مقاله پژوهشی

تأثیر آموزش گروهی ذهن آگاهی بر کاهش افسردگی، خصومت و اضطراب در افراد مبتلا به بیماری عروق کرونر قلب

مهسا جهانگیرپور*[۱]، ولی‌اله موسوی[۲]، مهناز خسروجاوید[۳]، ارسلان سالاری[٤]، سجاد رضایی[٥]

تاریخ دریافت 1392/04/18 تاریخ پذیرش 1392/06/23

چکیده

پیش زمینه و هدف: این مطالعه به‌منظور بررسی تأثیر آموزش گروهی ذهن آگاهی بر کاهش افسردگی، خصومت و اضطراب در مردان مبتلا به بیماری عروق کرونر قلب اجرا گردید.

مواد و روش کار: ۲۲ نفر از مردان مبتلا به بیماری عروق کرونر قلب در یک پژوهش نیمه آزمایشی به روش نمونه گیری پیاپی از میان جامعه پژوهش (مردان مبتلا به بیماری عروق کرونر قلب که به کلینیک حشمت شهر رشت مراجعه کرده بودند) انتخاب شدند و به طور تصادفی در دو گروه آزمایشی و گروه کنترل گمارده شدند(۱۱ نفر برای هر گروه). پرسشنامه‌های افسردگی بک، اضطراب حالت- صفت اشپیل برگر و ماده‌های خصومت در پرسشنامه SCL-۹۰ -R به عنوان پیش آزمون در مورد دو گروه اجرا شد. پس از اجرای هشت جلسه آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (چهار هفته و هر هفته دو جلسه ۲ساعتی) در گروه آزمایش، به منظور سنجش متغیرهای وابسته (افسردگی، خصومت، اضطراب حالت و اضطراب صفت) ابزارهای فوق مجدداً به عنوان پس آزمون در هر دو گروه اجرا گردید.

یافته‌ها: نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که بین دو گروه کنترل و آزمایش در نمرات پس آزمون افسردگی، خصومت، اضطراب حالت و اضطراب صفت تفاوت معنی‌داری($p<۰/۰۰۰۱$) وجود دارد.

نتیجه گیری: با توجه به نتایج بدست آمده، به نظر می‌رسد آموزش ذهن آگاهی گروهی تأثیر قابل ملاحظه‌ای در کاهش افسردگی، خصومت و اضطراب در مردان مبتلا به بیماری عروق کرونر قلب دارد.

کلیدواژه‌ها: ذهن آگاهی، افسردگی، خصومت، اضطراب، بیماری عروق کرونری قلب

مجله پزشکی ارومیه، دوره بیست و چهارم، شماره نهم، ص ۷۳۹-۷۳۰، آذر ۱۳۹۲

آدرس مکاتبه: استان گیلان، شهرستان رودبار، خلیل آباد، جنب آموزش و پرورش، خانه‌های سازمانی، بلوک اول، طبقه دوم. تلفن: ۰۹۱۱۳۳۰۰۷۴۸

Email: mjahangirpour@yahoo.com

مقدمه

بیماری عروق کرونری قلب[۶] یکی از شایع‌ترین بیماری‌های قلبی عروقی است که به دلیل تنگی عروق کرونر قلب یا انسداد این عروق ایجاد می‌شود. این بیماری علت اصلی مرگ در کشورهای صنعتی را تشکیل می‌دهد و پیش بینی می‌شود تا سال ۲۰۲۰، تعداد موارد مرگ‌ومیر ناشی از بیماری‌های کرونری قلب، از تعداد مرگ‌ومیر بیماری‌های عفونی پیشی گرفته و مهم‌ترین علت مرگ‌ومیر را به خود اختصاص دهد (۱). معمولاً متخصصان قلب و عروق عوامل مشخصی مانند فشارخون بالا، سطح کلسترول بالای خون، دیابت و چاقی را در ارتباط با این بیماری مطرح ساخته‌اند. اما پژوهش‌های سال‌های اخیر بیش از پیش موید تأثیر عوامل روانی بر پیدایش و سیر بیماری‌های کرونر قلب می‌باشند و همراهی اختلالات روانی را با بیماری‌های کرونری قلب به عنوان عاملی

[۱] دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران (نویسنده مسئول)

[۲] دانشیار گروه روانشناسی دانشگاه گیلان، رشت، ایران

[۳] استادیار گروه روانشناسی دانشگاه گیلان، رشت، ایران

[٤] متخصص قلب و عروق، استادیار گروه قلب، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

[٥] دانشجوی دکتری گروه روانشناسی دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

[۶] Coronary heart disease (CHD)

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-03-28]

برای افزایش هزینه‌های درمان، طول مدت بستری و کاهش عملکرد بیماران مطرح کرده‌اند(۲، ۳). به عنوان نمونه مطالعات نبی و همکاران(۴) نشان داد بیماران کرونری قلب رویدادهای استرس‌زای بیشتری را در دو سال قبل از ابتلا به بیماری داشته‌اند. هم چنین از نظر بالینی در ۴۰ تا ۶۵ درصد از بیماران بعد از انفارکتوس میوکارد[1] علائم افسردگی بارز دیده می‌شود. افسردگی در بیماران مبتلا به عروق کرونر قلب منجر به بدتر شدن وضعیت عملکرد قلب(افزایش تعداد دفعات یا شدت درد قفسه سینه)، افزایش محدودیت فیزیکی، ادامه کندتر فعالیت‌ها، تنظیم تعادل اجتماعی ضعیف تر، کاهش رضایت از درمان و کاهش کیفیت زندگی می‌شود (۳). یافته‌های پژوهش حیدری پهلویان، قراخانی و محجوب (۵) نیز نشان می‌دهد که خصومت در بیماران قلبی زیر پنجاه سال (در مقایسه با افراد بالاتر از ۵۰ سال) بیشتر موید نقش عوامل روان شناختی در بیماران عروق کرونر قلب می‌باشد و زمینه را برای آسیب رسانی به عروق مهیا می‌کند. بنابراین درمان اختلالات روانی همراه راهکار مناسبی در جهت بهبود پیش آگهی و طول مدت بستری در بیماران عروق کرونر قلب است. تاکنون طیف وسیعی از درمان‌های روان شناختی در بیماران مبتلا به عروق کرونری قلب انجام شده است. اما واقعیت این است که اکنون می‌توان راه حل‌های جدیدتری برای درمان موثر این بیماری از طریق تلفیق استفاده از دارو و آموزش همراه با تکالیف درون خانگی در رابطه با ذهن افراد مبتلا به بیماری عروق کرونر قلب به وجود آورد که بیشتر به علل و ریشه‌های عوامل روان شناختی توجه دارد. از جمله این روش‌ها می‌توان به ذهن آگاهی[2] اشاره کرد. رویکرد ذهن آگاهی به معنی دیدن فکرها به عنوان فکر و به عنوان رویدادی در حوزه آگاهی و مراقبت هیجانی بدون تلاش برای تغییر آن‌ها و مشاهده آن‌ها با آرامش و شکیبایی است(۶). در روش ذهن آگاهی گروهی به افراد آموزش داده می‌شود که اندیشه‌ها و احساساتشان را مشاهده کنند. مشاهده طولانی مدت رویدادهای ناخوشایند خصوصی در طول زمان باعث کاهش اجتناب عاطفی از محرک درونی می‌شود که قبلاً تحمل نمی‌شده است. ذهن آگاهی مشاهده باورها را بدون پذیرش آن‌ها به عنوان حقیقت ممکن می‌سازد و در نتیجه دامنه زیادی از پاسخ‌ها در دسترس قرار می‌گیرند و روش‌های عادت شده پاسخ‌دهی با روش‌های آگاهانه پاسخ‌دهی که غیر خودکار انتخاب می‌شوند، جا به جا می‌گردند. در پاسخ به افکار فقط آگاهی و پذیرش آن‌ها و سپس برگرداندن توجه به تنفس انجام می‌شود که با تغییرات ضمنی در الگوهایی که افکار از آن‌ها مشتق شده‌اند، همراه است (۸،۷). بررسی توصیفی صورت گرفته توسط قاسمی پور و قربانی(۹) نشان داد افراد بیمار قلبی عروقی نسبت به افراد سالم از ذهن آگاهی پایین، رفتار مستعد قلبی بیشتر و همچنین از اضطراب، افسردگی و استرس ادراک شده بالاتری برخوردارند. ذهن آگاهی پایین در بیماران قلبی عروقی بدین معنی است که این افراد کمتر با لحظه حال در تماسند. این یافته با نظر کارور و شییر[3](۱۰) که معتقدند توجه (مؤلفه مهم ذهن آگاهی) نقش مهمی در کاهش بیماری‌های بدنی و نشانه‌های ناراحتی دارد، هماهنگ است. الکساندر و همکاران (۱۱)نیز در پژوهشی که با هدف بررسی تأثیر آموزش ذهن آگاهی و یوگا در افراد در معرض خطر بیماری‌های قلبی- عروقی صورت گرفته بود، نشان دادند که تمرینات ذهن آگاهی و یوگا، باعث کاهش قابل توجه هیجانات منفی در این بیماران شد. همچنین زیدان و همکاران (۱۲)تأثیر مراقبه ذهن آگاهی را بر روی خلق و متغیرهای قلبی عروقی مورد بررسی قرار دادند. نتایج آن‌ها نشان داد که در گروه آزمایش تمرینات ذهن آگاهی در کاهش خلق منفی، افسردگی، خستگی و ضربان قلب بسیار اثربخش بود. رایت، دی و هولز[4](۱۳)نیز در یک پژوهش مروری نشان دادند که مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی در درمان مشکلات خشم موثر است. به این صورت که ذهن آگاهی به کاهش واکنش‌های هیجانی فراخوانی شده توسط محرک‌های برانگیزاننده خشم (بدون پیش داوری و بدون تلاش) برای گریز یا اجتناب از آن‌ها کمک می‌کند. بنابراین با توجه به همایندی بالای بیماری عروق کرونر قلب با آشفتگی‌های روان شناختی از یک سو و از طرف دیگر کارایی و ثمربخشی ذهن آگاهی در اختلالات دیگر انتظار می‌رود که روش ذهن آگاهی باعث بهبود راهبردهای سازگاری با موقعیت، افزایش کیفیت زندگی، امیدواری نسبت به آینده، افزایش تمایل بیماران به پیگیری درمان‌های طبی و استفاده بیشتر از روش‌های کنترل کننده غیر دارویی بیماری، در بیماران عروق کرونر قلب گردد. همچنین عوارض منفی ناشی از این بیماری مانند افزایش محدودیت فیزیکی، عدم ارتباط با اطرافیان و پیامدهای روانی کاهش یابد. بنابراین پژوهش حاضر در جهت بررسی این سؤال اصلی که «آیا آموزش ذهن آگاهی گروهی در کاهش اضطراب، افسردگی، خصومت در این بیماران اثربخش است؟» انجام پذیرفت .

مواد و روش کار

طرح پژوهش: طرح پژوهش حاضر نیمه آزمایشی پیش آزمون_ پس آزمون با گروه کنترل است.

[1] Myocardial Infarction
[2] Mindfulness
[3] Carrer and Sheier
[4] Wright, Day, Howells

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-03-28]

آزمودنی‌ها: در این پژوهش برای جمع آوری نمونه مورد نظر، با مراجعه به بیمارستان حشمت رشت از بین بیماران مردی که آنژیوگرافی شده بودند و تشخیص بیماری عروق کرونر قلب را دریافت کرده بودند، با روش نمونه گیری پیاپی، ۲۲ بیمار انتخاب شدند وجهت مداخله درمانی به صورت تصادفی در ۲ گروه آزمایش و کنترل تقسیم گردیدند.

مقیاس‌های مورد استفاده در این پژوهش شامل:

۱-پرسشنامه فرم کوتاه افسردگی بک (BDI-13): پرسشنامه افسردگی بک ۱۳ گویه دارد که با نشانه‌های خاص افسردگی مرتبط است(۱۴). هر گزاره این پرسشنامه شامل یک مقیاس چهار گویه‌ای است که دامنه آن از صفر تا ۳ مرتب شده است و بیشینه و کمینه نمره آن بین ۳۹ و صفر می‌باشد(۱۵). بک و همکارانش (۱۶)ضریب پایایی همسانی درونی ماده‌های پرسشنامه را از ۰/۷۳ تا۰/۸۶ و ضریب همبستگی پرسشنامه افسردگی بک با پرسشنامه شخصیتی چندوجهی مینه‌سوتا را ۰/۷۴ گزارش کرده‌اند.

۲-پرسشنامه اضطراب صفت_حالت: این پرسشنامه توسط اشپیل برگر و همکاران ساخته شده است و دارای ۴۰ ماده در ۲ مقیاس اضطراب حالت (آشکار) و اضطراب صفت (پنهان) است. هر قسمت آن دارای ۲۰ گویه است که با استفاده از مقیاس لیکرت با دامنه‌ای از ۱ (هرگز) تا ۴ (همیشه) نمره‌گذاری می‌شود که بر اساس آن هر شرکت کننده در این مقیاس نمره‌ای بین ۲۰ تا ۴۰ بدست می‌آورد که نشان دهنده سطح اضطراب است. اشپیل برگر و همکاران ضریب آلفای کرونباخ مقیاس‌های اضطراب حالت و اضطراب صفت را به ترتیب ۰/۹۲ و۰/۹۰، همچنین ضرایب بازآزمایی مقیاس اضطراب حالت از ۰/۱۶ تا ۰/۶۲ و مقیاس اضطـــراب صفت از ۰/۷۳ تا ۰/۸۶ و برای مجموع آزمون، ضریب آلفای کرونباخ را ۰/۹۴ گزارش کردند(۱۷).

۳-مقیاس ۹۰ سؤالی تجدیدنظر شده نشانه‌های بیمارگون[1]: فرم اولیه این آزمون توسط دروگاتیس، لیپمن و کاوی (۱۸)معرفی شد وبر اساس تجربیات بالینی و تجزیه و تحلیل‌های روان سنجی آزمون، مورد تجدیدنظر قرار گرفته و فرم نهایی آن تهیه گردید. سؤالات این مقیاس برای اندازه گیری ۹ بعد آسیب شناسی روانی طراحی گردیده است. این ابعاد عبارتند از: شکایات جسمانی، وسواس فکری-عملی، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب، خصومت، فوبیا، اندیشه پردازی پارانوییدی و روان پریشی. هر یک از مواد آزمون در یک مقیاس ۵ درجه‌ای(۰=هیچ ۱=کمی ۲=تاحدی ۳=زیاد ۴=به شدت) ارزیابی می‌گردد. بررسی پایایی به شیوه بازآزمایی ضرایب ۰/۷۸ تا ۰/۹۰ را نشان داده است(۱۸). در پژوهش حاضر از گویه‌های مربوط به سنجش خصومت که شامل سؤالات ۱۱ ,۲۴ ,۶۳ ,۶۷ ,۷۴ ,۸۱ این ابزار بود استفاده شده است.

شیوه اجرای پژوهش: پس از انجام نمونه گیری از افراد واجد شرایط برای ورود به پژوهش، از تمامی بیماران انتخاب شده جهت اجرای پیش آزمون در یک جلسه دعوت به عمل آمد. در این جلسه تمامی اعضا، پرسشنامه‌های فوق را تحت نظارت یک کارشناس ارشد روانشناسی پاسخ دادند . سپس بیماران انتخاب شده به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار داده شدند. بر اساس این تقسیم بندی، افراد گروه آزمایش ۸ جلسه آموزش ذهن آگاهی را که به صـــورت گروهی ارائه می‌شد، دریافت کردند. یک هفته پس از جلسه هشتم آموزش، هم گروه آزمایش وهم گروه کنترل جهت ویزیت توسط پزشک متخصص و نیز برای پاسخگویی مجدد به سؤالات پرسشنامه‌های ذکر شده دعوت شدند و به سؤالات پاسخ دادند.

خلاصه طرح شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی

جلسه اوّل: معارفه، پذیرش مراجع، تعیین اهداف جلسه و خط مشی کلی از قوانین گروه، بررسی چشمداشت‌های مراجع از درمان، آشنایی مراجع با علائم جسمانی و روان‌شناختی بیماری عروق کرونر قلب، خلاصه‌ای از شیوه آموزشی شناختی مبتنی بر حضور ذهن برای مراجع

جلسه دوّم: هدایت خودکار، تمرین خوردن کشمش، دادن پس خوراند بحث در مورد تمرین خوردن، تمرین وارسی بدنی آغاز تمرین با تمرکز به تنفس کوتاه، دادن بازخورد و بحث در مورد وارسی بدنی، تکلیف خانگی، جزوه‌های جلسه اوّل (شامل تکالیف خانگی، برگه‌های ثبت تکالیف است)، اتمام کلاس با تمرکز بر تنفس کوتاه ۲ تا ۳ دقیقه‌ای

جلسه سوّم: رویارویی با موانع، وارسی تکالیف خانگی، تمرین افکار و احساس‌ها، ثبت وقایع خوشایند، مراقبه ۱۰ تا ۱۵ دقیقه‌ای، ارائه تکالیف خانگی

جلسه چهارم: حضور ذهن از تنفس، گفتن خلاصه‌ای از جلسه سوّم بازنگری تمرین‌ها، تمرین دیدن یا شنیدن، نشستن در حالت مراقبه، تمرین فضای تنفس، قدم زدن با حضور ذهن، خلاصه و مشخص کردن تکلیف خانگی

جلسه پنجم: ماندن در زمان حال

جلسه ششم: افکار حقایق نیستند، مراقبه نشستن ۴۰ دقیقه‌ای، آگاهی از تنفس، بدن، اصوات و سپس افکار، بازنگری تکالیف خانگی، خلق، افکار و تمرین نقطه نظرها یا افکار جانشین، زمان تنفس و بازنگری آن، خلاصه جلسه و تعیین تکلیف خانگی

[1] Symptom Check List-90-Revised

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-03-28]

جلسه هفتم: استفاده از آن‌چه آموخته‌اید برای مقابله با حالت‌های خلق بعدی، مروری به جلسه‌های قبل و بازنگری تکالیف خانگی

جلسه هشتم: اختتام، بازنگری کل برنامه، توزیع پرسشنامه در بین شرکت کنندگان، وارسی و بحث در مورد برنامه‌ها و یافتن دلایل مثبت برای ادامه تمرین، پایان دادن به کلاس با آخرین مراقبه.

یافته‌ها

در این پژوهش۲۲ نفر از مردان مبتلا به بیماری عروق کرونر قلب شرکت داشتند که حداقل سن آن‌ها ۳۳ و حداکثر سن آن‌ها ۵۷ سال بود. میانگین و انحراف معیار سن در گروه کنترل به ترتیب ۵۰/۸۱ و۵/۷۹ و در گروه آزمایش به ترتیب ۴۹/۲۷ و۵/۹۳ بود. در جدول ۱ سایر مشخصات جمعیت شناختی دو گروه ارائه شده است. ذکر این نکته ضروری است که همه مردان شرکت کننده در پژوهش متأهل بودند و سابقه مصرف سیگار نداشتند. همچنین نتایج آزمون خی دو نشان داد که دو گروه به لحاظ متغیرهای جمعیت شناختی (سطح تحصیلات، سابقه پرفشاری خون، سابقه دیابت، سبقه عمل جراحی قلب و سابقه بیماری قلبی در خانواده) باهم همتا هستند.

جدول شماره (۱): شاخص‌های توصیفی(میانگین و انحراف معیار) برای نمرات افسردگی، خصومت، اضطراب حالت و صفت در گروه آزمایش و کنترل

متغیرها	گروه آزمایش				گروه کنترل			
	میانگین		انحراف استاندارد		میانگین		انحراف استاندارد	
	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون
افسردگی	۱۱/۷۲	۶/۵۴	۴/۰۵	۳/۱۴	۸/۰۹	۷/۱۸	۷/۲۸	۶/۶۰
خصومت	۳/۷۲	۱/۹۰	۱/۵۵	۰/۹۴	۲/۴۵	۱/۸۱	۳/۷۲	۲/۸۵
اضطراب حالت	۵۴/۷۲	۴۱/۰۹	۶/۴۲	۶/۵۶	۵۲/۱۸	۵۱/۶۳	۱۱/۷۶	۱۱/۶۵
اضطراب صفت	۵۳/۵۴	۴۰/۷۲	۵/۴۸	۶/۰۵	۴۹/۵۴	۴۹/۴۵	۱۱/۷۴	۱۱/۸۵

جدول ۱ شاخص‌های توصیفی(میانگین و انحراف معیار) برای نمرات افسردگی، خصومت، اضطراب حالت و اضطراب صفت در گروه آزمایش و کنترل نشان می‌دهد. از آنجا که در این پژوهش از آزمون‌های پارامتریک برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شده است، بررسی پیش فرض تساوی واریانس گروه‌ها در مرحله پس آزمون پیش شرط ضروری بود. جهت بررسی این پیش فرض از آماره لون استفاده شد. در بررسی تساوی واریانس نمرات افسردگی و خصومت دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس آزمون به ترتیب [F =۰/۰۲ ،p>۰/۰۵] و[F =۰/۱۹ ،p>۰/۰۵] به دست آمد. با توجه به اینکه p>۰/۰۵ است، بنابراین پیش فرض تساوی واریانس نمرات پس آزمون افسردگی در دو گروه آزمایش و کنترل تایید می‌شود. این بدان معنی است که واریانس نمرات پس آزمون افسردگی و خصومت در دو گروه همگن است. به منظور ارزیابی اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر کاهش افسردگی و خصومت بیماران و کنترل اثر پیش آزمون از تحلیل واریانس تک متغیری استفاده شد که نتایج این تحلیل به ترتیب در جدول ۲و۳ آمده است.

جدول شماره (۲): نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری برای مقایسه میانگین نمرات پس آزمون افسردگی

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	اندازه تأثیر
گروه	۶۷/۱۷	۱	۶۷/۱۷	۲۵/۷۱	۰/۰۰۰۱	۰/۵۷
تحلیل کوواریانس با کنترل مقادیر پیش آزمون	۴۸۴/۷۲	۱	۴۸۴/۷۲	۱۸۵/۵۳	۰/۰۰۰۱	۰/۹۰
خطا	۴۹/۶۳	۱۹	۲/۶۱			

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-03-28]

جدول شماره (۳): نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری برای مقایسه میانگین نمرات پس آزمون نمره خصومت

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	اندازه تأثیر
گروه	۳/۵۰	۱	۳/۵۰	۹/۴۷	۰/۰۰۶	۰/۳۳
تحلیل کوواریانس با کنترل مقادیر پیش آزمون	۸۳/۵۰	۱	۸۳/۵۰	۲۲۵/۴۲	۰/۰۰۰۱	۰/۹۲
خطا	۷/۰۳	۱۹	۰/۳۷			

با توجه به نتایج جدول۲ و بررسی میانگین نمرات پس آزمون افسردگی در گروه آزمایش و کنترل در جدول ۱ این نتیجه بدست می‌آید که آموزش ذهن آگاهی گروهی در کاهش افسردگی بیماران مبتلا به عروق کرونر قلب تأثیر معنی‌دار داشته است. [$F_{(1,19)}$=۲۵/۷۱ ،p<۰/۰۰۰۱] . با توجه به نتایج جدول ۳ و بررسی میانگین نمرات پس آزمون خصومت در گروه آزمایشی و کنترل در جدول ۱ این نتیجه بدست می‌آید که آموزش ذهن آگاهی گروهی در کاهش خصومت مردان مبتلا به بیماری عروق کرونر قلب تأثیر معنی‌داری داشته است [$F_{(1,19)}$=۹/۴۷ ،p=۰/۰۰۶]. برای بررسی تأثیر ذهن آگاهی گروهی بر ابعاد اضطراب بیماران از تحلیل واریانس چند متغیری به منظور کنترل اثر پیش آزمون استفاده شد. از آنجایی که یکی از پیش فرض‌های استفاده از این تحلیل همسانی ماتریس کوواریانس‌ها است، از آزمون باکس برای بررسی این همسانی استفاده شد که نتایج نشان داد که کوواریانس‌ها در دو گروه [F= ۳/۵۸ ،P<۰/۰۵] برابر نیستند. همچنین یکی دیگر از پیش فرض‌های استفاده از تحلیل مانکوا همسانی واریانس نمرات است. برای بررسی همسانی واریانس نمرات از آزمون لون استفاده شد که نتایج نشان داد که شرط همگنی واریانس‌ها [F= ۱/۳۴ و۱/۱۱ ،P>۰/۰۵] برقرار است. نتایج تحلیل مانکوا برای مقایسه میانگین نمرات پس آزمون اضطراب در دو گروه آزمایشی و کنترل با کنترل مقادیر پیش آزمون در جدول ۴ و۵ آمده است.

جدول شماره (۴): نتایج آزمون‌های معنی‌داری تحلیل کوواریانس چندمتغیری گروه‌های آزمایش و کنترل

نام آزمون	مقدار	F	فرضیه درجه آزادی	خطا درجه آزادی	سطح معنی‌داری
آزمون اثر پیلایی	۰/۸۲	۳۹/۲۱	۲	۱۷	۰/۰۰۰۱
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۱۷	۳۹/۲۱	۲	۱۷	۰/۰۰۰۱
آزمون اثر هتلینگ	۴/۶۱	۳۹/۲۱	۲	۱۷	۰/۰۰۰۱
آزمون بزرگ‌ترین ریشه روی	۴/۶۱	۳۹/۲۱	۲	۱۷	۰/۰۰۰۱

جدول شماره (۵): نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری مرتبط با تأثیر عضویت گروهی بر نمرات پس آزمون اضطراب حالت و اضطراب صفت

آماره / منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	اندازه تأثیر
پیش آزمون اضطراب صفت	۱۶۶/۹۵	۱	۱۶۶/۹۵	۱۱/۷۷	۰/۰۰۳	۰/۳۹
عضویت گروهی	۷۵۸/۶۷	۱	۷۵۸/۶۷	۵۳/۴۹	۰/۰۰۰۱	۰/۷۴
پیش آزمون اضطراب حالت	۵۵۱/۰۴	۱	۵۵۱/۰۴	۵۲/۹۵	۰/۰۰۰۱	۰/۷۴
عضویت گروهی	۸۰۳/۴۶	۱	۸۰۳/۴۶	۷۷/۲۱	۰/۰۰۰۱	۰/۸۱

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-03-28]

یافته‌های موجود در جدول ۴ نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیری را روی نمرات اضطراب گروه‌های آزمایش و کنترل نشان می‌دهد. همان‌گونه که مشاهده می‌شود با وجود کم بودن تعداد آزمودنی‌ها، نتایج آزمون اثر پیلایی برای تحلیل کوواریانس چندمتغیری با مقدار ۰/۸۲ در سطح ۰/۰۰۰۱ معنی‌دار بدست آمد. یافته‌های موجود در جدول ۵ نشان می‌دهد علی‌رغم نابرابر بودن آزمون واریانس-کوواریانس نمرات اضطراب در گروه‌های آزمایش و کنترل، نتیجه پس آزمون نمرات اضطراب در دو گروه معنی‌دار بوده است و آموزش ذهن آگاهی بر ابعاد اضطراب تأثیر معنی‌دار داشته است. بیشترین اندازه تأثیر مربوط به اضطراب حالت است (۰/۸۱) که بدین معنی است که ۰/۸۱ درصد از تفاوت بین میانگین‌های گروه آزمایش و کنترل در اضطراب حالت مربوط به تأثیر آموزش ذهن آگاهی می‌باشد. اندازه تأثیر مربوط به اضطراب صفت نیز۰/۷۴ درصد است که اثربخشی آموزش ذهن آگاهی را در بیماران شرکت کننده در پژوهش نشان می‌دهد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش ذهن آگاهی گروهی در کاهش افسردگی، خصومت و اضطراب در مردان مبتلا به بیماری عروق کرونر قلب بود. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که آموزش ذهن آگاهی گروهی در کاهش نمرات افسردگی بیماران تأثیر معنی‌داری داشته است. این یافته با نتایج پژوهش‌های انجام شده توسط کاویانی، جواهری و حاتمی(۱۹)، باهلمیجر[1] و همکاران (۲۰)، دیو[2] و همکاران(۲۱)، سالیوان[3] و همکاران (۲۲)، ایوانس[4] (۲۳)، بارنوفر[5] و همکاران(۲۴)، هوفمن[6] و همکاران(۲۵)، ویلیامز[7] و همکاران(۲۶)، میچالاک[8] و همکاران(۲۷) هماهنگ می‌باشد. یافته‌های این پژوهش با آنچه در نظریه تیزدل و همکاران(۲۸) بیان می‌شود هماهنگ است. طبق این نظریه ذهن ما اغلب در مورد وقایعی که اتفاق می‌افتند تفسیر و استنباط می‌کنند و باعث واکنش‌ها و احساسات پایداری می‌شوند. در افرادی که مستعد افسردگی هستند، ذهن دایماً به سمت افکار ناراحت کننده و منفی گرایش پیدا می‌کند که این خود باعث تداوم بیشتر غم و افسردگی می‌شود. در اصل، فرض بر این است که آسیب پذیری در مقابل عود و بازگشت افسردگی، ناشی از پیوندهای مکرر بین خلق افسرده و الگوهای منفی خود_ایرادگیر و ناامیدانه تفکر است که به نوبه خود به تغییراتی در سطوح شناختی و عصبی می‌انجامد. (۲۹). درمان مبتنی بر حضور ذهن با ترغیب فرد به تمرین برای توجه به ویژگی‌های تجارب به شیوه‌های خالی از قضاوت، موجب کدگذاری اختصاصی تر اطلاعات در حافظه سرگذشتی می‌شود که به نوبه خود می‌تواند بازخوانی اختصاصی تر از حافظه را به همراه داشته باشد. این روش به تعدیل احساسات بدون قضاوت و واضح دیدن و پذیرش هیجانات و پدیده‌های فیزیکی همان‌طور که اتفاق می‌افتند، کمک می‌کند(۳۰). همچنین با توجه به نمرات پس آزمون خصومت، اثربخشی آموزش ذهن آگاهی در کاهش خصومت بیماران تایید می‌شود. این یافته با نتایج پژوهش‌های انجام شده توسط رایت، دی و هولز(۱۳)، گالانتینو[9] و همکاران(۳۱)، لان، سیسکوویچ وپیر[10] (۳۲)، مکنزی[11] و همکاران(۳۳) هماهنگ است. به نظر می‌رسد مکانیزم‌هایی مانند مواجهه، تغییرات شناختی، مدیریت خودتنظیمی و آرامشی که حاصل کارآزمایی‌های ذهن آگاهی است در کاهش نشانه‌های خشم موثر واقع می‌شود. ذهن آگاهی به کاهش واکنش‌های عاطفی فراخوانی شده توسط محرک‌های برانگیزاننده خشم کمک می‌کند و مشاهده‌ی بدون قضاوت احساسات مربوط به خشم بدون تلاش برای رهایی یا واکنش نسبت به آن‌ها را امکان‌پذیر می‌سازد و توانایی شخص را در تحمل شرایط خشم برانگیز و روبرو شدن با تأثیرات آن افزایش می‌دهد. تیزدل [به نقل از ۱۳] پیشنهاد می‌کند که دیدگاه غیرقضاوتی نسبت به تفکرات که در ذهن آگاهی تشویق می‌شود با الگوهای نشخواری که از ویژگی‌های رویدادهای هیجانی منفی است مقابله می‌کند. نشخوار فکری یکی از عناصر وابسته به خصومت است. وقتی فرد توجهش را به جنبه‌های زمان حال مانند تنفس معطوف می‌کند، نشخوارهای فکری در او کاهش می‌یابد. علاوه بر این خشم در بسیاری از اوقات می‌تواند به شیوه‌ای خودکار در واکنش به نشانه‌های تهدید فراخوانی شود که ذهن آگاهی افراد را قادر می‌سازد که نشانه‌های بالقوه‌ی مربوط به خشم را به طور واضح ببینند و به خودگردانی و شناخت علایم رفتاری خصومت دست بزنند. نتایج پژوهش حاضر با توجه به تأثیر ذهن آگاهی بر کاهش علایم اضطراب بیماران با نتایج پژوهش‌های کاویانی، جواهری و حاتمی (۱۹)، گلدین و گروس[12] (۳۴)، فراندو[13] (۳۵)و کنگ، اسموسکی و رابینز[14] (۳۶) هماهنگ است. به دلیل اینکه در

[1] Bohlmeijer
[2] Deyo
[3] Sullivan
[4] Evans
[5] Barnhofer
[6] Hofmann
[7] Williams
[8] Michalak

[9] Galantino
[10] Lane, Seskevich, Pieper
[11] Mackenzie
[12] Goldin, Gross
[13] Ferrando
[14] Keng, Smoski, Robinz

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-03-28]

این روش جهت کنترل و اداره کردن هیجانات، ابعاد جسمی و ذهنی همزمان مدنظر قرار می‌گیرند و به فرد یاد داده می‌شود که به افکار و احساسات خود آگاهی و حضور ذهن کامل داشته باشد. از آنجایی که بیماران قلبی عروقی کمتر با لحظه حال در تماس هستند، نسبت به تغییراتی که در علائم بدنی از جمله ضربان قلب و تنگی نفس که قبل از گسترش حاد بیماری بروز می‌کند، آگاه و هوشیار نیستند و در نتیجه در کنترل این علائم ناکام می‌مانند و تنها موقعی متوجه بیماری خود می‌شوند که علائم بیماری از حد معمول خود گذشته و عملکرد آن‌ها را دچار اختلال کرده است. در این راستا ذهن آگاهی و آموزش آن از طریق کنترل توجه موثر واقع می‌شود و به فرد بیمار کمک می‌کند علاوه بر هوشیاری کامل از افکار و احساساتش و پذیرش آن‌ها بدون داوری در یک وضعیت آرامش و تمرکز قرار گیرد و توانایی کنترل افکار، اضطراب و هیجانات خود را به دست آورد، کسب این توانایی باعث شده که فرد احساس کنترل بیشتری در همه امور زندگی خود داشته باشد و به جای دادن پاسخ‌های اتوماتیک‌وار منفی، در موقعیت‌های اضطراب آور، با کنترل، آرامش و آگاهی بیشتری پاسخ دهد و با مشکلات بهتر مقابله کند. علاوه بر این تمرینات مراقبه‌ای که در ذهن آگاهی انجام می‌گیرد غالباً آرامش بخش است. هرچند که هدف آموزش حضور ذهن ایجاد آرامش نیست بلکه در عوض، زیر نظر گرفتن بدون قضاوت شرایط فعلی است. شرایطی که ممکن است برانگیختگی دستگاه عصبی خودمختار، افکار رقابتی، تنش عضلانی و سایر پدیده‌های سازگار با آرامش را باعث شوند بنابراین با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر و پژوهش‌های دیگر، پیشنهاد می‌شود آموزش ذهن آگاهی به عنوان دوره‌های توان‌بخشی در کنار درمان دارویی برای بیماران عروق کرونری قلب انجام پذیرد. زیرا با این فن می‌توان به بیماران قلبی عروقی کمک کرد که به وسیله واکنش مناسب در شرایط پرتنش از فشار موقعیت کاسته و سلامت عمومی خود را افزایش دهند و تمایل آن‌ها به پیگیری درمان‌های طبی و استفاده بیشتر از روش‌های کنترل کننده غیر دارویی بیماری افزایش یابد. ازآنجایی که برای اجرای این روش نیازی به حضور متخصص و کارشناس خاصی نیست، این بیماران می‌توانند با گذراندن یک دوره آموزشی و با فراگیری فن‌های ذهن آگاهی در منزل و در دقایق استراحتی که در طول شبانه روز بدست می‌آورند بخشی از این تمرینات را انجام دهند و از نتایج آن بهره ببرند. یکی از برتری‌های روش به کار گرفته شده در این پژوهش، گروهی برگزار شدن آن است. برگزاری گروهی این روش هم به لحاظ مادی و هم با توجه به اثربخشی در طول زمان بیشتر از روش‌های فردی مقرون به صرفه است. علاوه بر این، در این روش به دلیل تاکید بر ارایه اطلاعات و آموزش‌های موثر به مراجع و نقش اساسی انجام تکالیف خانگی مستمر در کسب مهارت فن ذهن آگاهی و کنترل هیجانات، احساسات و رفتار توسط خود مراجع، در درازمدت احتمال عود مشکل را کمتر می‌کند. البته در این پژوهش به دلیل فقدان دوره پیگیری امکان ارزیابی این موضوع وجود نداشت. بنابراین انجام پژوهش‌های دقیق و کنترل شده که دارای دوره پیگیری باشند پیشنهاد می‌شود. از محدودیت‌های دیگر این پژوهش کوچک بودن حجم نمونه بود. لذا پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی با به‌کارگیری نمونه‌های بزرگ‌تر و پیگیری‌های طولانی تر، از کارایی واقعی این شیوه نتایج دقیق‌تری حاصل شود.

References:

1. Andreoli TE, Benjamin IJ, Griggs RC, Wing EJ. Anreoli and carpenter s ceciel essentials of medicine. 8th ed. Philadelphia PA: Elsevier Saunders; 2010.
2. Sadock B, Sadock V. Kaplan and sadock s comperehensive textbook of phsychiatry. 9th ed. New york: Williams and wilkins; 2009.
3. Braunwald E. Heart Disease: A textbook of Cardiovascular Medicine. 9th ed. philadelphia WB: Elsevier Saunders; 2012.
4. Nabi H, Hall M, Koskenvuo M, Singh-Manoux A, Oksanen T, Suominen S, et al. Psychological and somatic symptoms of anxiety and risk of coronary heart disease: the health and social support prospective cohort study. Biol Psychiatry 2010;67(4):378–85.
5. Haidari pahlavan A, Qarakhanid M, Mahjoub H. Hostility, personality type and coronary artery disease. Sci J Hamdan Univ Med Sci 1999;15(4). 12-20.(persian)
6. Kabat-Zinn J. Mindfulness-based introventions in context: past, present and futhur. Clin Psychol Sci Practice 2002; 10: 144-56.
7. Mars TS, Abbey H. Mindfulness meditation practise as a healthcare intervention: A systematic review. Int J Osteopathic Med 2010; 13(2): 56-66.

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-03-28]

8. Arch JJ, Graske MG. Mechanisms of mindfulness: Emotion regulation following a focused breathing induction. Behav Res Ther 2006;44(12): 1849-58.
9. GhasemiPour Y, Ghorbani N. Mindfulness and basic psychological needs of cardiac-Vascular patients. (dissertation). Tehran: University of Tehran; 2006.(persian)
10. Carrer CS, Scheier MF. Attention and regulation: A control-theory approach to human behavior. New York: Guilford Press; 1981.
11. Allexandre D, Fox E, Golubic M, Morledge T, Fox JEB. Mindfulness, yoga and cardiovascular disease. Cleve Clin J Med 2010;77: 85.
12. Zeidan F, Jounson SK, Gordon NS, Goolkasian P. Effects of brief and sham mindfulness meditation on mood and cardiovascular variable. J Altern Complement Med 2010;16(8): 867-73.
13. Wright S, Day A, Howells K. Mindfulness and the treatment of anger problem. Aggress Violent Behav 2009; 14: 396-401.
14. Rajabi Gholam reza .psychometric characteristics of Psychometric Properties of Beck Depression Inventory Short Form Items (BDI-13). psychiatrist J Iran 2005; 5(3): 291-8.
15. Lendzli .Diagnosing and treatment of pshological disorder of adults in clinical psychiatrist, 1988. translation: Mohammad Reza Nikkhoo & Hamayak Audis Yans. Tehran: Maharat press;2000.
16. Beach SRH, Fincham FD, Katz J. Marital therapy in treatment of depression: toward a third generation of therapy and research. Clin Psychol Rev 1998;18(6): 635-61.
17. Spielberger CD, Gorsuch RL. Manual for the state-trait anxiety inventory. Lashene R, Editor. San Diego: Consulting Psychologists Press; 1970.
18. Derogatis LR, Lipman RS, Covil L. SCL-90 and outpatients psychiatric rating scale- pre-liminary report. Psycho phathology Bull 1973;9: 13-27.
19. Kaviani HJ, Javaheri F, Hatami N. Mindfulness based cognitive therapy(MBCT) reduces depression and anxiety induced by real stressful setting in non-clinical population. Int J psychol Ther 2011; 11(2): 285-96.
20. Bohlmeijer ET, Fledderus M, Rokx TA, Pieterse ME. Efficasy of an early intervention based on acceptance and commitment therapy for adults with depression symptomatology: Evaluation in a randomized controlled trial. Behav Res Ther 2011; 49(1): 62-7.
21. Deyo M, Wilson KA, Ong J, Koopman C. Mindfulness and rumination: dose mindfulness training led to reductions in the rumination thinking associated with depression? Explore (NY). 2009;5(5): 265-71.
22. Sullivan MJ, Wood L, Terry J, Brantley J, Charles A, McGee V, Johnson D, Krucoff M. The support,Education and research in chronic heart failure study (SERCH): A mindfulness-based psycho-educational intervention improres depression and clinical symptoms in patients with chronic heart failure. Am Heart J 2009;157(1): 84-90.
23. Evans S. Mindfulness- Based therapies effective for anxiety and depression. Evid Based Ment Health 2010;13(4): 116.
24. Barnhofer T, Crane C, Hargus E, Amarasinghe M, Winder R, Williams JMG. Mindfulness-based cognitive therapy as a treatment for chronic depression: A preliminary study. Behav Res Ther 2009;47(5): 366-73.
25. Hofmann SG, Sawyer AT, Witt AA, Oh D. The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. J Consult Clin Psychol 2010;78(2): 169-83.
26. Williams JG, Russell I , Russell D. Mindfulness-Based Cognitive Therapy: Further Issues in Current Evidence and Future Research. J Consult Clin Psychol 2008; 76(3): 524–9.

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-03-28]

27. Michalak J, Heidenreich T, Meibert P, Schulte D. Mindfulness Predicts Relapse/Recurrence in Major Depressive Disorder After Mindfulness-Based Cognitive Therapy. J Nerv Ment Dis 2008;196(8): 630-3.
28. Teasdale JD, Segal Z, Williams JMG, Ridgeway VA, Soulsby JM, Lau MA. Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-basedcognitive therapy. J Consult Clin Psychol 2008; 76(3): 524–9.
29. Segal Z, Gemar M, Williams S. Differential cognitive response to a mood challenge following successful cognitive therapy or pharmacotherapy for unipolardepression. J Abnorm Psychol 1999;108(1): 3-10.
30. Segal ZV, Teasdale J, Williams JMG. Mindfulness-based cognitive therapy: Theoretical rationale and empirical status. In S.C. Hayes, V.M. Follette, & M.M. Linehan . Editors. Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition. New York: Guilford Press;2004.
31. Galantino ML, Baime M, Maguire M, Szapary PO, Farrar JT. Short communication: Association of psychological and physiological measures of stress in health-care professionals during an 8-week mindf ulness meditation program: Mindfulness in practice. Stress and Health 2005; 21: 255-61.
32. Lane JD, Seskevich JE, Pieper CF. Brief meditation training can improve stress and negative mood. Altern Ther Health Med 2007;13(1): 38-44.
33. Mackenzie CS, Poulin PA, Seidman-Carlson R. A brief mindfulness-based stress reduction intervention for nurses and nurse aides. Appl Nurs Res 2006;19(2): 105-9.
34. Goldin PR, Gross JJ. Effects of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on emotion regulation in social anxiety disorder. Emotion 2010;10(1):83–91.
35. Ferrando S. Mindfulness based cognitive therapy for trait anxiety. J Psychol 2005; 22: 1-12.
36. Keng SL, Smoski MJ, Robins CJ. Effects of mindfulness on psychological health: a review of empirical studies. Clin Psychol Rev 2011;31(6): 1041-56.

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-03-28]

Original Article

THE EFFECTIVENESS OF GROUP MINDFULNESS TRAINING ON DEPRESSION, HOSTILITY AND ANXIETY IN INDIVIDUALS WITH CORONARY HEART DISEASE

Mahsa Jahangirpour[1], Seyed Valiallah Musavi[2], Mahnaz Khosrojavid[3], Arsalan Salari[4], Sajjad Rezaei[5]*

Received: 9 Jul, 2013; Accepted: 14 Sep, 2013

Abstract

Background & Aims: This study was conducted to evaluate the effectiveness of the group mindfulness training on the reduction of depression, hostility, and anxiety in men with coronary heart disease.

Materials & Methods: This quasi experimental study was conducted on 22 men suffering from coronary heart disease who were selected by consecutive sampling from Rasht Heshmat clinic. The population was randomly divided into an experimental group and a control group (11 participants in each group). The Beck Depression Inventory (BDI), State-Trait Anxiety Inventory (STAI), and Hostility items in The Symptom Checklist-90- revised (SCL-90-R) were performed as pre tests for each group. After 8 sessions of training Mindfulness Based Cognitive Therapy (4 weeks, each week 2 sessions for 2 hours) for experimental group, in order to measure the dependent variables of depression, hostility, state and trait anxiety. The above tools were repeated as post tests for both groups.

Results: The results of analysis of covariance indicated that there were significant differences in depression, hostility and state-trait anxiety post-test scores between the experimental and control groups in depression, hostility and state-trait anxiety post test scores ($p<0.0001$).

Conclusion: Accordingly, it seems group mindfulness training has a remarkable effect on reduction of depression, hostility, and anxiety in men with coronary heart disease.

Keywords: Group mindfulness training, Depression, Hostility, Anxiety, Coronary heart disease

***Address*:** Psychology Department, University of Guilan, Rasht, Iran
Tel: +98 9113300748.
EMail: mjahangirpour@yahoo.com

SOURCE: URMIA MED J 2013: 24(9): 739 ISSN: 1027-3727

[1] *Master Student in Psychology, University of Guilan, Rasht, Iran (Corresponding Author)*
[2] *Associate Professor, Department of Psychology, University of Guilan, Rasht, Iran*
[3] *Assistant Professor, Department of Psychology, University of Guilan, Rasht, Iran*
[4] *Cardiologist, Department of Cardiology, University of Guilan, Rasht, Iran*
[5] *PhD Candidate in Psychology, Department of Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran*

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-03-28]