

اثر بخشی مداخله کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی (MBSR) بر روی علائم استرس و اضطراب در بیماران قلبی، پیگیری 60 روزه

حمزه اکبری داقی¹
دکتر شیرین کوشکی²
دکتر محمود جمالی³
دکتر مهدیه صالحی⁴

چکیده

زمینه و هدف: مشکلات روحی توانایی انسان را در روبرو شدن با مسائل حتی بسیار ساده زندگی کاهش می دهد. در این میان استرس و اضطراب از جمله مواردی است که هرکس در طول زندگی تجربه کرده است. بیماری قلبی یکی از بیماری های بسیار حساس به حالت های روانشناختی است. هدف این پژوهش بررسی اثر MBSR بر علائم استرس و اضطراب در بیماران قلبی است که منجر به بهبود نشانه های روانشناختی بیماری این افراد می شود.

روش بررسی: این پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه انتظار و با استفاده از گمارش تصادفی است. نمونه این پژوهش را 60 بیمار قلبی تشکیل داد که با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و لیست انتظار تقسیم شدند. ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه های نشانگان استرس و اضطراب کتل بود و به منظور بررسی نتایج از آزمونهای تحلیل واریانس با اندازه گیریهای مکرر و آزمون t برای گروه های مستقل استفاده شد.

¹ دانشجوی دکترای روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران مرکز، گروه روانشناسی، تهران، ایران.

² استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز.

³ استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز.

⁴ استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز.

یافته ها: MBSR در سطح ($\alpha = 0/99$) در کاهش استرس و اضطراب بیماران قلبی مؤثر است و تفاوت معنی داری بین زنان و مردان از این لحاظ مشاهده نگردید .

نتیجه گیری: با توجه به آنکه MBSR نمرات اضطراب و استرس بیماران قلبی را در مرحله پس آزمون و پیگیری به صورت معناداری کاهش داده است، می توان به اثربخشی MBSR پی برد و این روش درمانی را برای کاهش مشکلات روانشناختی بیماران قلبی توصیه کرد.

کلید واژه‌ها:

ذهن آگاهی (MBSR)، استرس، اضطراب، بیماران قلبی

مقدمه:

بیماری های قلب و عروق از علل اصلی مرگ و میر در جهان می باشد در کشورهای پیشرفته سالیانه 50 درصد مرگ ها یا 5 میلیون از 12 میلیون مرگ، ناشی از بیماری های قلبی -عروقی می باشد(بکسندال¹، 2000). علت اصلی 15 تا 25 درصد مرگ ها در کشورهای گسترش نیافته ناشی از بیماری های قلبی است(عالی نژاد، 1376). علایم فیزیکی ناشی از بیماری و عدم تحمل فعالیت، موجب انزوای اجتماعی و همچنین اختلال در روابط جنسی بیماران شده و در نتیجه نقش های بیمار در زندگی خانوادگی و اجتماعی را تغییر و نهایتاً رضایتمندی آن ها را از زندگی کاهش می دهد(زامبروسکی و کنتاکی²، 2003).

بررسی های متعددی که انجام شده، نشان داده است که رفتارهایی چون افسردگی، اضطراب و استرس های زندگی، زمینه ساز بیماری های قلبی است و

Bexendale-¹

Zambroski & Kenticky-²

از سوی دیگر رویداد بیماری قلبی نیز همین پاسخ های رفتاری را پدید می آورد (صلصالی، 1372). عدم توجه به استرس ها و واکنش های روانی مبتلایان، سبب توسعه بیماری آنان می گردد (براسکوت، بنسچوب، گودی و آلف، 1994). همچنین عدم تحمل فعالیت موجب می شود این بیماران در انجام فعالیت های معمول زندگی استقلال خود را از دست داده و در مراقبت از خود به دیگران وابسته شوند (مولی، جونستون و ویتهم، 2005). تیزدل، سگال و ویلیامز (2003) طی پژوهشی مشخص نمودند که عملکرد فیزیکی ضعیف و افسردگی، کیفیت زندگی نامطلوبی را در این بیماران سبب می شود (دندردال، تامپسون، میلز، بیر و فورز، 2005). اضطراب وضعیت هیجانی است که با احساس تنش، عصبانیت، نگرانی، ترس و افزایش فعالیت سیستم اعصاب اتونومیک مشخص شده و منجر به پاسخ فیزیکی روانی می گردد، با افزایش ضربان قلب، فشار خون و برونداد قلبی همراه است و بیشترین بار استرس بر دوش سیستم قلب و عروق است. بیشتر بیماران در هفته اول پس از بیماری در بیمارستان بعد از بهبودی از سکته قلبی دستخوش یک رشته تنش ها و ناآرامی های روانی می شوند روشن است که این تجربه سخت که جان بیمار را به خطر انداخته است پرسش ها و واکنش های زیادی را در بیمار بیدار می کند. بطور کلی اضطراب شایع ترین و مهم ترین واکنش در برابر بیماری است، مطالعات و تحقیقات نشان داده اند که بیماران بیشترین علت اضطراب را ترس از مردن و ترس از سکته مجدد بیان کرده اند (رفیعی و رضاعی، 1378). برخی مطالعات نشان داده اند خطر حوادث عروق کرونر در مبتلایان به سکته قلبی که سطح اضطراب زیادی را تجربه می کنند 2 تا 5 برابر بیشتر از بیماران غیر مضطرب است.

¹ - Brosschot, Benschop, Godaei, Olf

² - Molly, Jhonston, Witham

³ - Dunderdale, Thompson, Miles, Beer & Furze

همچنین، بروز حوادث قلبی در بیماران مبتلا به سکته قلبی که اضطراب دارند بلافاصله پس از سکته و 18 ماه بعد از آن افزایش می یابد، پژوهش ها نشان داده است سطوح بالای اضطراب خطر مرگ ناگهانی را تا 3 برابر افزایش می دهد (رفیعی و رضاعی، 1378).

افسردگی، اضطراب، رفتار نوع A، خصومت، خشم و استرس روانی حاد به عنوان عوامل خطر ساز پیدایش و تظاهر بیماری های کرونری محسوب می شوند. داده های هنجاری پیری که بر روی 498 مرد با میانگین سنی 60 سال انجام شد نشان داد بین هیجانات منفی (ترکیبی از علائم اضطرابی و افسردگی) و بروز بیماری کرونری رابطه وجود دارد. چنین می نماید که میان سکته قلبی و سطح تنش های روانی روزمره و شیوه های رفتاری و سطح اقتصادی و اجتماعی رابطه ای برقرار است (انجمن قلب آمریکا، 1996؛ ترجمه دانش پژوه و شیخ نیا، 1381).

پس از بروز سکته نیز، فرد دچار مشکلات روانی شده که بر میزان بهبودی وی تأثیر می گذارد و باعث بروز مجدد سکته و یا در نهایت مرگ می شود. عدم توجه به استرس ها و واکنش های روانی مبتلایان، سبب توسعه بیماری آنان می گردد. اضطراب نیز متعاقب سکته قلبی شایع است (عالی نژاد، 1376).

افسردگی، اضطراب، یا انکار بیش از اندازه، روند بهبود بیماری را به تاخیر می اندازد. همچنین آن دسته از بیماران قلبی که دچار اضطراب و استرس شدید باشند، با احتمال بیشتری به مشکلات بعدی از قبیل آریتمی، مبتلا می شوند و نیز احتمال مرگ آنان در ماههای اول، از کسانی که استرس کمتری دارند، بیشتر می شود. لازاروس و دیگران راهبردهای مقابله را به عنوان مجموعه ای از پاسخ های رفتاری و شناختی که هدفشان به حداقل رساندن فشارهای موقعیت های استرس زا است، تعریف کرده اند. امروزه، استرس یکی یکی از علل

عمده بسیاری از بیماری‌ها محسوب می‌شود؛ اختلالات روانی، بیماری‌های قلبی، سرطان، ناراحتی‌های گوارشی و پوستی و مانند اینها همگی می‌توانند با فشارهای روانی قرن حاضر ارتباط داشته باشند. طبق برآوردهای پزشکان، استرس عامل 75 درصد از شکایت‌های پزشکی است (بشارت، 1387). افرادی که از افسردگی و اضطراب رنج می‌برند احتمالاً استرس را هم تجربه می‌کنند (وگویی و اویی، 1999).

با توجه به مطالب فوق به نظر می‌رسد که حمایت اجتماعی این بیماران از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است، هدف از حمایت اجتماعی بیمار توسعه و اصلاح کیفیت زندگی و برگرداندن هرچه سریعتر بیمار به روش زندگی طبیعی و نزدیک به طبیعی است. نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد فرآیندهای روانشناختی نه تنها در سبب شناسی و سیمای بالینی بیماری‌های قلبی-عروقی سهیم هستند، بلکه در چگونگی مقابله بیماران با بیماری نیز، نقش ایفا می‌کنند (سرافینو¹، 2002). بنابراین از جمله مسائل مهمی که بیماران با سکتة 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، بطوری که عدم توجه به استرس‌ها و واکنش‌های روانی مبتلایان سبب وسعت بیماری آنان می‌گردد (رحیمی، 1379).

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 بیماری‌ها مطرح شده

Sarafino-¹

است بیماری‌ها مطرح شده و تاثیرات خوبی در درمان بسیاری از اختلالات جسمانی و روانی از آن گزارش شده است (چیزا و سیرتی^۱، 2009). در روش ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس، شرکت کنندگان آموزش می‌بینند تا به افکار و احساساتشان توجه کنند، اما به محتوای آن نچسبند (کابات زین، 1982) آنها ترغیب می‌شوند تا هم به تجربیات درونی خود در هر لحظه، هم چون احساسات بدنی، افکار و عواطف توجه کنند و هم به تمرکز بر جنبه‌های محیطی نظیر مناظر و صداها ترغیب می‌شوند (لینهان، 1993؛ کابات زین، 1994). آنچه اهمیت دارد این است که حضور ذهن باید این نگرش را در افراد بوجود آورد که نسبت به امور، پذیرش بدون قضاوت داشته باشند یعنی، ایجاد آگاهی در افراد نسبت به ادراکات، شناخت‌ها، هیجانات یا احساسات اما بدون اینکه نسبت به خوبی یا بدی، حقیقی یا کاذب، سالم یا ناسالم بودن، و مهم یا بی‌اهمیت بودن آن‌ها، قضاوت و ارزیابی صورت پذیرد (مارلات و کریستلر، 1999).

ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس (MBSR) در موقعیت‌های پزشکی مختلف نظیر بیماران با دردهای مزمن، سرطان و بیماریهای قلبی بکار گرفته شده و نتایج دلگرم کننده‌ای داشته است (شیگاکا، کلس و اسچوپ^۲، 2006).

علاقه به ذهن آگاهی در دو دهه گذشته رشد یافته و اثر بخشی آن در افراد زیادی از قبیل بیماران سرطانی، افسردگی، بیماران قلبی و همچنین کارمندان بخش مراقبت‌های سلامتی بررسی شده است (بیدو و مورفی^۳، 2004؛ پریس و داویز^۴، 2005؛ گازل^۵، 2005؛ اسمیت و ریچاردسون^۶،

Chiesa and Serretti-¹
- Shigaki, Class & Schopp.²
- Beddoe and Murphy³
- Bruce and Davies⁴
- Gazella⁵
- Smith and Richardson⁶

هافمن و گتون^۱، 2005؛ تکن، مکوب و راندولف^۲، 2003؛ نقل از پریسمان^۳، 2008). 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 برنی^۴، 1985)، عملکرد دستگاه ایمنی (داویدسون، کابات زین، اشچوماچر، روزنکرانز، مولر، سنتورلی، اوربانوسکی، هارینگتون، بونوس، شریدان^۵، 2003) افزایش فعالیت های مغز در موارد مربوط به عواطف مثبت (داویدسون و دیگران، 2003)، بینش متفکرانه (جین^۶ و دیگران، 2007؛ شاپیرو^۷، باون و بیگل^۸، 2007)، ممانعت از بازگشت افسردگی (تیزدل، ویلیامز، سگال و سلسبی^۹، 2000)، اضطراب و عواطف منفی (شاپیرو و دیگران، 2007) کاهش استرس درک شده و افزایش خوداحترامی (شاپیرو، استین^{۱۰}، بیشوب و کورودا^{۱۱}، 2005) داشته است (نقل از سیرز و کاروس، 2009). محققان اثرات ذهن آگاهی را بر روی گروه هایی از بیماران خاص آزمایش کرده اند. پیامدهای برنامه های مراقبه ذهن آگاهی را روی نمونه های همگن از بیماران سرطانی مورد بررسی قرار داده اند. آزمودنی ها در مقایسه با گروه کنترل کاهش معنادار در اختلال خلق^{۱۲} (0/56) سطح استرس کلی^{۱۳} (0/31) را از خود نشان دادند.

- Haffman and Pilkington¹

² - Taccon, Mccob, Randolph.

- Praissman³

- Lipworth and Burny⁴

⁵ - Davidson, Kabat-Zinn, Schumacher, Rosenkranz, Muller, Santorelli, Urbanowski, Harrington, Bonus & Sheridan.

- Jain⁶

- Shapiro⁷

- Brown and Biegel⁸

- Teasdale⁹

- Astin¹⁰

- Cordova¹¹

-Mood disturbance¹²

- Overall stress level¹³

(کارلسون، ارسولیک^۱، اسپیکا، انجن، 2000؛ نقل از کارلسون و شیلد^۲، 2005). 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 کنار آیند ثمربخش است (گروسمن، لینهان و استفاون^۳، 2004؛ نقل از سیرز و کاروس^۴، 2009).

شواهد روزافزونی، اثربخشی روش ها و فنون مبتنی بر ذهن آگاهی را در بسیاری از حوزه های روانشناسی نشان می دهند. رایینسون، متیوس و جانوسک (2003) تأثیر برنامه آموزش هشت هفته ای کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی (MBSR) را در متغیرهای استرس، خلق، عملکرد هورمونی و ایمنی در افرادی که از ویروس نقص ایمنی انسان (HIV) رنج می بردند، آزمودند. این پژوهشگران دریافتند که فعالیت و تعداد سلول های کشنده طبیعی (NK) در گروه آزمایشی در مقایسه با گروه کنترل افزایش می یابد. لذا با توجه به اینکه استرس و اضطراب نقش مهمی را در ایجاد بیماری ها از جمله بیماری قلبی ایفا می کنند و نیز بعد از بیماری قلبی تداوم می یابند، در این پژوهش سعی بر آن است که به بررسی اثربخشی مداخله کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر علائم استرس و اضطراب بیماران قلبی بستری شده پرداخته شود.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

- Ursuliak¹
Carlson, shield-²
- Stefan³
- Sears and kraus⁴

روش:

این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی و بر اساس طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه لیست انتظار انجام شد. بدین ترتیب ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس به عنوان متغیر مستقل مورد توجه قرار گرفت که بر روی گروه آزمایش اعمال و گروه انتظار هیچ نوع مداخله ای دریافت نکرد. لازم به ذکر است در طرح مورد نظر از آزمودنی هایی که بصورت داوطلبانه حاضر به همکاری بودند بهره گرفته شد. آزمودنی های هر دو گروه در سه مرحله مورد ارزیابی قرار گرفتند.

الف- پیش آزمون برای هر دو گروه لیست انتظار و آزمایش قبل از مداخله اجرا شد.

ب- گروه آزمایش در معرض روش مداخله کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی قرار گرفت. برای گروه لیست انتظار هیچ مداخله ای صورت نپذیرفت.

ج- پس آزمون برای هر دو گروه آزمایش و انتظار پس از مداخله اجرا شد.

د- مرحله پی گیری دو ماه بعد از مداخله صورت گرفت.

بر اساس رعایت منشور اخلاقی در پژوهش، برای گروه لیست انتظار پس از مرحله پیگیری روش ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس انجام می شود.

با بهره گیری از روش نمونه گیری در دسترس از بیماران مراجعه کننده

به بخش قلب CCU بیمارستان های استان مازندران شهرستان ساری تعداد

60 بیمار قلبی از بیمارستان حضرت زهرا (30 نفر شامل 15 زن و 15 مرد) و

بیمارستان شفا (30 نفر شامل 15 زن و 15 مرد) انتخاب و به صورت تصادفی

به دو گروه آزمایش (30 نفر) و لیست انتظار¹ (30 نفر) گمارده شدند. 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؛

پرسشنامه اضطراب کتل یک آزمون 21 سوالی است که شدت نشانه های اضطراب را در مقیاس چهار درجه ای لیکرت از 0 تا 63 می سنجد. این مقیاس با هدف سنجش شدت نشانه های اضطراب و کاهش همپوشی با نشانه های افسردگی ابداع شده و مشخصه های روانسنجی آن شامل اعتبار و روایی مورد تایید قرار گرفته است (بک و دیگران، 1988، بک، استیر و براون، 2000). این مقیاس در ایران برای اولین بار توسط بشارت (1381) اعتباریابی شده است. این مقیاس را می توان در هر دو جنس بعد از سن چهارده سالگی و در اکثر فرهنگ ها به کار برد ضریب پایایی بدست آمده برای آزمون کتل توسط زینب اسدی در سال 1383 با استفاده از روش آلفای کرونباخ 0/83 گزارش شده است. ضریب پایایی بدست آمده توسط پژوهشگر از طریق آلفای کرونباخ 0/94 می باشد (به نقل از رحیمی و غضنفری، 1379). مقیاس اضطراب کتل توسط خانم دادستان در سال 1368 بر روی دانشجویان هنجارگزینی شده است و روایی تست کتل مورد تأیید قرار گرفته است.

پرسشنامه نشانگان استرس براساس پرسشنامه نشانگان استرس (سید خراسانی صدقیانی، 1377) تهیه شده است. این پرسشنامه دارای 50 گویه است که چهار دسته از نشانگان استرس (شناختی ، عاطفی ، رفتاری و جسمانی) را اندازه گیری می کند. برای پاسخگویی به هر یک از 50 گویه موجود در پرسشنامه، از مقیاس لیکرت شش درجه ای استفاده می شود. آزمودنی پاسخ

¹ -Awaiting-time control group

خود را با گزینه های اصلا وجود ندارد، خیلی کم، کم، متوسط، زیاد و خیلی زیاد مشخص می کند. همه سؤالات به صورت مثبت طرح شده اند. برای نمره گذاری پرسشنامه به طیف لیکرت از صفر تا 5 امتیاز داده می شود؛ یعنی به اصلاً وجود ندارد، نمره صفر و به ترتیب تا خیلی زیاد نمره 5 تعلق می گیرد. سپس نمره های گزینه های مربوط به هر خرده مقیاس با هم جمع می شود. برای مقایسه بین خرده مقیاس ها، میانگین نمره در هر خرده مقیاس محاسبه می شود. از ضریب اعتبار آلفای کرونباخ به منزله شاخص بررسی همابستگی درونی در تهیه اولیه پرسشنامه استفاده شد که اعتبار بالاتراز ($a=0/80$) را در تمام خرده مقیاس ها نشان داد (سید خراسانی صدقیانی، 1377؛ نقل از خدایاری فرد، 1385).

در پژوهش حاضر برنامه درمانی ذهن آگاهی به شکلی اجرا شد که آزمودنی ها در هر هفته یک جلسه درمانی 2 ساعته داشتند، قبل از برگزاری جلسات اصلی درمان یک جلسه جهت توضیح در مورد پژوهش، برقراری رابطه حسنه، انجام پیش آزمون (اجرای آزمونها) و جمع آوری اطلاعات در مورد مشکلاتی که سبب آشفتگی شده اند، توضیح الگوی درمانی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی، ایجاد امید در مراجع و ارائه تکلیف خانگی برگزار شد. در این پژوهش به منظور تسهیل روند آموزش و برای انجام تمرین ها در منزل نیز از کتاب و نوار آرامش در ژرفا 1 (بهادران و پورناصح، 1382) استفاده به عمل آمد. در مجموع، جلسات اصلی به شرح زیر صورت پذیرفت:

هفته اول و دوم: در هفته اول اسکن بدن به نحوی که کابات زین توصیه کرده است انجام گرفت، 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 می دهیم و از آنها می خواهیم 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 می شود و تا پایان هفته سوم و چهارم ادامه می یابد. آنچه مهم است یادآوری آن چیزی است بدن افراد احساس می کند و قادر به انجام آن است، از آزمودنی خواسته می شود در این حالت به پیام های بدن گوش دهد. 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 خواهد شد، به گونه ای که از تنفس به عنوان عملی برای کنترل توجه استفاده به عمل می آید. آموزش ذهن آگاهی افکار شامل آموزش توجه به ذهن، افکار مثبت و منفی، خوشایند یا ناخوشایند بودن افکار، اجازه دادن به ورود افکار منفی و مثبت به ذهن و به آسانی خارج کردن آن ها از ذهن بدون قضاوت و توجه عمیق به آنها و تکلیف خانگی نوشتن تجربیات مثبت و منفی روزانه بدون قضاوت در مورد آن ها انجام می گیرد. 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 در خواست می شود تکنیکی را که متناسب با وضعیت آنهاست انتخاب کنند. ممکن است فقط عمل نشستن با تفکر یا یوگا یا اسکن بدن و یا دو 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 روش های 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.

به منظور توصیف افراد گروه نمونه از شاخص های مختلف آمار توصیفی (شاخص های مرکزی و پراکندگی) و برای پاسخگویی به سوال های پژوهش بر حسب مورد از آزمون های مختلف آمار استنباطی از تحلیل واریانس با اندازه گیری های مکرر و آزمون t برای گروه های مستقل استفاده می شود.

یافته ها:

اطلاعات در دو بخش توصیفی و استنباطی تنظیم شده است. دربخش توصیفی شاخص هایی مانند میانگین و انحراف استاندارد و دربخش استنباطی نتایج مربوط به فرضیه های پژوهش ارائه گردیده است.

جدول 1: شفافهای توصیفی نمرات آزمودنی ها در پیش آزمون و پس آزمون و پیگیری برای متغیر استرس و اضطراب

-	گروه	میانگین			انحراف معیار	
		پیش	پس	پیگیری	پیش	پس
استرس	آزمایش	158/68	137/77	138/86	26/83	14/99
	کنترل	160/73	156/34	157/86	15/88	13/36
اضطراب	آزمایش	43/09	28/09	29/68	8/21	7/97
	کنترل	42/26	40/60	41/08	8/16	8/10

در جدول 1 مشاهده می شود که میانگین نمره استرس و اضطراب ادراک شده در پس آزمون و پیگیری گروه آزمایش کمتر از پیش آزمون و گروه کنترل است که این یافته نشان می دهد که طی انجام این پژوهش، ذهن آگاهی بر کاهش استرس و اضطراب در افراد بیمار قلبی موثر بوده است. برای آزمون این فرض که ذهن آگاهی باعث کاهش افسردگی و نگرش های ناکارآمد می شود از روش آماری تحلیل واریانس با اندازه های تکراری (جلسه: 3 × گروه: 2) به طور جداگانه برای هر یک از متغیرهای مورد نظر استفاده شد. به گونه ای 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.

جدول 2: نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر برای متغیرهای استرس و اضطراب

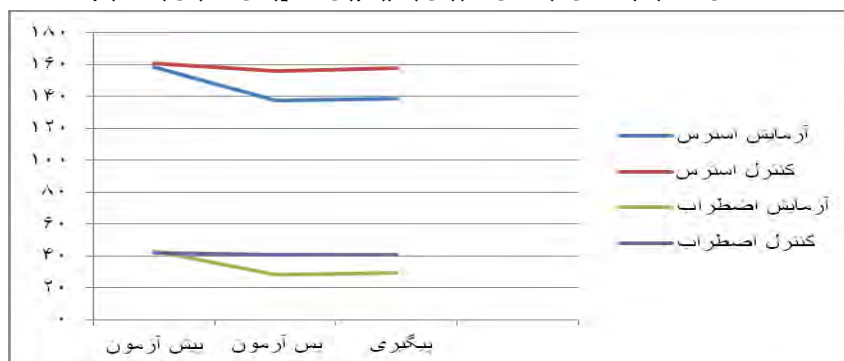
متغیر وابسته	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	F	سطح معناداری
آموزش	875707/232	5	175141/446	1341/229	0/000
آموزش*گروه	5031/913	5	1006/383	7/707	0/000
خطا	28075/302	215	130/583		

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

$$F_{ob} (5 \text{ و } 215) = 1341/229 \text{ و } p < 0/01$$

$$F_{ob} (5 \text{ و } 215) = 7/707 \text{ و } p < 0/01$$

شکل ۱: نمودار تعامل دو عامل آموزش و گروه برای متغیرهای استرس و اضطراب



شکل بالا نشان می‌دهد که آزمون آماری برای متغیرهای وابسته نمایانگر آن است که از نظر آماری تعامل دو عامل آموزش و گروه و نیز تأثیر آموزش بر کاهش نمرات آزمودنی‌ها در متغیرهای وابسته معنی‌دار می‌باشد. شکل بالا حاکی از آن است که میانگین نمرات گروه آزمایش در مرحله اول (پیش آزمون) تقریباً نزدیک گروه کنترل بوده، ولی در مراحل بعدی نمرات آزمودنی‌های گروه آزمایش در مرحله پس آزمون و پیگیری کاهش معنی‌دار داشته است.

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. در جدول (5) نتایج آزمون t برای مقایسه میانگین‌های دو گروه مستقل ارائه شده است.

پروژه‌گاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

جدول 5: نتایج آزمون t برای مقایسه میانگین های دو گروه مستقل (آزمایش و کنترل) در میزان استرس و اضطراب

P	DF	T	آزمون t برای مقایسه دو میانگین		گروه	گروه
			خطای استاندارد میانگین ها	تفاوت بین میانگین ها		
0/000	43	4/75	4/22	26/09	آزمایش	پس آزمون-پیش آزمون
			6/90	4/39	کنترل	
0/002	43	3/33	4/91	20/00	آزمایش	استرس پیگیری-پیش آزمون
			1/80	2/86	کنترل	
0/20	43	-1/28	2/78	-6/29	آزمایش	پیگیری-پس آزمون
			2/24	-1/52	کنترل	
0/000	43	5/70	1/95	15/00	آزمایش	پس آزمون-پیش آزمون
			1/04	1/65	کنترل	
0/000	43	6/50	1/38	13/40	آزمایش	اضطراب پیگیری-پیش آزمون
			1/28	1/17	کنترل	
0/61	43	-0/51	1/54	-1/59	آزمایش	پیگیری-پس آزمون
			1/53	-0/47	کنترل	

تفاوت بین نمرات استرس و اضطراب آزمودنی ها در پس آزمون-پیش آزمون و پیگیری-پیش آزمون در سطح آلفای 0/01 معنی دار است. به عبارت دیگر میزان استرس و اضطراب در مرحله پس آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش آزمون در گروه آزمایشی به طور معنا داری کاهش یافته است. برای روشن شدن اینکه آیا مداخله کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش استرس و اضطراب بیماران قلبی زن و مرد متفاوت است یا خیر نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر (جدول 6) برای متغیر وابسته ارائه شده است. برای مشخص کردن اثر درمان در دو گروه از تفاضل نمرات پیش آزمون و پس آزمون استفاده شد.

جدول 6: نتایج آزمون t برای مقایسه میانگین های دو گروه مستقل
(زن و مرد) در میزان استرس و اضطراب

P	DF	T	خطای استاندارد میانگین ها		گروه	گروه
			تفاوت بین میانگین ها	خطای استاندارد میانگین ها		
0/08	43	-1/76	3/96	10/88	مرد	پس آزمون-پیش آزمون
			3/47	20/63	زن	
0/34	43	-0/95	4/01	8/92	مرد	پیگیری-پیش آزمون
			3/96	14/42	زن	
0/24	43	1/17	2/48	-1/96	مرد	پیگیری-پس آزمون
			2/51	-6/21	زن	
0/71	43	-0/36	1/95	7/69	مرد	پس آزمون-پیش آزمون
			2/51	8/84	زن	
0/63	43	-0/47	1/80	6/61	مرد	پیگیری-پیش آزمون
			1/91	7/89	زن	
0/95	43	-0/05	1/60	-1/07	مرد	پیگیری-پس آزمون
			1/37	-0/94	زن	

آنگونه که در جدول (6) مشخص است تفاوت بین نمرات آزمودنی های مرد و زن در مرحله پس آزمون-پیش آزمون و پیگیری - پیش آزمون در مورد هر دو متغیر استرس و اضطراب معنادار نیست. بنابراین اثر بخشی روش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی در زنان و مردان مثل هم بوده و تفاوتی مشاهده نمی گردد.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

بحث و نتیجه گیری

نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر و آزمون T نشان داد که میانگین نمرات گروه آزمایش در مرحله اول (پیش آزمون) تقریباً نزدیک گروه کنترل بوده، ولی در مراحل بعدی نمرات آزمودنی های گروه آزمایش در مرحله پس آزمون و پیگیری کاهش معنی دار داشته است. تفاوت بین نمرات استرس و اضطراب آزمودنی ها در پیش آزمون- پس آزمون و پیش آزمون- پیگیری در سطح آلفای 0/01 معنی دار است. به عبارت دیگر میزان نمرات استرس و اضطراب در مرحله پس آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش آزمون در گروه آزمایشی به طور معنی داری کاهش یافته است.

این پژوهش نشان داد که مداخله کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی (MBSR) بر کاهش استرس و اضطراب 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، همسو 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. دلیزونا (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.

¹ -Carver & Scheier

همچنین، این یافته پژوهش با تبیین نیکلیچک و کوچپرز^۱ (2008) همسو است. شواهد پژوهشی به خوبی این مطلب را مورد تأیید قرار داده اند که شخصیت و فشار روانی، به صورت علی با بیماری های قلبی مرتبط اند (روزنمن و چسنی، 1980، نقل از گروسارت-ماتیچک و آیسنک^۲، 1990؛ دنولت^۳، 1997). 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).

سلیگمن و روزنهان (2003) بیان کردند افراد مبتلا به بیماری قلبی-عروقی در نمرات اضطراب، افسردگی و استرس ادراک شده نمره بالاتری را کسب می کنند. این یافته ها بدین گونه تبیین می شوند 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 می گذرد بهوشیار و آگاه نیستند و به یک جنبه تجربه شخصی و محیطی توجه می کنند، سایر جنبه ها برایشان احساس خطر به وجود می آورد و بنابراین دچار اضطراب می شوند. همچنین به سبب احساس فوریت زمانی که دارند دچار واکنش اضطراری مداوم می شوند که آسیب سیستم قلبی - عروقی را در پی دارد. استرس این بیماران ممکن است حتی بیشتر از بیماری های دیگر از جمله سرطان باشد؛ یافته ای که توسط آقایی (1384) تأیید شده است. نیکلیچک و کوچپرز (2008) سازوکار اثربخشی MBSR را ذهن آگاهی می دانند، به نحوی که ذهن آگاهی اثرات MBSR را واسطه گری می کند.

¹ - Nykeek & uu jjpr s

² -Grossarth-Maticcek, Eysenck,

Denollet-³

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 سکته قلبی در یک پژوهش آینده نگر به کار بردند و نتایج این پژوهش نشان داد که طی 12 ماه بعد، نشانه های روانشناختی در گروه آزمایشی، نسبت به گروه کنترل بهبود پیدا کرده بود و یافته های پژوهش حاضر نیز، مؤید این پژوهش است.

این مشاهده به دور از قضاوت در مورد افراد دارای دردهای مزمن نیز کاربرد فراوان دارد. کابات زین پیشنهاد می کند که در مراقبه و نشستن های طولانی مدت و بدون حرکت، روی حس های درد در بدن و مفاصل تمرکز کنند و بدون تکان خوردن و نشان دادن واکنش های هیجانی به این دردها، فقط نظاره گر باشند. وی یادآوری می کند که این مشاهده گری می تواند پاسخ های هیجانی را که به وسیله درد فراخوانی شده اند، کاهش دهد. بنابراین تمرین مهارت ذهن آگاهی، توانایی مراجعان، برای تحمل حالت های هیجانی منفی را افزایش می دهد و آنها را به مقابله مؤثر قادر می سازد (بائر²، 2003).

در واقع، انجام مستمر تمرین های ذهن آگاهی، شناخت و آگاهی را از بدن، احساسات و افکار افزایش می دهد. در ذهن آگاهی، توجه به بدن و تنفس تمرین می شود و از حس های مختلفی که در بدن و حتی تنفس تجربه می شود، آگاهی صورت می گیرد. نتایج این پژوهش با پژوهش اسکلمن³ (2004؛ نقل از کاویانی و دیگران؛ 1387) همسوست که به منظور بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش اضطراب و افسردگی در 231

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

² -Baer

³ - Schulman

دانشجوی دانشگاه پنسیلوانیا انجام گرفت. پیگیری نتایج نشان داد که گروه های شرکت کننده در کارگاه نسبت به گروه کنترل به طور معناداری دوره های اختلال اضطرابی منتشر و افسردگی عمده کمتری داشتند. در پژوهش هال و دیگران (2003) نیز آموزش MBSR میزان افسردگی و اضطراب را به طور چشمگیر کاهش داد. در مطالعه ای با بیماران با نارسایی قلبی مزمن به ارزیابی ذهن آگاهی روی پیامدهای بالینی، افسردگی، کیفیت زندگی آنها پرداخته شد. 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 نشانه های نارسایی قلبی شد. نتایج نشان داد که مداخلات از این نوع در درمان بهتر نارسایی قلبی موثر می باشد (سالیوان و دیگران، 2009). در پژوهشی دیگر ارنیش و همکارانش بیماران قلبی-عروقی را که از انسداد شریان های اکلیلی رنج می بردند در یک برنامه درمانی که شامل رژیم غذایی کم چرب، تمرین یوگا و نشستن متفکرانه بود قرار دادند. نتایج نشان داد که این برنامه تغییرات عمده ای در عملکرد قلب، کاهش فشار خون و درد قفسه سینه در افراد مبتلا به انسداد شریانهای اکلیلی خواهد شد. (کابات زین، 2005).

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، بیماری های قلبی، افسردگی و اضطراب کنار آیند ثمربخش است (گروسمن، لینهان و استفاون¹، 2004؛ نقل از سیرز و کاروس²، 2009). با توجه به آن که آموزش ذهن آگاهی نمرات اضطراب را در مرحله پس آزمون و پیگیری به صورت معنادار کاهش داده است، می توان گفت چون ذهن آگاهی و آموزش آن باعث تعدیل احساسات

¹ - Stefan

² - Sears and kraus

بدون قضاوت و افزایش آگاهی نسبت به احساسات روانی و جسمانی می شود و به واضح دیدن و پذیرش هیجانات و پدیده های فیزیکی همان طور که اتفاق می افتند کمک می کند (براون و رایان^۱، 2003، نف^۲، 2003)، بنابراین می تواند در تعدیل نمرات استرس و اضطراب نقش مهمی داشته باشد و این امر از این نظر که در پژوهش های قبلی نشان داده شده است که ذهن آگاهی به مردم در تعدیل رفتارهای منفی و افکار منفی کمک می نماید و منجر به تنظیم رفتارهای مثبت مرتبط با سلامتی می شود (جانکین^۳، 2007) قابل توجیه است. (زیرا یکی از جنبه های مهم درمان مبتنی بر ذهن آگاهی این است که افراد یاد می گیرند با هیجانات و افکار منفی مقابله کنند و حوادث ذهنی را به صورت مثبت تجربه کنند (بهلمیجر، پرنگر، تال و کویچرز^۴، 2010) و نکته مهم دیگر این که درمان مبتنی بر ذهن آگاهی باعث بازنمایی ذهنی اشیا موجود در زندگی می شود که از کنترل بلافاصله انسان خارج است و این امر از طریق تنفس عمیق و فکر کردن آموزش داده می شود (کابات زین، 1992). بنابراین آموزش ذهن آگاهی می تواند با وجود چنین تکنیک های مثبتی، نقش مهمی در کاهش استرس و اضطراب داشته باشد، همچنین در توجیه یافته بالا می توان به این نکته اشاره کرد که افزایش توجه و آگاهی نسبت به افکار، هیجانات و تمایلات عملی از وجوه مثبت ذهن آگاهی است (اگدن، مینتون و وپین^۵، 2006) و باعث هماهنگ شدن رفتارهای سازگارانه و حالت های روان شناختی

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

¹ - Brown & Ryan

Neff-²

³ - Junkin

Bohlmeijer, Prenger, Taal & Cuijpers-⁴

Ogden, Minton & Pain.-⁵

مثبت در هر زمینه معین می شود و حتی موجب بهبود توانایی فردی در جهت فعالیت های انفرادی و اجتماعی و علاقه به این فعالیت ها می شود (چمبرز، گلونی و آلن¹، 2009).

فرضیه دوم پژوهش این بود که روش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش استرس و اضطراب بیماران قلبی زن و مرد متفاوت است. آنگونه که نتایج تحلیل واریانس نشان داد نمرات آزمودنی ها در تمام مراحل تفاوت معناداری بین مردان و زنان نشان نداد. به عبارت دیگر اثر بخشی روش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی در مورد متغیرهای استرس و اضطراب در زنان و مردان به یک اندازه کارایی داشته و شبیه هم بوده است.

با توجه به مطالعات پیشین و این پژوهش که می تواند تاییدی بر نتایج آن پژوهش ها باشد و با توجه به آن که آموزش ذهن آگاهی نمرات استرس و اضطراب بیماران قلبی را در مرحله پس آزمون و پیگیری به صورت معناداری کاهش داده است می توان به اثربخشی روش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش استرس و اضطراب بیماران قلبی پی برد و لذا می توان این روش درمانی را برای کاهش مشکلات روانشناختی این بیماران توصیه کرد. به عبارت دیگر می توان گفت آموزش ذهن آگاهی از این نظر که توجه و آگاهی فرد را نسبت به احساسات فیزیکی و روانی بیشتر می کند و احساس اعتماد در زندگی، دلسوزی عمیق، احساس عشق عمیق به دیگران و پذیرش واقعی رخدادهای زندگی را به دنبال دارد، می تواند باعث شود که فرد توانایی های خود را بشناسد، با استرس زندگی مقابله نموده، از نظر شغلی مفید و سازنده بوده و به عنوان عضوی از جامعه با دیگران همکاری و مشارکت لازم را داشته باشد. بنابراین آموزش ذهن آگاهی با کاهش استرس و اضطراب در بیماران

¹ - Chambers, Gullone & Allen

قلبی و با بهبود این توانایی ها و ترویج علاقه به فعالیت های فردی و اجتماعی می تواند در جهت ارتقای سلامت روان آنان سازنده و مفید باشد. و از مزیت های روش ذهن آگاهی این است که آموزش گروهی ذهن آگاهی باعث صرفه جویی در زمان و هزینه مراجعین می شود.

کتابنامه:

- آقایی، مریم. (1384). مدیریت خشم در بیماران سرطانی و کرونری قلب. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه تهران. دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی. گروه روانشناسی. رشته روانشناسی عمومی
- انجمن قلب آمریکا. (1996). چگونه از حمله قلبی در امان باشیم، (ترجمه محمد دانش پژوه و نسرين شيخ نيا، 1381). تهران: انتشارات خوارزمی.
- بشارت، محمد. علی. (1381). ابعاد کمال گرایی در بیماران افسرده و مضطرب، *مجله علوم روانشناختی، دوره اول، شماره 3*.
- بشارت، محمد. علی. (1387). رابطه سبک های مقابله با استرس و سطوح سازش روانشناختی با فرایند بهبود بیماران قلبی، *عروقی. مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران، دوره 64، شماره 9*.
- بهادران، کاوه و پورناصح، مهرانگیز. (1384). کتاب و نوار آرامش در ژرفا 1 (راهنمای تمرین آرامش عمیق). تهران: نشر مهر کاویان.
- خدایاری فرد، محمد و پرند، اکرم. (1385). استرس و روش های مقابله با آن. دانشگاه تهران.
- رحیمی، زهرا و غضنفری، احمد. (1379). بررسی علل اضطراب دانش آموزان دوره متوسطه و پیش دانشگاهی شهرستان شهرضا در سال تحصیلی 1378 (طرح تحقیقاتی).

رفیعی، حسن و رضاعی، فرزین. (1378). در ترجمه خلاصه روانپزشکی. هارولد کاپلان و بنیامین سادوک (مؤلفین). تهران: انتشارات ارجمند.

دادستان، پریخ. (1368). هنجارگزینی مقیاس اضطراب کتل. دانشگاه تهران. صلصالی، مهوش. (1372). اختلالات عروق کرونر و اصول مراقبتهای ویژه قلبی (پرستاران CCU). تهران: نشر بشری. صص ۱۶۹-۱۷۴.

عالی نژاد، زهرا. (1376). پرستاری داخلی جراحی قلب و عروق از دید روان تن کارشناسی. تهران: انتشارات شهر آب. ص 121.

کاویانی، حسین، حاتمی، ندا، و شفیع آبادی، عبدالله. (1387). اثر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی افراد افسرده (غیربالینی). تازه های علوم شناختی. 4(10):صص: 39-48.



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی