه میانگین های دو گروه مستقل ارائه شده است.

جدول 7- نتایج آزمون t برای مقایسه میانگین های دو گروه مستقل در میزان نگرش های ناکارآمد

گروه	گروه	تفاوت بین میانگین ها	خطای استاندارد میانگین ها	آزمون t برای مقایسه دو میانگین	p
				t	df
پس آزمون - پیش آزمون	آزمایش	12/45	1/83	4/82	43
	کنترل	1/60	1/36		
پیگیری - پیش آزمون	آزمایش	8/86	2/03	2/68	43
	کنترل	2/39	1/32		
پیگیری - پس آزمون	آزمایش	-2/81	1/28	-1/95	43

آنگونه که در جدول مشخص است تفاوت بین نمرات نگرشهای ناکارآمد آزمودنی ها در پس آزمون - پیش آزمون و پیگیری - پیش آزمون در سطح آلفای 0/01 معنی دار است . به عبارت دیگر میزان نگرشهای ناکارآمد در مرحله پس آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش آزمون در گروه آزمایشی به طور معنی داری کاهش یافته است.

بحث

این پژوهش نشان داد که ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس بر کاهش افسردگی و نگرش های ناکارآمد در بیماران قلبی موثر است. این یافته با نظر کارور و شییر¹ (1981) که ادعا دارند توجه (مؤلفه مهم) ذهن آگاهی نقش مهمی در کاهش بیماری های بدنی یا نشانه های ناراحتی دارد، هماهنگ است . این یافته ها را می توان این طور تبیین کرد که افراد بیمار نسبت به تغییراتی که در علائم بدنی از جمله ضربان قلب و تنگی نفس که قبل از گسترش حاد بیماری بروز می کنند، آگاه و بهوشیار نیستند و در نتیجه در کنترل این علائم ناکام می مانند و تنها موقعی متوجه بیماری خود می شوند که علائم بیماری از حد معمول خود گذشته و عملکرد آنها را دچار اختلال کرده است . هرچند پژوهشی که تأثیر ذهن آگاهی را روی بیماران قلبی سنجیده باشد در دست نیست، دلیزونا² (2003) اثرات توجه ذهن آگاهی را در کنترل ضربان قلب نشان داده است، به نحوی که توجه روزانه به یکنواختی و نوسانات الگوی ضربان قلب روی توانایی کنترل ضربان قلب اثر می گذارد. همچنین، این یافته پژوهش با تبیین نیکلیچک و کوچرز³ (2008) نیز هماهنگ است. شواهد پژوهشی به خوبی این مطلب را مورد تأیید قرار داده اند که که شخصیت و فشار روانی، به صورت علی با بیماری های قلبی مرتبط اند (روزنمن و چسنی، 1980، نقل از گروسارت-ماتیچک و آیسنک⁴، 1990؛ دنولت⁵، 1997) و یافته های پژوهش حاضر نیز، مؤید پژوهش های پیشین است. افراد مبتلا به بیماری قلبی قادر به مدیریت فشارهای روانی حاصل از روابط بین شخصی نیستند و این خود به احساس درماندگی و ناامیدی می انجامد (گروسارت -ماتیچک، 1990). پژوهش هایی که در مورد سازوکار تأثیر خصومت روی بیماری قلبی - عروقی صورت گرفته است، نشان داده است خصومت و میزان کلسترول لیپوپروتئینها با چگالی پایین باعث بیماری قلبی - عروقی میشوند (نیارا، اسپيرو، وارد و ویس⁶، 2002). آقایی (1384) نشان داده است بیماران قلبی - عروقی در مقایسه با بیمار ان سرطانی، خشم خود را برونریزی می کنند. این امر منجر به کناره-گیری اطرافیان از جمله دوستان و خویشاوندان از بیمار می شود و سبب عدم ارضای نیاز ارتباط با دیگران می گردد. به طور کلی می توان احساسات خصومت آمیز نسبت به دیگران، ناتوانی در کنترل هیجانات و احساس درماندگی در رابطه با دیگران را تحت عنوان رفتارهای مستعد قلبی دانست که عامل مهمی در پیش بینی این بیماری است، اما سازوکار اثر این رفتارها بر بدن و سیستم قلبی -عروقی هنوز ناشناخته مانده است.

در مطالعه ای دیگر افراد مبتلا به بیماری قلبی -عروقی در نمرات اضطراب، افسردگی و استرس ادراک شده نمره

1. Carver & Scheier

2. delyzona

3. Nykliček & Kuijpers

4. Grossarth-Maticek, Eysenck,

5. Denollet

6. Niaura, Spiro, Ward & Weiss

بالاتری را کسب می‌کنند. این یافته‌ها بدین گونه تبیین می‌شوند که افراد بیمار به دلیل ذهن آگاهی پائینی که دارند قادر به درک وضعیت موجود نیستند و به دلیل این که به همه آنچه که در درون خود و محیط اطراف می‌گذرد بهوشیار و آگاه نیستند و به یک جنبه تجربه شخصی و محیطی توجه می‌کنند، سایر جنبه‌ها برایشان احساس خطر به وجود می‌آورد و بنابراین دچار اضطراب می‌شوند. همچنین به سبب احساس فوریت زمانی که دارند دچار واکنش اضطرابی مداوم می‌شوند که آسیب سیستم قلبی - عروقی را در پی دارد. افسردگی بیماران قلبی - عروقی می‌تواند این گونه تبیین شود که چون این بیماران افرادی جاه طلب و رقابت جو هستند، ممکن است با موقعیتهای بیشتری که ناکامی، شکست و درماندگی تولید می‌کنند، درگیر شوند (سلیگمن و روزنهان، 1382) که به نوبه خود به احساس های افسردگی منجر می‌شود.

نیکلیچک و کوچپرز (2008) سازوکار اثربخشی MBSR را ذهن آگاهی می‌دانند، به نحوی که ذهن آگاهی اثرات MBSR را واسطه گری می‌کند. شواهد روزافزونی، اثربخشی روش‌ها و فنون مبتنی بر ذهن آگاهی را در بسیاری از حوزه‌های روانشناسی نشان می‌دهند. سالیوان، وود، تری، برانتلی، چارلز، مکگی، جانسون، کروکف، روزنبرگ، بوسورث، آدامس و کوفی¹ (2009) مداخله روانشناختی مبتنی بر ذهن آگاهی را برای کاهش اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به سکنه قلبی در یک پژوهش آینده نگر به کار بردند و نتایج این پژوهش نشان داد که طی 12 ماه بعد، نشانه‌های روانشناختی در گروه آزمایشی، نسبت به گروه کنترل بهبود پیدا کرده بود. گروسمن و دیگران (2009) در یک مطالعه فراتحلیلی، 64 مطالعه تجربی را در مورد MBSR، مورد بررسی قرار دادند. نتایج این فراتحلیل نشان داد که روش MBSR برای مقابله با مشکلات بالینی و غیربالینی بسیاری از افراد مؤثر است. در تحقیقی بر اساس مدل رفتاری-شناختی² به ارزیابی ارتباط بین افسردگی و تغییر تفکرات اتوماتیک و نگرش‌های ناکارآمد پرداخته شد. سی بیماری که از افسردگی شدید و افسرده خویی ادواری رنج می‌بردند در 12 جلسه گروه درمانی شناختی-رفتاری شرکت کردند. رگرسون چند متغیره کاهش معنی دار تفکرات قلبی و نگرش های ناکارآمد با کاهش نشانه های افسردگی تا پایان درمان را نشان داد (فورلانگ³ و اویی، 1992).

رشد علمی، بالینی و علاقه غیرمذهبی به مراقبه ذهن آگاهی مطالعات مداخله ای زیادی را بوجود آورده است که مزیت های زیادی را برای مدیریت درد (کابات زین، لیپورث و برنی⁴، 1985)، عملکرد دستگاه ایمنی (داویدسون و دیگران⁵، 2003) افزایش فعالیت های مغز در موارد مربوط به عواطف مثبت (داویدسون و دیگران)، بینش متفکرانه (جین⁶ و دیگران، 2007؛ شاپیرو⁷، باون و بیگل⁸، 2007)، ممانعت از بازگشت افسردگی (تیزدل و دیگران⁹، 2000)، اضطراب و عواطف منفی (شاپیرو و دیگران، 2007) کاهش استرس درک شده و افزایش خوداحترامی (شاپیرو،

1. Sullivan, Wood, Terry, Brantley, Charles, McGee, Johnson, Krucoff, Rosenberg, Bosworth, Adams & Cuffe

2. Mindfulness – based cognitive therapy (MCBT)

3. Furlong

4. Lipworth and Burny

5. Davidson

6. Jain

7. Shapiro

8. Brown and Biegel

9. Teasdale

استین¹، بیشوب و کورودا²، 2005؛ نقل از سیرزوکاروس، 2009) داشته است. بررسی های جدید ادبیات (بیر³ 2003، گروسمن و دیگران⁴، 2004، سالمون و دیگران⁵، 2004؛ هیزو و دیگران⁶، دیگران⁶، 2006) مداخلات متفاوتی که ذهن آگاهی را تشکیل می دهند مطرح کرده اند. شامل ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس (MBSR) (کابات زین، 1982؛ کابات زین، 1990). ذهن آگاهی مبتنی بر درمان شناختی (MBCT) (سگال و دیگران⁷، 2002)، درمان رفتاری - منطقی⁸ (DBT) (لینهان⁹، 1993) درمان تعهدی، پذیرشی¹⁰ تعهدی، پذیرشی¹⁰ (هیزو و دیگران، 1999). از لحاظ کلینیکی منجر به بهبود عملکردهای روانشناختی در تعداد قابل توجهی از افراد شده است (کارمودی¹¹ و پیر، 2008).

مطالعه ای فراتحلیل از برنامه های ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس نتیجه گیری کرده است که این نوع مداخله برای اینکه افراد با مسائل سلامت جسمی و روانی مختلف نظیر درد، سرطان، بیماریهای قلبی، افسردگی و اضطراب کنارآیند ثمربخش است (گروسمن، لینهان و استفاون¹²، 2004؛ به نقل از سیرز و کاروس¹³، 2009). در پژوهشی ارزیابی اثربخشی برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی کابات زین در زنان با بیماری قلبی بود. اضطراب، کنترل عواطف، سبک های کنارآمدن و منابع کنترل سلامتی، در هر یک از دو گروه کنترل و درمان زنان با بیماری قلبی مورد مقایسه قرار گرفت. تجزیه و تحلیل نتایج اثرات مفید این برنامه را نشان داد (تکن و راندولف¹⁴، 2003). در تحقیقی دیگر ذهن آگاهی بر روی 136 نفر اجرا شد و نتایج در مجله روانپزشکی منتشر شد. اجرای تمرین ذهن آگاهی به کاهش نشانه های استرس در بیماران با تصلب چند گانه، ایدز، اختلالات اضطرابی و بیماریهای دیگر کمک کرد. دکتر ریبل متوجه شد که بیمارانی که ذهن آگاهی را تمرین می کنند، سطح اضطراب و افسردگی آنها به طور خودکار کاهش می یابد. دکتر ریبل برای به حداکثر رساندن اثرات ذهن آگاهی بیماران را تشویق می کرد به طور منظم حداقل 20 دقیقه هر روز تمرین ذهن آگاهی از آنچه انجام می دهند، را تمرین کنند، نظیر؛ قدم زدن، تنفس کردن، فکرکردن یا به عضلات یا احساسات بدنی توجه کردن. آنها به طور کامل آنچه را اتفاق می افتاد تجربه می کردند و دکتر ریبل فهمید که هر وقت بیماران شروع به تمرکز روی ترس هایشان درباره رنج یا تفکرات فاجعه آمیز شان می کنند ذهن آگاهی به آنها کمک می کند که بین تفکرات، احساسات و عواطف تمایز قائل شوند و با زندگی، بهتر کنار آیند (رایان اسکات¹⁵، 2002).

-
1. Astin
 2. Cordova
 3. Baer
 4. Grossman and et al
 5. Salmon
 6. Hayes
 7. Segal
 8. Dialectical behavior therapy
 9. Linehan
 10. Acceptance and commitment therapy (ACT)
 11. Carmody
 12. Stefan
 13. Sears and kraus
 14. Tacon and Randolph
 15. Scat

در مطالعه ای دیگر با بیماران با نارسایی قلبی مزمن به ارزیابی ذهن آگاهی روی پیامدهای بالینی، افسردگی، کیفیت زندگی آنها پرداخته شد. گروه مورد مطالعه از 208 بزرگسال با اختلال معدی (40%) و بیماران با نارسایی قلبی مزمن تشکیل شده بود. بیماران با اختلال معدی به عنوان گروه کنترل و بیماران با نارسایی قلبی به عنوان گروه درمانی انتخاب شدند. گروه درمان هشت هفته متوالی آموزش ذهن آگاهی، مهارت‌های کنار آمدن، بحث‌های گروهی و حمایتی را دریافت داشتند. نتایج نشان داد که هشت هفته مداخله ذهن آگاهی، اضطراب و افسردگی را کاهش داد و این اثرات تا یکسال ادامه یافت. مداخله به طور برجسته ای منجر به بهبود نشانه‌های نارسایی قلبی شد. نتایج نشان داد که مداخلات از این نوع در درمان بهتر نارسایی قلبی موثر می باشد (سالیوان و دیگران¹، 2009).

در تحقیقی دیگر به بررسی اثرات کوتاه مدت قلب، عروقی و دستگاه عصبی خودمختار بر اساس یکی از تکنیک‌های بکار رفته در آموزش ذهن آگاهی پرداخته شد. در مطالعه اول 32 میانسال سالم (22 زن و 9 مرد) برای هر یک از مراقبه‌ها به طور تصادفی انتخاب شد و هر دو گروه در یک برنامه مراقبه چهار هفته‌ای قرار گرفتند. مطالعه دوم با استفاده از یک نمونه در دسترس 30 میانسال سالم (15 مرد و 15 زن) در دو دوره آموزشی که آنها مراقبه را تمرین می کردند و به یک نوار گوش می دادند انجام گرفت. در هر دو مطالعه نرخ ضربان قلب، ریتم قلب و فشار خون ارزیابی شد و نتایج در هر دو مطالعه در زمان مراقبه افزایش قابل ملاحظه ای را در ریتم قلب نشان داد. همچنین در زمان انجام مراقبه کاهش قابل ملاحظه ای را در دوره انقباض قلب نشان داد. این مطالعه افزایش خودبخودی فعالیت‌های سمپاتیک و پاراسمپاتیک قلبی را نشان داد. اما اثری روی نرخ ضربان قلب نداشت. شرکت کنندگان در مطالعه دوم یک کاهش قابل ملاحظه در فشارخون دیاستولیک در طول مراقبه را نسبت به گوش کردن به نوار نشان دادند. مردان افزایش بیشتری را در برون داد قلبی در طول مراقبه در مقایسه با گوش کردن به نوار نشان دادند. نتایج شباهتها و تفاوت‌هایی را در پاسخهای روان تنی به مراقبه و دیگر فعالیت‌های آرامش بخش نشان داد (بلین و دیگران²، 2006).

نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که جلسات هشتگانه توانسته است به طور شایان توجهی از میزان افسردگی و نگرش‌های ناکارآمد شرکت کنندگان در دوره درمانی بکاهد، به گونه ای که این کاهش در دو مقطع زمانی پس از درمان (در زمان پس آزمون و 60 روز پس از پایان درمان) قابل مشاهده است. همگام با کاهش افسردگی، شدت و فراوانی افکار خودآیند و نگرش ناکارآمد نیز کاهش یافته است.

1. Sullivan
2. Blaine

منابع

- آقای، م. (1384). مدیریت خشم در بیماران سرطانی و کرونری قلب. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تهران.
- ابراهیمی، ا. (1387). سهم مقیاس نگرش های ناکارآمد و خرده مقیاس های سلامت عمومی در پیش بینی نسبت ابتلا به افسردگی. مجله علمی پژوهشی. دانشگاه علوم پزشکی شهر کرد.
- توسلی، ع. ا.، خرم، ز. (1379). عملکرد بطن چپ بیماران با انفارکتوس قلبی به همراه عارضه تاکی آریتمی فوق بطنی. اصفهان: مجله دانشکده پزشکی، سال هجدهم. شماره 59: ص 26-19.
- رحیمی، ف. (1379). تغییر رفتارهای سلامتی بیماران 4 تا 6 ماه پس از سکته قلبی. فصلنامه پرستاری مامایی ایران. سال 13، شماره 24، ص 8.
- سلیگمن، م. ا. پ.، روزنهان، د. ا. (1382). روانشناسی ناپهنجاری؛ آسپشناسی روانی (ترجمه یحیی سیدمحمدی). تهران: نشر ساوالان. تاریخ انتشار به زبان اصلی: 1990.
- صلصالی، م. (1372). اختلالات عروق کرونر و اصول مراقبتهای ویژه قلبی (پرستاران CCU). تهران: نشر بشری. صص 174-169.
- ضیائی، و.، معین الغربائی، م.، و مالکی نژاد، م. ح. (1380). بررسی وضعیت بهداشت روانی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی تهران طی سالهای 1378-1373. طب و تزکیه، 43، 33-25.
- قاسم زاده، ح. (1378). شناخت و عاطفه، جنبه های بالینی و اجتماعی. تهران: انتشارات فرهنگان.
- عالی نژاد، ز. (1376). پرستاری داخلی جراحی قلب و عروق از دید روان تن کارشناسی. تهران: انتشارات شهر آب. ص 121.
- غلامی، ح. (1384). مقایسه اثربخشی و کارایی دو روش شناخت درمانی بک و تیزدل در درمان افسرده خویی، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه محقق اردبیلی.
- مؤمنی، ح. (1380). بررسی تأثیر آموزش و اجرای رفتارهای سلامتی بر بازگشت به کار بیماران انفارکتوس میوکارد بستری در بخشهای مراقبت ویژه قلبی بیمارستانهای دولتی شهر اصفهان. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علوم پزشکی اصفهان.
- نبوی، س. (1362). پیشگیری از سکته قلبی. تهران: نشر اقبال.
- کاویانی، ح.، احمدی ابهری، س. ع.، دهقان، م.، منصورنیا، م. ع.، خرمشاهی، م.، قدیرزاده، م. ر.، دادپی، ع. (1381). شیوع اختلالات اضطرابی در جمعیت ساکن شهر تهران. فصلنامه اندیشه و رفتار، 11، 3-4.

- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). Cognitive Therapy of Depression. New Yourk: Guilford Press.

-Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in Psychological well-being. Journal of Personality and Social Psychology, 84, 822-848.

-Brosschot, J. F., Benschop, R. J., Godaei, G. L., Olf, (1994). M. Influence of life stress on immunological reactivity to mild psychological stress. *Psychosom Med.* 56(3):216-224.

-Blaine, D. (2006). Short-term autonomic and cardiovascular effects of mindfulness body scan meditation the society of ehavioral medicine.

-Carver, C. S., & Scheier, M. F. (1981). Attention and self regulation: A control-theory approach to human behavior. New York: Springer-Verlag.

-Carmody, J. and A. Baer. (2008). Relationship between mindfulness practice and levels of mindfulness, medical and psychological symptoms and wellbeing in a mindfulness-based stress reduction program.

-Chiesa, A and A. Serretti (2009). Mindfulness-Based stress Reduction for stress management in Health in Healthy people: A Review and meta-analysis the journal of alternative and complementary medicine 15(50):593-600 .

-Davison, R. J., Paul, A. & Dobos, G. (2003). Alteration in brain and Immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosomatic medicine*, 65, 564-570.

-Denollet, J. (1997). Personality, emotional distress and coronary heart disease. *European Journal of Personality*, 11,343-357.

-Delizonna, L. L. (2003). Attention to heart rate fluctuations: Mindfulness and heart rate control. Poster to be presented at annual conference of Association for the Advancement of Behavioral Therapy, Boston, MA.

-Droy, Y., Florian, V. (1999). Long-term psychological adjustment to coronary artery disease. *Arch Physic Med Rehabil.* 72:326-331.

-Furlong, M. and t. s. oei. (2004). changes to automatic thoughts and dysfunctional attitudes in group cbt for depression: Behavioural and cognitive psychotherapy, 351-360.

-Frasure, S. (2000). Depression in patients with cardiac disease: a practical review . *Journal of psychosomatic Research*; 19(3): 379-391.

-Herbert, T. B., Cohen. S., Marsland, A. L., Bachen, E. A., Rabin, B. S., Muldoon, M. F, et al. (1994). Cardiovascular reactivity and the course of immune response to an acute psychological stressor. *Psychosom Med.* 56:337-344.

-Grossarth-Maticek, R. & Eysenck, H. J. (1990). Personality, stress and disease: Description and validation of a new inventory. *Psychological Reports*, 66, 355-373.

-Grossarth-Maticek, R. & Eysenck, H. J. (1990). Personality, stress and disease: Description and validation of a new inventory. *Psychological Reports*, 66, 355-373.

-Kabat-Zinn, J., .& Chapman-Waldrop, A. (1988). Compliance with an outpatient stress reduction program: Rates and predictors of program completion. *Journal of Behavioral medicine*, 11,333-352.

-Kabat-Zin, J. (1990). Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain and Illness. New York: Dell Publishing.

-Kabat-Zinn, J., Massion, M. D., Kristeller, J., Peterson, L.G., Fletcher, K. E., Pbert, L., et al. (1992). Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *American Journal of Relationship Enhancement. Behavior therapy. Psychiatry* , 19.

-Kabat zinn. J. (2005). full catastrophe living. Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness piatkus, london.

-Nykliček I. & K. F. Kuijpers, K. F. (2008). Effects of Mindfulness-Based Stress

Reduction Intervention on Psychological Well-being and Quality of Life: Is Increased Mindfulness Indeed the Mechanism? *Annals of Behavioral Medicine*, 35, 331-340.

-**Niaura, R., Spiro, A., Ward, K. D. & Weiss, S. (2002)**. Hostility, the metabolic syndrome, and incident coronary heart disease. *Health Psychology*, 21, 588-593.

-**Saenz, Z. S. (2003)**. Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT)

-Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). Mindfulness-based cognitive therapy for depression. New York: Guilford.

-**Sullivan. M. (2009)**. the support education and research in chronic Heart failure study a mindfulness based psychoeducational intervention improves depression and clinical symptoms in patient, with chronic heart failure.

-**Sears. S and S. Kraus. (2009)**. I think there fore I am: cognitive distortion and coping style as mediator, for the effect, of mindfulness meditation on anxiety, positive and negative effect and Hope: *journal of clinical psychology*. Vol 56.561-573.

-**Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002)**. Mindfulness-based cognitive therapy for depression. New York: Guilford.

-**Scatt. R. (2002)**. The magic of meditation.the heart and soul.vol 8.

-**Linehan, M.M. (1993b)**. Skills training manual for treating borderline personality disorder. New York: Guilford Press.

-**Taccon. A. M, R. Mccob, E. Randolph (2003)**. Mindfulness meditation anxiety reduction and heart disease:a pilot study: The department of health exercise and sport sciences.

-**Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M., Ridgeway, V. A., Soulsby, J. M., & Lau, M. A. (2000)**. Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 615-625.

-**Teasdale, J. D., & Segal, Z. V., & Williams, J. M. (1994)**. How does cognitive therapy prevent depression relapse and why does cognitive therapy prevent depression relapse and why should attentional control (mindfulness) training help? *Behaviour Research and Therapy*, 33, 25-39.

-**Teasdale, J. D., Segal, Z. V., & Williams, J. M. G. (1995)**. How does cognitive therapy prevent depressive relapse and whyshuld attentional control (mindfulness) training help? *Behaviour Research and Therapy*, 33, 25-39.

The effectiveness of mindfulness-based stress to reduce depression and dysfunctional attitude in heart disease

Kooshki, sh (ph.D)

Jamali, m (ph.D)

Salehi, m (ph.D)

Akbari, h (M.A)

Abstract

This study has been investigated the effectiveness of mindfulness-based stress to reduce dysfunctional attitudes and depression in heart patients. Research goal is help reduce depression and dysfunctional attitudes in patients with cardiac disease that leads to Improvement their disease. This research is Of Quasi-experimental research with the pre-test, post-test with expectations and using random assignment. The study of sample comprised of 60 patients that by using available sample of heart patients city of Sari in Mazandaran province's hospitals (Hazrat Zahra (30) and shafa (30)) and was divided randomly into two experimental groups (30) and the waiting list (30). Data collection tool was Beck Depression Inventory and DAS-26, and was used 12-SPSS software to achieve the results of the tests and was used analysis of variance with repeated measurements and t-test for independent groups. The results indicated that MBSR is effective in reducing depression and dysfunctional attitudes in heart disease and also did not see the point significant differences between women and men. It seems to mindfulness-based stress will be effective by "training of Attention control" and the changes will dysfunctional attitude and to prevent of recurrences.

Key words: mindfulness, depression, heart disease, dysfunctional attitude

