نشریه پرستاری قلب و عروق، دوره دوم، شماره ٤، زمستان ۱۳۹۲
Cardiovascular Nursing Journal, 2(4), Winter 2014

مقاله پژوهشی اصیل

تاثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افسردگی مردان مبتلا به بیماری عروق کرونر

علی فرهادی[۱]، دکترای روان شناسی
یزدان موحدی[۲]،دانشجوی دکترای تخصصی علوم اعصاب شناختی
***کلثوم کریمی نژاد[۲]، کارشناس ارشد مشاوره خانواده**
معصومه موحدی[۳]، کارشناس ارشد مشاوره خانواده

خلاصه

هدف. هدف پژوهش حاضر بررسی تاثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش افسردگی بیماران کرونر قلبی با پیگیری دو ماهه بود.

زمینه. از مسائل مهمی که بیماران قلبی با آن روبرو هستند مشکلات روحی و روانی همچون افسردگی و اضطراب می باشد که تقریباً ۶۵ درصد بیماران آن را تجربه می کنند و به همین سبب موجب تأخیر در بازگشت به کار، کاهش کیفیت زندگی و افزایش خطر مرگ می شود.

روش کار. این پژوهش، از نوع کارآزمائی بالینی، به صورت دو گروهی و سه مرحله ای بود که بر روی ۴۰ مرد مبتلا به بیماری کرونر قلب که به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند انجام شد. شرکت کنندگان داوطلب، ابتدا به پرسشنامه افسردگی پاسخ دادند و افرادی که نمره آنها یک انحراف استاندارد بالاتر از میانگین بود به عنوان نمونه انتخاب شدند و مورد مصاحبه بالینی قرار گرفتند. در این پژوهش، میانگین نمره افسردگی مبتلایان، قبل، بعد و دو ماه بعد از مداخله در دو گروه کنترل و آزمون مقایسه شدند. در این پژوهش از پروتکل "کابات زین" استفاده شد. ابزار گردآوری داده ها "پرسشنامه افسردگی بک" بود و برای تحلیل داده ها از نرم افزار SPSS نسخه ۱۹و تحلیل کوواریانس استفاده شد.

یافته ها. بر اساس یافته ها، افسردگی مبتلایان، بعد و دو ماه بعد از مداخله کاهش قابل توجهی در مقایسه با قبل از مداخله داشته است و بین دو گروه آزمون و کنترل تفاوت آماری معنی داری مشاهده گردید.

نتیجه گیری. با توجه به تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش افسردگی، به کارگیری این روش برای بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر پیشنهاد می شود.

کلیدواژه ها: ذهن آگاهی، افسردگی، بیماری عروق کرونر، شناخت درمانی

۱ استادیار، گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم آباد، ایران
۲ دانشجوی دکترای تخصصی علوم اعصاب شناختی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران
۳ کارشناس ارشد مشاوره خانواده، لرستان، خرم آباد، ایران (× نویسنده مسئول) پست الکترونیک: kolsoumkariminejad@gmail.com
۴ کارشناس ارشد مشاوره خانواده، لرستان، خرم آباد، ایران

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-10-16]

مقدمه

اگرچه در دو دهۀ اخیر پیشرفت های زیادی در درمان بیماران قلبی اتفاق افتاده است، اما شیوع بیماری کرونری قلب در حال افزایش است، به طوری که نزدیک به ۱۵ میلیون نفر در جهان به این بیماری مبتلا هستند (صالحی و همکاران، ۲۰۰۸). طبق گزارش های محققین، این بیماری یکی از پرهزینه ترین مخارج برای خدمات سلامت ملی است. برای مثال، در کشور آمریکا در سال ۲۰۰۷ برآورد هزینه های مستقیم و غیر مستقیم این بیماری حدود ۲/۳۳ میلیون دلار بوده است و اکثر هزینه ها صرف مخارج بیمارستانی شده است (سیبرن و همکاران، ۲۰۰۹). این بیماری صرفنظر از پیش آگهی ضعیف؛ ایجاد محدودیت در فعالیت جسمی؛ قطع تعاملات اجتماعی؛ ایجاد دیسترس های روانی، اضطراب، و افسردگی؛ کاهش نشاط؛ افزایش وابستگی، و بازنشستگی زودرس را موجب می شود و تاثیر منفی بر کیفیت زندگی دارد (جانسون و همکاران، ۲۰۰۸).

عوامل نظیر حالات اضطرابی و افسردگی، استرس های اجتماعی، تعارض و رفتار خصمانه می توانند به انقباض نابهنجار عروق کرونری، افزایش انسداد شریان کرونری، بی نظمی های بدخیم ضربان قلب و در نتیجه ناتوانی قلب منجر شوند (چیدا و همکاران، ۲۰۰۹). به علاوه، استرس های روانی اجتماعی حاد و مزمن و هیجانات منفی می توانند پیدایش و پیامد شاخص های متعدد کرونری را تحت تاثیر قرار دهد (سیروس و همکاران، ۲۰۰۳). چنین یافته هایی لزوم بررسی این متغیرها در سنجش و درمان بیماری قلبی تاکید می کنند. عوامل روانی- اجتماعی به طور مستقیم یا به واسطه عوامل خطر فیزیولوژیک، احتمال ابتلاء به بیماری قلبی را نشان می دهند (کوهن و همکاران، ۲۰۱۰). پژوهش ها نشان داده اند که استرس حاد و مزمن، از عمده ترین عوامل خطر بروز و سیر بیماری قلبی هستند (هوملز و همکاران، ۲۰۰۶).

افسردگی از شایع ترین پیامدهای بیماری های حاد عروق کرونری است که سیر این دسته از بیماری های قلبی را بدتر و وخیم تر می سازد (دی جی کامو و همکاران، ۲۰۰۷). علائم شدید افسردگی حاد و مزمن طولانی مدت با سه برابر شدن خطر مرگ ناگهانی قلب همراه هستند (دی جی کامو و همکاران، ۲۰۰۷). شواهد نشان می دهند که هیجانات منفی، اضطراب و افسردگی ممکن است بر سیستم قلبی- عروقی اثرات مزمن و حاد داشته باشند. افسردگی، خشم و استرس خانوادگی علاوه بر تاثیر بر جنبه های فیزیولوژیکی، باعث بی توجهی به رفتارهای مثبت سلامت می گردند و بیماری قلبی عروقی را تحت تاثیر قرار می دهند (اسمیت و همکاران، ۲۰۰۲؛ اسپیلبرگر، ۱۹۹۹). افسردگی به عنوان شایع ترین اختلال همراه در بسیاری از بیماری ها، به ویژه بیماری های قلبی عروقی مطرح است (دی جی کامو و همکاران، ۲۰۰۷). از طرفی، اضطراب نیز در صورت عدم درمان باعث استمرار بیماری قلبی می شود (روست و همکاران، ۲۰۱۰).

در زمینه ی درمان مشکلات روانشناختی بیماران قلبی مانند افسردگی رویکردهای مختلفی از جمله دارودرمانی، روان درمانی و درمان های ترکیبی به کار گرفته شده اند. در حوزه روان درمانی، درمان شناختی رفتاری از دهه ۱۹۷۰ مطرح شده است، اما به دنبال بعضی انتقادات از این رویکرد، روش های تلفیقی دیگری برای درمان این مشکلات ارائه شده است. به عنوان مثال، درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی مطرح و تاثیر قابل توجهی بر درمان و جلوگیری از عود افسردگی دارد (پاپاجیورجیو و همکاران، ۲۰۰۴). مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی به عنوان یکی از درمان های شناختی رفتاری نسل سوم یا موج سوم قلمداد می شود. ذهن آگاهی نوعی از مراقبه است که ریشه در تعالیم و آیین های مذهبی شرقی، به ویژه بودا دارد (اوست، ۲۰۰۸). کابات-زین، ذهن آگاهی را توجه کردن به شیوه ای خاص، هدفمند، در زمان کنونی و بدون قضاوت و پیش داوری تعریف کرده است (سگال و همکاران، ۲۰۰۳). شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، از مدل کاهش استرس مبتنی بر روش ذهن آگاهی کابات- زین اقتباس و اصول درمان شناختی به آن اضافه شده است. این نوع شناخت‌درمانی شامل مراقبه‌های مختلف، یوگای کشیدگی، آموزش مقدماتی درباره افسردگی، تمرین مرور بدن و چند تمرین شناخت درمانی است که ارتباط بین خلق، افکار، احساس و حس های بدنی را نشان می‌دهد. تمامی این تمرین ها به نوعی توجه به موقعیت های بدنی و پیرامون را در لحظه ی حال میسر می سازد و پردازش های خودکار اضطراب و افسردگی را کاهش می دهد (کاویانی و همکاران، ۲۰۰۵). مراقبه ذهن آگاهی موجب فعال شدن ناحیه ای از مغز می‌شود که باعث ایجاد عواطف مثبت و اثرهای سودمند در کارکرد ایمن سازی بدن می شود (دیویدسون و همکاران، ۲۰۰۳).

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-10-16]

بر اساس پژوهش ها، مراقبه متعالی، مراقبه ذهن آگاهی، مراقبه ویپاسانا، یوگا و سایر فنون مراقبه ای تاثیر قابل توجهی در بهبود توانبخشی انواع بیماران داشته اند (ویتکی ویترز و همکاران، ۲۰۰۵). مطالعات نشان می دهد که درمان ذهن آگاهی با انواع پیامدهای سلامتی نظیر کاهش درد (کابات زین، ۲۰۰۳)، اضطراب و افسردگی (کابات زین و همکاران، ۲۰۰۳) و استرس (اسپیکا و همکاران، ۲۰۰۰) ارتباط دارد. مطالعه کابات- زین (۲۰۰۳) نشان داد که درمان با استفاده از ذهن آگاهی در افزایش آرام بخشی عضلانی و کاهش نگرانی و افسردگی بیماران جسمی موثر است (کابات زین، ۲۰۰۳). تحقیقات دیگر نشان داده اند که ذهن آگاهی، خلق را بهبود می بخشد و آموزش کوتاه مدت آن، افسردگی را کاهش می دهد (زیدان و همکاران، ۲۰۱۲). آموزش ذهن آگاهی بر افسردگی، اضطراب و سازگاری روان شناختی بیماران تاثیر دارد (بوهلمیجر و همکاران، ۲۰۱۲) و درمان مبتنی بر ذهن آگاهی به بهبود نشانه های استرس، اضطراب و افزایش عزت نفس منجر می گردد (گلدین و همکاران، ۲۰۱۰). بر اساس مطالعات پیشین، آموزش ذهن آگاهی، باعث کاهش نشانه های اضطراب و افسردگی در بیماران جسمی می شود (ایوانز و همکاران، ۲۰۰۸)، بهبود کیفیت زندگی و کاهش افسردگی را در پی دارد (دیدیدسون و همکاران، ۲۰۰۳) و از عود افسردگی و اضطراب پیشگیری می کند (کاویانی و همکاران، ۲۰۰۸). با توجه به مبانی نظری و پژوهشی، و با عنایت به اینکه تا به حال تاثیر درمان با استفاده از ذهن آگاهی بر افسردگی بیماران قلبی عروقی بررسی نشده است، هدف این پژوهش بررسی تاثیر درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر است.

مواد و روش ها

جامعه پژوهش حاضر، کلیه مردان مبتلا به بیماری عروق کرونر مراجعه کننده به بیمارستان شهید مدنی در سال ۱۳۹۱ بودند. پژوهش حاضر به تصویب کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تبریز رسید. ابتدا با مراجعه به بیمارستان، بیماران مرد مبتلا به بیماری عروق کرونر شناسایی و بررسی شدند، و پس از جلب همکاری آنان، مقیاس افسردگی بک، توسط آنان تکمیل شد. سپس، افرادی که طبق معیار نقطه برش بالینی پرسشنامه، در وضعیت غیر طبیعی بودند (یک انحراف استاندارد بالاتر از میانگین) انتخاب شدند و برای تشخیص دقیق ابتلا به افسردگی، مورد مصاحبه بالینی ساختاریافته قرار گرفتند (هدف از انجام مصاحبه بالینی ساختار یافته تشخیص قطعی افسردگی بود، زیرا ممکن است پرسشنامه به تنهایی نتواند افراد را غربال کند). مصاحبه بالینی ساختاریافته برای DSM-IV یک مصاحبه برای ارزیابی انواع مختلف اختلالات محور اول و دوم ویرایش چهارم کتابچه راهنمای تشخیصی آماری اختلالات روانی است. بررسی ویژگی های این ابزار حاکی از آن است که پایایی و اعتبار آن در حد مناسبی است و بین ۰/۸۱ تا ۰/۸۴ گزارش شده است (سادوک و سادوک، ۲۰۰۳). در ایران T شریفی و همکاران (۲۰۰۵) پایایی و قابلیت اجرای آن را برای جمعیت ایرانی بررسی کرده اند. یافته ها نشان داد که توافق تشخیصی برای اکثر تشخیص ها متوسط تا خوب بوده است (ضریب کاپای بالاتر از ۰/۶۰). همچنین، اکثر مصاحبه کنندگان قابلیت اجرای نسخه فارسی این ابزار را خوب ارزیابی کرده اند.

معیارهای ورود به مطالعه شامل رضایت آگاهانه، توانایی شرکت در جلسات درمانی گروه، حداقل تحصیلات دیپلم و حداکثر کارشناسی، سن بین ۳۰ تا ۶۰ سال، درج تشخیص بیماری عروق کرونری توسط پزشک متخصص قلب در برگه خلاصه پرونده، هوشیاری کامل و قادر به تکلم به زبان فارسی، آمادگی جسمانی و روانی لازم برای پاسخ گویی به سئوالات و عدم شرکت در کلاس های آموزشی و درمانی دیگر به طور همزمان بود. معیارهای خروج شامل عدم تمایل آزمودنی به ادامه شرکت در پژوهش، ابتلا به بیماری های دیگر و درج تشخیص های روانپزشکی یا عقب ماندگی ذهنی علاوه بر آن در تاریخچه پزشکی آنها بود. به صورت تصادفی ۲۰ نفر در گروه آزمون و ۲۰ نفر در گروه کنترل قرار گرفتند. درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی اجرا شد و سپس از هر دو گروه آزمون و کنترل، پس آزمون و دوباره، دو ماه بعد پیگیری به عمل آمد.

برای بررسی متغیر وابسته در این پژوهش از مقیاس افسردگی بک استفاده شد. این مقیاس، پرسشنامه ای شامل ۲۱ پرسش است که نشانه های تعریف شده افسردگی از جمله غمگینی، احساس گناه، از دست دادن علاقه، کناره گیری اجتماعی و افکار خودکشی را مورد ارزیابی قرار می دهد. هر گروه از پرسش ها شامل چهار گزینه است. همه پرسش ها بر اساس مقیاس لیکرت (۳ تا ۰) نمره گذاری شده اند و نمره کل فرد بین ۶۳ تا ۰ خواهد بود. هنجاریابی این پرسشنامه برای نخستین بار در ایران به وسیله جلیلی و اخوت

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-10-16]

(۱۳۶۳؛ به نقل از کاظمی، ۲۰۰۱) انجام گرفته است. پایایی این پرسشنامه از راه ضریب همسانی درونی بر حسب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ و همبستگی به دست آمده از روش تصنیف بر اساس پرسش های زوج و فرد، برابر ۰/۷۰ گزارش شده است (کاظمی، ۲۰۰۱).
گروه آزمون ۸ جلسه درمانی نود دقیقه ای را به صورت گروهی دریافت کردند. برنامه درمانی طبق پروتکل کابات-زین و همکاران (کابات زین و همکاران، ۱۹۹۲) که در تحقیقات مختلفی مورد مطالعه قرار گرفته است اجرا شد.
در جلسه اول درمان شناختی مبتنی بر حضورذهن، تنظیم خط مشی کلی با در نظر گرفتن جنبه محرمانه بودن و زندگی شخصی افراد، دعوت افراد به معرفی خود با یگدیگر، تمرین وارسی بدنی، تکلیف خانگی، بحث و تعیین جلسات هفتگی، توزیع نوارها و جزوات انجام شد. جلسه‌ی دوم، شامل آموزش تن آرامی برای ۱۴ گروه از عضلات شامل ساعد، بازو، عضله پشت ساق پا، ران ها، شکم، سینه، شانه ها، گردن، لب، چشم ها و پیشانی بود. در جلسه‌ی سوم، تن آرامی برای شش گروه از عضلات شامل دست ها و بازوها، پاها و ران ها، شکم و سینه، پیشانی و لب ها و تکلیف خانگی تن آرامی آموزش داده شد. جلسه‌ی چهارم به آشنایی با نحوه ذهن آگاهی تنفس، آموزش تکنیک دم و بازدم همراه آرامش و بدون تفکر در مورد چیز دیگر و آموزش تکنیک تماشای تنفس و تعیین تکلیف خانگی ذهن آگاهی تنفس قبل از خواب اختصاص داده شد. جلسه‌ی پنجم شامل آموزش تکنیک توجه به حرکت بدن هنگام تنفس، تمرکز بر اعضای بدن و حرکات آنها و جستجوی حس های فیزیکی، و تعیین تکلیف خانگی ذهن آگاهی خوردن بود. در جلسه‌ی ششم، 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 آنها از ذهن بدون قضاوت و توجه عمیق به آنها اجرا شد. جلسه‌ی هفتم شامل ۴۰ دقیقه مراقبه نشسته، بازنگری تکالیف خانگی، و تمرین مشاهده ارتباط بین فعالیت و خلق بود. در جلسه‌ی هشتم، مطالب گذشته بازنگری و جمع بندی شدند.

یافته ها

پس از اجرای درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی از هر دو گروه آزمون و کنترل، پس آزمون و پیگیری به عمل آمد و سپس داده های مرتبط با پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری استخراج شدند. ویژگی های جمعیت شناختی دو گروه آزمون و کنترل در جدول شماره ۱ آمده است.

جدول شماره ۱: ویژگی های جمعیت شناختی گروه آزمون و کنترل

گروه	آزمون	کنترل
متغیر	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
سن (سال)		
۳۰-۴۰	(۳۰)۶	(۳۵)۷
۴۱-۵۰	(۴۵)۹	(۳۵)۷
۵۱-۶۰	(۲۵)۵	(۳۰)۶
تحصیلات		
دیپلم	(۴۰)۸	(۴۰)۸
فوق دیپلم	(۳۰)۶	(۳۵)۷
لیسانس	(۳۰)۶	(۲۵)۵
وضعیت اشتغال		
شاغل	۱۶ (۸۰)	۱۷ (۸۵)
بیکار	۴ (۲۰)	۳ (۱۵)

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-10-16]

جدول شماره ۲ میانگین و انحراف معیار نمرات افسردگی را در افراد مبتلا به بیماری کرونر قلب به تفکیک گروه ها و مراحل نشان می دهد. کسب نمره بیشتر در این علائم، نشان از شدت اختلال دارد، ملاحظه می شود که میانگین نمرات گروه آزمون در پس آزمون و پیگیری نسبت به گروه کنترل کاهش معنی داری دارد. به علاوه، بعد از گذشت دو ماه از اجرای مداخله ، مشخص شد که کاهش این علائم در اعضای گروه آزمون، در مرحله پیگیری نیز به صورت معنی داری ادامه داشته است (P<۰/۰۰۱).

جدول ۲) میانگین و انحراف معیار نمرات افسردگی به تفکیک گروه ها

گروه	آزمون	کنترل
متغیر	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)
افسردگی		
پیش آزمون	۳۷/۳۰ (۱/۵۵)	۳۶/۵۵ (۱/۳۱)
پس آزمون	۲۸/۹۵ (۱/۶۳)	۳۵/۶۱ (۲/۱۳)
پیگیری	۲۹/۶۰ (۱/۷۹)	۳۵/۳۰ (۲/۲۲)

همان گونه که ملاحظه می شود بین میانگین نمرات پیش آزمون و پس آزمون گروه آزمون و کنترل تفاوت مشاهده می شود. برای مشخص شدن معناداری تفاوت بین متغیرهای فوق از تحلیل کوواریانس استفاده شد. برای بررسی تفاوت های مشاهده شده در متغیر افسردگی، ابتدا فرض های لازم جهت انجام تحلیل کوواریانس بررسی شد. بررسی همگنی واریانس ها نشان می دهد که معناداری آزمون لون در نمره افسردگی بیشتر از ۰/۰۵ است. با توجه به این امر دلیلی برای ناهمگن فرض کردن واریانس ها وجود ندارد. بررسی همگنی شیب رگرسیون نیز از معنادار نبودن شرایط و پیش آزمون حمایت می کند. همچنین، قبل از انجام آزمون کوواریانس، با استفاده از آزمون کولموکروف اسمیرنف، نرمال بودن توزیع نمونه ها مورد بررسی قرار گرفت (P<۰/۰۵). بنابراین، از تحلیل کوواریانس برای تحلیل آماری استفاده شد. نتایج مربوط به تحلیل کوواریانس نشان داد با توجه به یافته های فوق و بعد از کنترل نمره ی پیش آزمون، نمره ی F در پس آزمون با ۴۷۹/۸۷ و در دوره پیگیری با ۱۲۴/۵۶ برای افسردگی معنادار بود (P<۰/۰۰۱). این موضوع نشان می دهد که درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی باعث کاهش افسردگی در افراد مبتلا به بیماری عروق کرونر می شود و این تاثیر، بعد از گذشت دو ماه نیز معنادار بوده است.

بحث

هدف پژوهش حاضر، بررسی تاثیر درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش افسردگی بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر بود. با مروری بر یافته ها مشاهده می شود که افسردگی بیماران بعد از مداخله در گروه آزمون کاهش قابل توجهی داشته است که در گروه کنترل دیده نمی شود و با نمره F=۲۷۳/۲۹ و در سطح P<۰/۰۰۱ معنادار می باشد. دو ماه بعد از مداخله نیز افسردگی افراد تفاوت معناداری را نشان نداد و در همان سطح بعد از مداخله باقی ماند که با نمره ی F=۱۲۴/۵۶ و در سطح P<۰/۰۰۱ معنادار می باشد. در این راستا، مطالعات نشان داده اند که ۴۰ تا ۵۰ درصد بیماران، چندین ماه بعد از ابتلاء به بیماری قلبی، افسردگی دارند (اسپیگل و همکاران، ۱۹۹۹)، و به ویژه، بعد از اولین حمله قلبی اضطراب زیادی را تجربه می کنند (سالمون و همکاران، ۲۰۰۵). بیشتر نگرانی هایی که موجب می شود مبتلایان بعد از بیماری قلبی دچار اضطراب و افسردگی شوند شامل ترس از عود بیماری، فراموشی به علت ایست قلبی، تنش های عاطفی، کابوس ها و اختلالات خواب است. وادن (۱۹۹۴) و پاتل (۱۹۸۵) دریافتند که مداخلات روان درمانی موجب کاهش افسردگی این بیماران می شود (ریگل و همکاران، ۲۰۰۲). همچنین، اورمرود (۱۹۹۵) با بررسی تاثیر شناخت درمانی گروهی بر کاهش اضطراب و افسردگی بیماران قلبی دریافت که اضطراب و افسردگی تحت تأثیر این روش درمانی قرار گرفته است و به طور کوتاه مدت (۶ ماه تا ۲ سال) و طولانی مدت (۲ تا ۵ سال) کاهش یافته است.

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-10-16]

هال (۲۰۰۳) نیز در پژوهش خود نشان داد که درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی میزان اضطراب و افسردگی را به نحو چشمگیری کاهش می دهد (کاویانی و همکاران، ۲۰۰۸). در ایران نیز مطالعه کاویانی و همکاران (۱۳۸۴) که به منظور بررسی تاثیر شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن بر افسردگی و اضطراب با پیگیری ۶۰ روزه انجام شد، نشان داد که نمرات افسردگی و اضطراب گروه آزمون نسبت به گروه کنترل کاهش چشمگیری پیدا کرده بود (کاویانی و همکاران، ۲۰۰۵). آرچ و کرسک (۲۰۰۵) در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که شرکت کنندگانی که ۱۵ دقیقه تنفس متمرکز داشتند (یکی از تمرین های ذهن آگاهی) نسبت به افرادی که تحت این نوع تنفس قرار نداشتند، عاطفه منفی کمتری را گزارش کردند. آموزش ذهن آگاهی بهبود قابل توجهی را در کیفیت زندگی و نشانگان اضطراب بیماران مبتلا به سرطان نشان داده است (کارلسون و همکاران، ۲۰۰۳). علاوه بر این، درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن به طور معناداری به افزایش وضوح ذهنی، سلامت روان و نیز کاهش تنش بدنی منجر شده است (بلاک، ۲۰۰۲).

شلمن (۲۰۰۳) با استفاده از درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی به درمان افراد افسرده پرداخت که در نهایت باعث کاهش چشمگیر افسردگی در این افراد شد. همچنین، یافته های این پژوهش با آنچه در نظریه تیزدل و همکاران بیان می شود هماهنگ است. طبق این نظریه، ذهن ما در مورد وقایعی که اتفاق می افتد تعبیر و تفسیر می کند و باعث واکنش ها و احساسات پایداری می شود. در افرادی که مستعد افسردگی هستند ذهن دائماً معطوف به افکار ناراحت کننده و منفی است که این خود باعث تداوم بیشتر افسردگی می شود (تیزدل و همکاران، ۲۰۰۰).

در پژوهش راس و رابینز (۲۰۰۴) که به منظور بررسی تاثیر درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر سلامت عمومی و سلامت مرتبط با کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان انجام شد، نتایج نشان داد که گروه آزمون نسبت به گروه کنترل، بعد از گذراندن دوره کامل، بهبودی چشمگیری را در پنج مقیاس از هشت مقیاس کیفیت زندگی (SF-36) نشان دادند. همچنین، در مطالعه کارلسون و همکاران (۲۰۰۳) نیز اثر مثبت درمان ذهن آگاهی را بر کیفیت زندگی نشان داده است.

دلیل اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در این مطالعات این است که درمان ذهن آگاهی، منجر به تغییر شناختی در طرز تفکر و اعمال بیمار می شود و از اصول تقویت شرطی سود می برد. بدین ترتیب که فرد مبتلا برای رفتن به گام بعدی تلاش می کند تا خود را در گامی بالاتر ببیند و این تمایل به طور مستمر باعث بهبود تدریجی مرحله به مرحله بیمار می شود و در عین آرامش و آگاهی، به درمان فردی خود ادامه می دهد و نواقص و اشکالات خود را در جلسات حضوری حل می نماید (روث و همکاران، ۲۰۰۴). همچنین، می توان گفت چون ذهن آگاهی باعث تعدیل احساسات بدون قضاوت و افزایش آگاهی نسبت به احساسات روانی و جسمانی می شود و به واضح دیدن و پذیرش هیجانات و پدیده های فیزیکی، همانگونه که اتفاق می افتند، کمک می کند (نیف، ۲۰۰۳)، بنابراین، می تواند در تعدیل نمرات سلامت روان بیماران قلبی نقش مهمی داشته باشد و این امر از این نظر که در پژوهش ها مشخص شده است که درمان ذهن آگاهی در تعدیل رفتارهای منفی و افکار منفی کمک نماید و موجب رفتارهای مثبت مرتبط با سلامتی می شود قابل توجیه است. به عبارت دیگر، می توان گفت که درمان حضور ذهن، توجه و آگاهی فرد را نسبت به احساسات جسمانی و روانی بیشتر می کند و احساس اعتماد در زندگی، دلسوزی عمیق، و پذیرش واقعی رخدادهای زندگی را به دنبال دارد (میث، ۲۰۰۸)، زیرا یکی از جنبه های مهم درمان مبتنی بر ذهن آگاهی این است که افراد یاد می گیرند با هیجانات و افکار منفی مقابله نمایند و حوادث ذهنی را به صورت مثبت تجربه کنند (بوهلمیجر، ۲۰۱۲).

در خصوص ماندگاری اثرات درمان می توان گفت اثربخشی درمان در طولانی مدت منوط به توانایی بیمار در اجرا و تمرین مهارت های رفتاری است که این توانایی ماحصل دوره مناسب و کافی درمان روان شناختی است. از طرف دیگر نیز می توان استنباط نمود که بسیاری از بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر دارای مشکلاتی در زمینه ترس از پیامدهای بعدی بیماری بودند که این اضطراب های انتظاری به خوبی با درمان های روانشناختی در مرحله پس آزمون کنترل شد و هم اکنون حل شده باقی مانده اند.

نتیجه گیری

به نظر می رسد تمرین های شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، با افزایش آگاهی افراد نسبت به لحظه حال، از طریق فنونی مثل توجه به تنفس و بدن، و معطوف کردن آگاهی به اینجا و اکنون، بر نظام شناختی و پردازش اطلاعات تاثیر دارد. لذا با توجه به موثر واقع شدن این نوع آموزش و با در نظر گرفتن سودمندی های این روش در زمینه درمان افسردگی، استرس و اضطراب و با توجه به

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-10-16]

اینکه بیماران قلبی در وضعیت مهم و پرآشوبی به سر می برند، به کارگیری گسترده این درمان برای بیماران مبتلا به بیمـار عـروق کرونر که به افسردگی و اضطراب دچار هستند توصیه می شود.

به نظر می رسد که مهمترین محدودیت پژوهش حاضر در دسترس نبودن ابزارهای عینی جهت سنجش متغیرهای پژوهش می باشد، زیرا سنجش درمان و ماندگاری آن با استفاده از ابزار خودگزارش دهی صورت گرفته است. پژوهش حاضر به بیماران قلبی مرد محدود شده است، بنابراین پیشنهاد می شود پژوهش حاضر بر روی هر دو جنس مردان و زنان و سایر بیماری های جسمی نیز انجام شود.

تقدیر و تشکر

نویسندگان بر خود لازم می دانند از کلیه بیماران عزیزی که صمیمانه همکاری نمودند تقدیر و تشکر به عمل آورند.

منابع

Arch JJ, Craske MG. 2005. Mechanisms of mindfulness: emotion regulation following a focused breathing inducrion. J Behav Res & Ther. 44: 1849-1858.

Beck, A. T., & Steer, R. A. 1993. Beck Depression Inventory Manual. The. Psychological Corporation. Harcourt Brace & Company. San Antonio.

Block, J. A. 2002. Acceptance or change of private experiences: A comparative analysis in college students with public speaking anxiety. Doctoral disseration. University at Albany, State University of new York.

Bohlmeijer E, Prenger R, Taal E, Cuijpers P. 2012. The effects of mindfulness-based stress reduction therapy on mental health of adults with a chronic medical disease: A meta-analysis. J Psychosom Res. (68): 539-544.

Carlson, L. E., Speca, M., Patel, K, D., & Goodey, E. 2003. Mindfulness-based stress reduction in relation to quality of life, mood, symptoms of stress and immune parameters in breast & prostat cancer outpatients Psychosomatic Medicine, 65 (4): 571-581.

Chida Y, Steptoe A. 2009.The association of anger and hostility with future coronary heart disease. J the Americ Coll Cardio. 53: 936-946.

Cohen BE, Panguluri P, Na B, Whooley MA. 2010. Psychological risk factors and the metabolic syndrome in patients with coronary heart disease: Findings from the Heart and Soul Study. Psychia Re. (175): 133-137.

Davidson, R. J., Kabat-zinn, J., Schumacher, J., Rosenkranz, M., Muller, D., Santorelli, S. F. 2003. Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditiation. Psychosomatic Medicine, 65: 564-570.

DiGiacomo M, Davidson P.M, Vanderpluym A, Snell R, Dip G, Worrall-Carter L. 2007. Depression, anxiety and stress in women following acute coronary syndrome: Implications for secondary prevention, Austral Criti Care. (20): 69-76.

Evans S, Ferrando S, Findler M, Stowell C, Smart C, Haglin D. 2008. Mindfulness-based cognitive therapy for generalized anxiety disorder. J Anxiety Disord. (22): 716-721.

Goldin PR, Gross JJ. 2010. Effects of mindfulnessbased stress reduction (MBSR) on emotion regulation in social anxiety disorder. Emotion. (10): 83-91.

Holmes SD, Krantz DS, Rogers H, Gottdiener J, Contrada RJ. 2006. Mental Stress and Coronary Artery Disease: A Multidisciplinary Guide. Prog Cardiovas Dis. 49(2): 106-122.

Johansson P, Brostron A, Dahlsron U, Alehagen U. 2008. Global perceived health and health-related quality of life in elderly primary care patients with symptoms of heart failure. Europ J Cardiov Nurs. 7 (4): 96-76.

Kabat-Zinn J, Massion AO, Kristeller J, Peterson LG, Fletcher KE, Pbert L, Lenderking WR, Santorelli SF. 1992. Effectiveness of a meditationbased stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. Am J Psychiatry. (149): 936-943.

Kabat-Zinn, J. 2003. Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. Clinical Psychology: Science and Practice, 10: 144–156.

Kaviani, H, Hatami, N., & Shafie abadi, A. 2008. The Effectiveness of Cognitive therapy based on Minfulness in quality of life of depressed people. New cognitive sciences. 4, 10: 39-48.

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-10-16]

Kaviani, H., Javaheri, F., & Boheiraei, H. 2005. The Effectiveness of Cognitive therapy based on Minfulness in decreasing negative automatic thoughts, dysfunction attitude, depression and anxiety: 60 days follow-up. New cognitive sciences. 1,7: 49-59.

Kazemi, V. 2001. Comparison of cognitive distortion in depressed and anxious patients.Thesis M.A. in university Shiraz [in Persian].

Mace C. 2008. Mindfulness and mental health: therapy, theory, and science. America, New York. Rutledge Press; p. 35-36.

Neff K. 2003. Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. Self-Identity. (2): 85-101.

Ost, L-G. 2008. Efficacy of the third wave of behavioral therapies:A systematic review and meta-analysis. Behaviour Research and Therapy, 46: 296–321.

Papageorgio C, Wells A. 2004. Depressive rumination: nature, theory and tereatmen chichester. 5th ed. UK: Wiley; 187-215.

Regel S., Roberts D. 2002. Mental Health Liaison, bailliere tindall Edinburgh۲۰۱ – ۲۰۰ ،

Roest AM, Martens EJ, Jonge PD, Denollet J. 2010. Anxiety and Risk of Incident Coronary Heart Disease. J Americ Colle Cardio. 56(1): 38- 46.

Roth, B., & Robbins, D. 2004. Mindfulness-based stress reduction and health related quality of life. Psychosomatic medicine, 66 (1): 113-123.

Sadock BJ, Sadock VA. (Eds.) 2003. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry (9th Ed.). New York: Williams & Wilkins.

SalehiTali Sh, MohammadAlian H, Imani R, Khaledifar A, Hatamipour Kh. 2008. The effect of continuous educational and caring interferences on the quality of life patients with heart congestive failure. J Shahrekord Univ Med Sci. 10(1): 14-19. [in Persian]

Salmon P. 2007. Psychology of medicine and surgery , chichester , weily to.٤٨– ٤٦ ،

Sebern M, Riegel B. 2009.Contributions of supportive relationships to heart failure self-care. Eur J Cardiovasc Nurs. 8(2): 97-104.

Segal, Z.V., Williams, M. G.,& Teasdale, J.D. 2003. Mindfulness based on cognitive therapy for depression. New York: Guilford Press.

Sharifi V, Asadi SM, Mohammadi MR, Amini H, Kaviyani H, Semnani U, Shabani A, Shahrivar Z, Davari R, Hakim Shoshtari M, Sedigh A, Jalali Rodsari M. 2005. Reliability and capability of the Persian version of the Structured Clinical interview for DSM-IV. Adv in Cogn Sci. 6(1, 2): 10-22.

Sirois BC, Burg MM. 2003. Negative emotion and coronary heart disease. Behav Modific. 27: 83-102.

Smith TW, Ruiz JM. 2002. Psychosocial influences on the development and course of coronary heart disease: Current status and implications for research and practice. J Consult Clinic Psych. (70): 548-568.

Speca M, Carlson LE, Goodey E, Angen M. 2000. A randomized, wait-list controlled clinical trial: The effect of a mindfulness meditation-based stress reduction program on mood and symptoms of stress in cancer outpatients. Psychosom Med. 62(5): 613-22.

Spiegel D. marrow G. H., Classen C. 2005. Group psychotherapy for recently diagnosed breast cancer patients : A multi center feasibility study , Psycho oncology 1999, 8 (6): 482- 493.

Spielberger CD. 1999. Professional manual for the State-Trait Anger Expression Inventory-2 (STAXI- 2). Lutz, FL: Psych Assess Resou. p. 12-46.

Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams , J. M. G., 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 & Clinical Psychology, 68: 615-623.

Witkiewitz K, Marlatt G, Walker D. 2005. Mindfulness-based relapse prevention for alcohol and substance use disorders. J Cogn Psychother. 19(3): 211-228.

Zeidan F, Johnson SK, Diamond BJ, David Z, Goolkasian P. 2012. Mindfulness meditation improves cognition: Evidence of brief mental training. Conscious Cogn. (19): 597-605.

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-10-16]

Original Article

The effect of mindfulness-based cognitive therapy on depression in male patients with coronary artery disease

Ali Farhadi[1], Ph.D
Yazdan Movahedi, Ph.D Candidate
*** Kolsoum Kariminajad[2], MSc**
Masume Movahedi[3], MSc

Abstract

Aim. This study examines the effect of mindfulness-based cognitive therapy on depression in male patients with coronary artery disease.

Background. After heart events such as acute myocardial infarction, the patient experiences psychological distress. Approximately 65 percent of anxiety symptoms predict poor quality of life; reduce return to work and increase risk of mortality.

Method. This is an experimental study with two groups and three stages. Forty male patients with coronary artery disease were randomly allocated to either control or trial group after they had been detected as having a "Beck depression inventory" score of one standard deviation higher than the mean score. The mean score of depression was also evaluated in both groups, immediately and two months after the intervention experimental group. The data were analyzed by SPSS Version 19 and covariance analysis.

Findings. The results showed a statistically significant difference between groups in terms of depression score, immediately and two months after intervention in experimental group ($P<0.0001$).

Conclusion. Based on the effect of mindfulness-based cognitive therapy on reducing depression in patients with coronary artery disease, it is suggested to implement this method for these patients.

Keywords: Mindfulness, Depression, Coronary artery disease, Cognitive therapy

1 Assistant Professor, Department of Social Medicine, Faculty of Medicine, Lorestan University of Medical Sciences, Khorramabad, Iran
2 Ph.D Candidate of Cognitive Neuroscience, Tabriz University, Tabriz, Iran
3 Master of Science in Counseling, Khorramabad, Iran (* Corresponding Author) email: kolsoumkarimi-nejad@gmail.com
4 Master of Science in Counseling, Khorramabad, Iran

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-10-16]