

اثربخشی آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی بیماران قلبی- عروقی

عبداله امیدی^۱، جواد مومنی^۲، فریبا رایگان^۳، حسین اکبری^۴

و انسیه طلیقی^۵

بیماری‌های قلبی- عروقی، علت عمده‌ی ناتوانی و مرگ در کشورهای مختلف جهان بوده و با وجود ابداع روش‌های مختلف درمانی، هنوز شیوع بالایی دارد. اگرچه مهم‌ترین عوامل روان شناختی در ایجاد و پیشرفت بیماری‌های قلبی مورد مناقشه است اما، پژوهش‌های مختلف نشان می‌دهد که عوامل روان شناختی به طور معناداری در پیدایش بیماری‌های قلبی- عروقی نقش دارد. هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی بیماران قلبی- عروقی بود. بدین منظور، ۱۰۳ بیمار قلبی- عروقی شهرستان کاشان، غربالگری شده و از بین آنها ۶۰ نفر به صورت تصادفی انتخاب و در دو گروه آزمایش و کنترل کاربندی شدند. گروه آزمایش، ۸ جلسه تحت درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی قرار گرفت ولی گروه کنترل هیچ درمان روان شناختی دریافت نکرد. گروهها قبل و بعد از درمان از نظر کیفیت زندگی مورد ارزیابی قرار گرفتند و نتایج تحلیل کواریانس نشان داد که از لحاظ متغیر کیفیت زندگی بین گروه مداخله و گروه کنترل در پس آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. به نظر می‌رسد کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی در بهبود کیفیت زندگی بیماران - عروقی موثر است.

واژه های کلیدی: کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی، کیفیت زندگی و بیماری قلبی- عروقی

مقدمه

بیماری‌های قلبی- عروقی، علت عمده‌ی ناتوانی و مرگ‌ومیر در کشورهای مختلف جهان بوده و با وجود ابداع روش‌های مختلف درمانی، هنوز دارای شیوع بالایی است (گاسیروفسکی و داکویس،

۱. دپارتمان روان شناسی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران.

۲. دپارتمان روان شناسی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران. (نویسنده ی مسول) javad.epost@yahoo.com

۳. دپارتمان علوم پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران.

۴. دپارتمان علوم پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران.

۵. دپارتمان روان شناسی بالینی، دانشگاه علوم و تحقیقات تهران، اصفهان، ایران

۲۰۱۳). امروزه، بیماری‌های قلبی- عروقی علت حدود ۳۰ درصد موارد مرگ‌ومیر در کل جهان است (لانگو و همکاران، ۲۰۱۱) و متأسفانه نزدیک به ۸۰ درصد مرگ‌های ناشی از بیماری‌های قلبی- عروقی و ۸۷ درصد از ناتوانی‌ها در حال حاضر در کشورهایی با درآمد متوسط و پایین اتفاق می‌افتد (یوسف، ردی، اونپو و آناد، ۲۰۰۱). طبق آمار سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۱۴، میزان مرگ‌ومیر ناشی از بیماری‌های قلبی- عروقی در ایران ۴۶ درصد کل مرگ‌ومیر را شامل می‌شود (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۴). عوامل متعددی در بروز بیماری‌های قلبی- عروقی نقش دارند؛ مثل کلسترول تغذیه، سابقه‌ی خانوادگی، فشار خون بالا، چاقی، عدم فعالیت فیزیکی و استرس (مک کی، منسا، و کلیفتون، ۲۰۰۴). اگرچه مهم‌ترین عوامل روان شناختی در ایجاد و پیشرفت بیماری‌های قلبی مورد مناقشه است اما، ادبیات پژوهشی وسیعی نشان داده است که عوامل روان شناختی به طور معناداری در پیدایش بیماری‌های قلبی- عروقی نقش دارند و مهم‌ترین این عوامل عبارتند از: افسردگی، اضطراب عوامل شخصیتی و صفات منشی (مانند خصومت و خشم)، انزوای اجتماعی، و استرس‌های نیمه حاد و مزمن زندگی (روزانسکی، بلومنتال و کاپلان، ۱۹۹۹).

بیماران مبتلا به بیماری‌های قلبی، اغلب هم عوارض جسمانی و هم عوارض روان شناختی دارند و کیفیت زندگی این بیماران معمولاً در اثر احساسات همزمان افسردگی، اضطراب، خشم و استرس کاهش می‌یابد (اسپری، ۲۰۰۹). جنبه‌های مختلف کیفیت زندگی در بیماران مزمن، بخصوص به علت طول مدت و شدت آن‌ها باعث می‌شود، ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و اقتصادی کیفیت زندگی دستخوش تغییر فراوان شود (پارک، ۱۹۹۵). سازمان بهداشت جهانی برای کیفیت زندگی چهار بعد را در نظر گرفته است: سلامت جسمانی، شامل مواردی از قبیل: درد و احساس ناراحتی، خواب و استراحت، و توانایی انجام کار و امور روزمره؛ جنبه‌ی روان شناختی، شامل مواردی از قبیل: قیافه‌ی ظاهری، احساسات مثبت و منفی، حافظه، تمرکز و اعتماد به نفس؛ روابط اجتماعی، شامل مواردی از قبیل: روابط شخصی، حمایت اجتماعی و فعالیت جنسی؛ و محیط اجتماعی شامل مواردی از قبیل: تامین مالی، محیط خانه، دسترسی به اطلاعات، مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی و تسهیلات رفت و آمد (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۵). رویکردهای سنتی برای ارزیابی پیامد درمان یا اثربخشی آن عمدتاً متمرکز بر علائم و نشانه‌های بیماری بوده و کمتر به کیفیت زندگی و مفاهیم مرتبط با آن پرداخته‌اند (مارمانی، پانی، پاسینی، و پیروگی، ۲۰۰۷). این مداخلات، به طور فزاینده‌ای برای این بیماران مفید بوده و توصیه شده است (ساتیل، ۲۰۰۵) و برای کاهش عوامل خطر چندوجهی و عوامل خطر روانی اجتماعی استفاده می‌شود (روزانسکی، بلومنتال، دیویسون، ساب و کوبزنسکی، ۲۰۰۵).

نیازهای روان شناختی بیماران قلبی را می‌توان با درمان‌های روان شناختی مختلفی پاسخ داد. یکی از درمان‌های جدید این حوزه که از سال ۱۹۷۹ میلادی پدیدار شد کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی^۱ (MBSR) است. MBSR در مرکز معنویت و شفای دانشگاه مینه‌سوتا تهیه شده است (بار، ۲۰۰۶) و یک درمان کاهش استرس گروهی استاندارد شده ۸ هفته‌ای است که می‌تواند به عنوان ابزاری برای کاهش خشم و استرس در فرد به کار رود. کابات زین، پیشرو این روش، ذهن آگاهی را به صورت توجه به شیوه‌ای خاص، معطوف به هدف، در زمان حال و بدون داوری تعریف کرده است (میلر، فلچر و کابات زین، ۱۹۹۵). مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی، اطمینان بالقوه‌ای را به عنوان یک مداخله‌ی کارآمد برای مراقبت‌های پزشکی فراهم می‌کند. تحقیقات نشان داده است که این مداخلات رنج مرتبط با بیماری‌های جسمانی، اختلالات روان‌تنی و اختلالات روان شناختی را کاهش می‌دهد و کیفیت زندگی فرد را بهبود می‌بخشد (گراسمن، نیمان، اسمیت، و والاچ، ۲۰۰۴).

MBSR، یک درمان چندمولفه‌ای است که به صورت گروهی ارائه می‌شود (کابات زین، ۲۰۱۳). MBSR هم به عنوان یک درمان حاد و هم به عنوان یک درمان پیشگیرانه عمل می‌کند و آن را به عنوان یک راهبرد در اختیار شرکت کنندگان قرار می‌دهد تا بتوانند با چالش‌ها و وقایع استرس‌زا در زندگی‌شان مقابله کنند. MBSR به شرکت کنندگان آموزش می‌دهد تا از ذهن آگاهی به عنوان یک راهبرد سازگارانه با استرس، درد و بیماری استفاده کنند (پرایسمن، ۲۰۰۸). در نتیجه، از آن می‌توان به عنوان یک درمان پیشگیرانه در افراد در معرض خطر بیماری‌های قلبی و هم به عنوان یک درمان حاد در افراد دارای بیماری قلبی استفاده نمود. امتیاز دیگر MBSR این است که در MBSR کلاس‌ها می‌تواند شامل بیش از ۳۰ نفر شرکت کننده باشد. همچنین به جای گروه‌بندی شرکت کنندگان براساس تشخیص یا بیماری در گروه‌ها، می‌توان از شرکت کنندگانی با طیف وسیعی از بیماری‌ها استفاده نمود با تاکید بر اینکه تمامی شرکت کنندگان، صرفنظر از بیماری، یک جریان مداوم در حال تغییر حالات درونی را تجربه کنند و توانایی پرورش آگاهی لحظه به لحظه را به وسیله‌ی مهارت‌های ذهن آگاهی بدست آورند (کابات زین، ۲۰۱۳).

در یک مطالعه، اثربخشی MBSR بر کیفیت زندگی و علایم فیزیکی و روان شناختی بیماران، در جمعیت‌های مختلف بیمار سنجیده شده بدین صورت که ۱۳۶ نفر از بیماران، در یک برنامه MBSR هشت هفته‌ای شرکت کردند و ملزم به انجام روزانه ۲۰ دقیقه مراقبه شدند. داده‌های حاصل از پیش-

آزمون و پس آزمون نشان داد که کیفیت زندگی در این مطالعه با بهبود در شاخص های نشاط، درد بدنی، محدودیت در نقش ها در اثر مشکلات فیزیکی و کارکرد اجتماعی همراه است؛ همچنین نشانه های بدنی ۲۸ درصد کاهش نشان داده و در پیگیری یک ساله، کاهش در تمام شاخص ها همچنان پابرجا بوده است (ریبل، گریسون، برینارد، و روزوینگ، ۲۰۰۱). در پژوهش دیگری که اثربخشی شرکت در یک برنامه MBSR بر کیفیت زندگی، نشانه های استرس، خلق، فشار خون و پارامترهای سیستم ایمنی در بیماران مرحله آخر سرطان پستان و پروستات، بررسی شده بود، بهبودی معناداری در تمام علائم و نشانه های استرس به دست آمد که در تمام دوره های پیگیری پابرجا بود. نتایج این پژوهش نشان داد که شرکت در برنامه MBSR با بهبود کیفیت زندگی، کاهش علائم استرس کاهش سطح کورتیزول خون، کاهش فشار خون و افزایش کارایی سیستم ایمنی همراه است (کارلسون، اسپیکا، فاریس و پاتل، ۲۰۰۷).

روش

پژوهش حاضر، یک طرح نیمه آزمایشی، با پیش آزمون - پس آزمون و گروه کنترل بود. جامعه ی آماری این پژوهش شامل تمامی بیماران قلبی - عروقی شهرستان کاشان بود که به کلینیک تخصصی قلب و عروق مراجعه کرده اند. از این جامعه ۱۰۳ بیمار بالقوه بر اساس معیارهای ورود و خروج پژوهش ارزیابی شدند. معیارهای ورود عبارت بود از: داشتن بیماری قلبی با علائم کنترل شده، سن ۳۵ تا ۶۰ سال، تمایل به شرکت در برنامه ی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان شناختی- رفتاری، سطح تحصیلات حداقل دیپلم، همچنین ملاک های خروج نیز شامل بیماری های کلیوی بیماری های بدخیم فعال مانند سرطان، سابقه ی صرع یا تشنج در طی ۶ ماه قبل از اولین ملاقات، وجود بارداری یا دوره ی شیردهی، سابقه ی سو مصرف مواد مخدر، غیبت بیش از دو جلسه و سابقه ی دریافت مداخلات روان شناختی در طی یک ماه گذشته بود. تعداد ۴۳ نفر از آنها از مطالعه خارج شدند (۳۶ نفر عدم تطابق با معیارهای ورود، ۵ نفر عدم قبول شرکت در پژوهش، ۲ نفر سایر دلایل). جهت بررسی معیارهای ورود به مطالعه یک مصاحبه ۳۰ دقیقه ای توسط یک روان شناس بالینی و یک متخصص قلب و عروق اجرا شد. پس از آن، تمامی بیماران (۶۰ نفر) فرم رضایت آگاهانه را تکمیل نمودند. آزمودنی ها، به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل کاربندی شدند. گروههای آزمایش و کنترل در ابتدا و انتهای پژوهش با پرسشنامه ی کیفیت زندگی مورد ارزیابی قرار گرفتند. پرسشنامه ی کیفیت زندگی مک نیو ویژه ی بیماران قلبی، یک ابزار ارزشمند برای سنجش و ارزیابی

کیفیت زندگی در بیماران قلبی - عروقی است. این پرسشنامه توسط نیل الدریدج و لیت لیم در امریکا به زبان انگلیسی ساخته شد و توسط والتنی ویرایش شده است و به عبارتی شکل اصلاح شده و تکمیل شده ی QLMI است. این پرسشنامه، جهت ارزیابی تاثیر بیماری های قلبی به ویژه بیماری کرونری قلب و درمان آن روی فعالیت های فیزیکی، هیجانی و اجتماعی بیمار طراحی شده (خیام نکویی، یوسفی و منشایی، ۲۰۱۰) و ۲۷ سوال دارد. سوالات پرسشنامه در سه حوزه شامل عملکرد هیجانی، عملکرد فیزیکی و عملکرد اجتماعی تقسیم بندی شده به طوری که ۱۴ سوال آن در حوزه ی عملکرد هیجانی ۱۴ سوال در حوزه ی عملکرد فیزیکی و ۱۳ سوال آن در حوزه ی عملکرد اجتماعی است. ۵ سوال از حوزه ی عملکرد فیزیکی علائم بیماری را ارزیابی می کند که این علائم شامل درد قفسه ی سینه تنگی نفس، خستگی، سرگیجه و درد پا است. اعتبار و پایایی این پرسشنامه نسبت به سایر ابزارهای سنجش HRQOL قابل قبول است (هافر، لیم، گویات، و الدریدج، ۲۰۰۴). یوسفی و جعفری این پرسشنامه را در سال ۲۰۰۵ برای بیماران قلبی در استان اصفهان تراز کرده و پایایی آن را بر اساس ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۴ گزارش کرده اند (جعفری، ۲۰۰۴). در جدول ۱ محتوای جلسات گروه MBSR ارائه شده است:

شیوه ی اجرا

گروه آزمایش، ۸ جلسه هفتگی روان درمانی را بر اساس پروتکل کابات زین (کابات زین ۲۰۱۳)، دریافت نمودند. در طول این مدت گروه کنترل هیچگونه درمان روان شناختی دریافت نکرد. در جدول ۱ محتوای جلسات ذهن آگاهی بر اساس پروتکل کابات زین (کابات زین ۲۰۱۳) ارائه شده است.

جدول ۱: محتوای جلسات ذهن آگاهی بر اساس پروتکل کابات زین (کابات زین ۲۰۱۳)

جلسه	محتوا
اول	آشنایی، ذهن آگاهی به عنوان راه زندگی، تمرینات خوردن، بازخورد و بحث در مورد تمرینات خوردن، بادی اسکن بازخورد و بحث در مورد بادی اسکن
دوم	یوگا، بحث در مورد تعامل بین فعالیت های ذهن آگاهانه، آشنایی با تمرینات خانگی و بادی اسکن، بحث در مورد نگرش ذهن آگاهانه: (کشمکش نکردن، ذهن آغازگر، ...)، معرفی مدیتیشن نشسته، راهنمای مدیتیشن نشسته (۱۰ دقیقه) بازخورد و بحث در مورد مدیتیشن نشسته
سوم	یوگا، مدیتیشن نشسته (۱۵ دقیقه)، تمرینات دیدن و شنیدن (۵ دقیقه)، بحث در مورد نگرش ذهن آگاهانه: (فضاوتی نبودن و متانت)، تقسیم کردن ذهن آگاهانه: معرفی دیالوگ ذهن آگاهانه به عنوان یک تمرین، راهنمای مراقبه، پیاده روی STOP (فضای تنفس یک دقیقه ای)
چهارم	یوگا، مراقبه ی نشسته: آگاهی از تنفس، بدن، صداها و افکار؛ بحث در مورد نگرش ذهن آگاهانه: (پذیرش و رها

- کردن)، پرداختن به احساسات و هیجانات مشکل ساز
- پنجم یوگا، مراقبه ی نشسته: آگاهی از تنفس، بدن، صداها و افکار؛ معرفی افکار و خاطرات مشکل آفرین، تمرینات تنفس (۳ دقیقه)
- ششم یوگا، مراقبه ی نشسته: ذهن آگاهی افکار، تمرینات تنفس برای مدیریت خشم، ذهن آگاهی و ارتباطات، مراقبه ی کوهستان و دریاچه
- هفتم یوگا، مراقبه ی نشسته: آگاهی از تنفس، بدن، صداها و افکار؛ ذهن آگاهی و شفقت، مراقبه
- هشتم یوگا، مراقبه ی نشسته، نتیجه گیری، بحث درباره ی اینکه چگونه تمرینات ذهن آگاهی را در سبک زندگی خود یکپارچه کنیم

برای مقایسه گروهها و بعد از تایید مفروضه های تحلیل، از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد. برای تحلیل داده ها از شانزدهمین ویرایش نرم افزار SPSS استفاده شد.

یافته ها

در جدول ۲، میانگین و انحراف استاندارد مربوط به گروه های مورد مطالعه در پیش آزمون و پس آزمون به تفکیک ارائه شده است.

جدول ۲. مولفه های توصیفی کیفیت زندگی، قبل و بعد از اجرای مداخله در گروهها

گروه آزمایش		گروه کنترل		
sd	M	sd	M	
۱/۰۵	۳/۷۹	۳/۲۸	۱/۳۶	پیش آزمون
۰/۷۰	۵/۸۵	۳/۱۳	۱/۱۲	پس آزمون

جهت تحلیل تفاوت مشاهده شده از آزمون تحلیل کوواریانس جهت بررسی تفاوت میان دو گروه استفاده شد. جدول ۳، خلاصه ی نتایج تحلیل کوواریانس تفاوت میانگین های کیفیت زندگی را نشان می دهد

جدول ۳. خلاصه ی نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس نمره ی کیفیت زندگی

گروه های آزمایش و کنترل						
eta	Sig.	F	MS	df	SS	منبع تغییر
۰/۷۹۸	۰/۰۰۱*	۲۱۳/۴۹	۱۷۰/۵۴	۱	۱۷۰/۵۴	
۰/۷۲۱	۰/۰۰۱*	۱۳۹/۴۱	۱۱۱/۳۶	۱	۱۱۱/۳۶	گروه ها
۰/۱۳۵	۰/۰۰۵*	۸/۳۹	۶/۷۰	۱	۶/۷۰	پیش آزمون
			۰/۷۹	۵۴	۴۳/۱۳	خطا
				۵۷	۱۲۶۸	کل

نتایج جدول ۳ نشان می دهد که پس از تعدیل نمرات پیش آزمون، اثر معنی دار بین آزمودنی های دو گروه وجود دارد ($F=139/41, P=0/001, \eta^2=0/721$).

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی بیماران قلبی- عروقی به اجرا درآمد. نتایج این پژوهش نشان داد که آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهبود کیفیت زندگی بیماران قلبی- عروقی موثر است. نتایج ما همسو با نتایج پژوهش گریسون و همکاران (۲۰۱۱)، نیکلکیک و همکاران (۲۰۰۸)، جانوسک و همکاران (۲۰۰۸) و ریبیل و همکاران (۲۰۰۱) است و نشان می دهد که MBSR تاثیر مثبتی بر کیفیت زندگی بیماران مختلف دارد.

بر اساس دانش ما تاکنون پژوهشی در رابطه با اثرات MBSR بر کیفیت زندگی بیماران قلبی انجام نشده است اما، کوریاتی و همکاران در پژوهشی که در سال ۲۰۰۵ روی سالمندان با نارسایی قلبی درمان شده انجام دادند، نشان دادند که شرکت در یک دوره ی مراقبه به صورت معناداری سطح کیفیت زندگی این بیماران را افزایش می دهد (کوریاتی و همکاران، ۲۰۰۵). تحقیقات تجربی معدودی این گونه توضیح داده اند که ممکن است میزان افزایش تجربیات معنوی و ذهن آگاهی روزانه، همراه با یکدیگر، تفاوت های فردی افراد را در بهره مندی از مزایای MBSR و سطح کیفیت زندگی این افراد بیان کند. یافته های اصلی از گروه زیادی از تحقیقات روی افراد سالم اما تحت استرس نشان داد که افزایش در تجربیات معنوی روزانه، به طور مستقیم سطح ذهن آگاهی را افزایش می دهد که به نوبه ی خود، با بهبود کیفیت زندگی متعاقب MBSR مرتبط است (برنی، اسپیکا، و کارلسون، ۲۰۱۰؛ شاپیرو، شوارتز، و بانر، ۱۹۹۸؛ کارمودی، و بایر، ۲۰۰۸). افزایش معنویت، با آگاهی و حس ارتباط با ماورا در زندگی روزانه مرتبط است؛ و این نه تنها یکی از مهم ترین پیامد های تمرینات مراقبه ی ذهن آگاهانه است، بلکه یکی از مکانیسم های کلیدی است که MBSR از طریق آن سلامت روان را افزایش می دهد (گریسون و همکاران، ۲۰۱۱).

از لحاظ نظری، بیماران مبتلا به بیماری های مزمن همانند بیماری های قلبی می توانند از تمرینات ذهن- آگاهی به شیوه های مختلفی سود ببرند. مشابه با درمان شناختی- رفتاری، هدف ذهن آگاهی کاهش واکنش به احساسات و افکار پریشان کننده ی همراه با تجربه ی درد است (بایر، ۲۰۰۳). نشان داده شده است که ذهن آگاهی منجر به کاهش علائم روان شناختی شامل اضطراب و افسردگی در بیماران

می‌شود (براون، راین، و کریزول، ۲۰۰۷). ذهن آگاهی خودنظارت‌گری جسمی و هوشیاری بدن را افزایش می‌دهد که احتمالاً منجر به بهبود مکانیسم‌های بدنی و بهبود مراقبت از خود می‌شود. مشابه با آموزش آرمیدگی سنتی، مراقبه ی ذهن آگاهی با افزایش فعال‌سازی پاراسمپاتیک همراه است که می‌تواند منجر به آرامش عمیق ماهیچه و کاهش تنش و برانگیختگی، کاهش درد و در نهایت افزایش کیفیت زندگی این افراد شود (گریسون، ۲۰۰۹؛ دیتو، اکلاچ، و گلدمن، ۲۰۰۶). ذهن آگاهی، ممکن است فرد را در برابر بدعملکردی خلق مرتبط با استرس و توسط افزایش فرایندهای مقابله کردن شناختی مانند ارزیابی مجدد مثبت (گارلند، گایلرد، و پارک، ۲۰۰۹) و تقویت مهارت‌های تنظیم هیجان مانند تحمل پریشانی (لینهان، ۱۹۹۳) محافظت کند.

با توجه به محتوای جلسات MBSR، تاکید این برنامه بر بکارگیری تکنیک‌هایی برای کاهش استرس و مقابله با درد و هوشیار بودن نسبت به وضعیت خویش است. رها کردن کشمکش و پذیرش وضعیت موجود بدون قضاوت، مفهوم اصلی و اساسی در برنامه MBSR است (کل و همکاران، ۲۰۱۰). در واقع، تغییر در پذیرش بدون قضاوت کردن با بهبود در کیفیت زندگی ارتباط دارد (نیکلیک و کوچپرس، ۲۰۰۸). هدف MBSR افزایش هوشیاری لحظه حاضر است. MBSR روشی جدید و شخصی در مقابله کردن با استرس برای فرد فراهم می‌کند. استرسورهای بیرونی، بخشی از زندگی و غیرقابل تغییرند اما، روش‌های مقابله با استرس و نحوه ی پاسخدهی به استرس‌ها می‌تواند تغییر کند (کل و همکاران، ۲۰۱۰). بنابراین از آنجایی که کیفیت زندگی به طور معناداری با استرس و افسردگی همبستگی دارد، انتظار می‌رود با انجام تمرینات منظم ذهن آگاهی تغییرات مثبتی در برخی از کارکردهای روان شناختی مانند کاهش استرس، کاهش خشم و افزایش بهزیستی و سلامت روان ایجاد شود و در نهایت منجر به بهبود کیفیت زندگی در بیماران قلبی شود.

References

- Baer, R. (2006). *Mindfulness-Based Treatment Approaches: A Clinician's Guide to Evidence-Base and Applications*. Netherlands: Elsevier Academic Press.
- Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical psychology: Science and practice, 10*(2), 125-143.
- Birnie, K., Speca, M., & Carlson, L. E. (2010). Exploring self-compassion and empathy in the context of mindfulness-based stress reduction (MBSR). *Stress and Health, 26*(5), 359-371.
- Brown, K. W., Ryan, R. M., & Creswell, J. D. (2007). Mindfulness: Theoretical foundations and evidence for its salutary effects. *Psychological inquiry, 18*(4), 211-237.
- Carlson, L. E., Speca, M., Faris, P., & Patel, K. D. (2007). One year pre-post intervention follow-up of psychological, immune, endocrine and blood pressure outcomes of mindfulness-based stress reduction (MBSR) in breast and prostate cancer outpatients. *Brain, Behavior, and Immunity, 21*(8), 1038-1049. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.bbi.2007.04.002
- Carmody, J., & Baer, R. A. (2008). Relationships between mindfulness practice and levels of mindfulness, medical and psychological symptoms and well-being in a mindfulness-based stress reduction program. *Journal of behavioral medicine, 31*(1), 23-33.

- Colle, K. F. F., Vincent, A., Cha, S. S., Loehrer, L. L., Bauer, B. A., & Wahner-Roedler, D. L. (2010). Measurement of quality of life and participant experience with the mindfulness-based stress reduction program. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 6(1), 36-40.
- Curiati, J. A., Bocchi, E., Freire, J. O., Arantes, A. C., Braga, M., Garcia, Y., . . . & Fo, W. J. (2005). Meditation reduces sympathetic activation and improves the quality of life in elderly patients with optimally treated heart failure: a prospective randomized study. *Journal of Alternative & Complementary Medicine*, 11(3), 465-472.
- Ditto, B., Eclache, M., & Goldman, N. (2006). Short-term autonomic and cardiovascular effects of mindfulness body scan meditation. *Ann Behav Med*, 32(3), 227-234.
doi:10.1207/s15324796abm3203_9
- Garland, E., Gaylord, S., & Park, J. (2009). The role of mindfulness in positive reappraisal. *Explore: The Journal of Science and Healing*, 5(1), 37-44.
- Gasiorowski, A., & Dutkiewicz, J. (2013). Comprehensive rehabilitation in chronic heart failure. *Ann Agric Environ Med*, 20(3), 606-612.
- Greeson, J. M. (2009). Mindfulness research update: 2008. *Complementary health practice review*.
- Greeson, J. M., Webber, D. M., Smoski, M. J., Brantley, J. G., Ekblad, A. G., Suarez, E. C., & Wolever, R. Q. (2011). Changes in spirituality partly explain health-related quality of life outcomes after Mindfulness-Based Stress Reduction. *Journal of behavioral medicine*, 34(6), 508-518.
- Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S., & Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits: A meta-analysis. *Journal of psychosomatic research*, 57(1), 35-43.
- Hofer, S., Lim, L., Guyatt, G., & Oldridge, N. (2004). The MacNew Heart Disease health-related quality of life instrument: a summary. *Health Qual Life Outcomes*, 2, 3. doi:10.1186/1477-7525-2-3
- Jafari, M. (2004). *Validation of The Quality of Life MacNew Questionnaire For Cardiac Patients*. Khorasgan University, Isfahan. (persian)
- Kabat-Zinn, J. (2013). *Full Catastrophe Living: Using The Wisdom Of Your Body And Mind To Face Stress, Pain And Illness* (Revised And Updated ed.). New York: The Random House Publishing Group.
- Khayam Nekouei, Z., Yousefy, A., & Manshaee, G. (2010). The Effect of Cognitive-Behavioral Therapy on the Improvement of Cardiac Patients' Life Quality. *Iranian Journal of Medical Education*, 10(2), 148-153. (persian)
- Linehan, M. (1993). *Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder*: Guilford Press.
- Longo, D., Fauci, A., Kasper, A., Hauser, S., Jameson, J., & Loscalzo, J. (2011). *Harrison's Principles of Internal Medicine* (18 ed.). United States: Mc Graw Gill Medical.
- Mackey, J., Mensah, G., & Clifton, R. (2004). *The Atlas of Heart Disease and Stroke* (1 ed.). Switzerland: WHO Publishers.
- Maremmani, I., Pani, P. P., Pacini, M., & Perugi, G. (2007). Substance use and quality of life over 12 months among buprenorphine maintenance-treated and methadone maintenance-treated heroin-addicted patients. *J Subst Abuse Treat*, 33(1), 91-98. doi:10.1016/j.jsat.2006.11.009
- Masumian, S., MR, S., & Hashemi, M. (2013). The Effect of Mindfulness-Based Stress Reduction on Quality of Life of the Patients with Chronic Low Back Pain. *Journal of Anesthesiology and Pain*, 4(1), 25-37. (persian)
- Miller, J. J., Fletcher, K., & Kabat-Zinn, J. (1995). Three-year follow-up and clinical implications of a mindfulness meditation-based stress reduction intervention in the treatment of anxiety disorders. *Gen Hosp Psychiatry*, 17(3), 192-200.
- Noncommunicable diseases country profiles 2014. (2014). Retrieved from <http://www.who.int/nmh/coun>
- Nyklíček, I., & 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(3), 331-340.
- Park, K. (1995). *Parks' Text book of Preventive and Social Medicine* (14 ed.). India.
- Praissman, S. (2008). Mindfulness-based stress reduction: a literature review and clinician's guide. *J Am Acad Nurse Pract*, 20(4), 216-217. doi:10.1111/j.1745-7599.2008.00306.x
- Reibel, D. K., Greeson, J. M., Brainard, G. C., & Rosenzweig, S. (2001). Mindfulness-based stress reduction and health-related quality of life in a heterogeneous patient population. *General hospital psychiatry*, 23(4), 183-192.
- Rozanski, A., Blumenthal, J. A., & Kaplan, J. (1999). Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy. *Circulation*, 99(16), 2192-2217.
- Rozanski, A., Blumenthal, J. A., Davidson, K. W., Saab, P. G., & Kubzansky, L. (2005). The epidemiology, pathophysiology, and management of psychosocial risk factors in cardiac practice. The emerging field of behavioral cardiology. *Journal of the american college of cardiology*, 45(5), 637-651.

- Shapiro, S. L., Schwartz, G. E., & Bonner, G. (1998). Effects of mindfulness-based stress reduction on medical and premedical students. *Journal of behavioral medicine, 21*(6), 581-599.
- Sotile, W. M. (2005). Biopsychosocial care of heart patients: Are we practicing what we preach? *Families, Systems, & Health, 23*(4), 400.
- Sperry, L. (2009). *Treatment of Chronic Medical Conditions: Cognitive-Behavioral Terapy Strategies and integrative Treatment Protocols*. Washington, DC: American Psychological Association.
- The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL)(1995). position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med, 41*(10), 1403-1409.
[tries/irm_en.pdf?ua=1](#)
- Witek-Janusek, L., Albuquerque, K., Chroniak, K. R., Chroniak, C., Durazo-Arvizu, R., & Mathews, H. L. (2008). Effect of mindfulness based stress reduction on immune function, quality of life and coping in women newly diagnosed with early stage breast cancer. *Brain, behavior, and immunity, 22*(6), 969-981.
- Yusuf, S., Reddy, S., Öunpuu, S., & Anand, S. (2001). Global Burden of Cardiovascular Diseases: Part I: General Considerations, the Epidemiologic Transition, Risk Factors, and Impact of Urbanization. *Circulation, 104*(22), 2746-2753. doi:10.1161/hc4601.099487

Journal of
Thought & Behavior in Clinical Psychology
Vol. 10 (No. 42), pp.7-16, 2017

The effectiveness of mindfulness-based stress reduction program on quality of life among patients with cardiovascular diseases

Omidi, Abodulah

Dept. of Psychology, University of Medical Sciences, Kashan, Iran

Momeni, Javad

Dept. of Psychology, University of Medical Sciences, Kashan, Iran

Raygan, Fariba

Dept. of Medical Sciences, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran.

Akbari, Hossein

Dept of Medical Sciences, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran

Talighi, Ensieh

Dept. of Clinical Psy. , Tehran University of Science and Research, Isfahan, Iran

Received: Feb 06, 2016

Accepted: Feb 28, 2016

Cardiovascular diseases are the mainly causes of disability and death in countries around the world and despite the advances of different treatment methods, are still at high prevalent rate. Although the most important psychological factors in the development and progression of heart disease are disputed, numerous studies have shown that psychological factors are significantly involved in the development of cardiovascular diseases. This study assesses the effectiveness of mindfulness-based stress reduction on the quality of life among the patients with cardiovascular diseases. In order to do so, a total of 103 patients with cardiovascular disease in Kashan city were screened, from whom 60 were randomly selected and assigned to experimental and control groups. The experimental group received 8 sessions of mindfulness-based stress reduction training while the control group did not receive any intervention. Subjects in both groups were evaluated for health related quality of life and the results revealed significant difference between the experimental and control groups in terms of quality of life. It seems that mindfulness-based stress reduction is effective on quality of life among cardiovascular patients.

Keywords: Mindfulness-based stress reduction, quality of life, cardiovascular diseases

Electronic mail may be sent to: javad.epost@yahoo.com