

# A Comparison of Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy and Mindfulness-Based Therapy on Quality of Life in Patients with Coronary Heart Disease

## Abstract

**Introduction:** The aim of this study was to compare the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and mindfulness-based therapy on quality of life in patients with cardiovascular disease.

**Methods:** This quasi-experimental study was performed as a pretest and posttest with a control group awaiting treatment. The population included all patients aged 40-65 years with cardiovascular disease who were treated at Kasra Hospital in Karaj in 1398. The sample consisted of 135 patients with coronary heart disease who were identified from among the patients and assigned to two experimental groups and one control group. The Minnesota Quality of Life Questionnaire scale was used to collect data. Descriptive statistics including mean, standard deviation and percentage and multivariate analysis of covariance (MANCOVA) using SPSS-22 were used to analyze the data.

**Results:** The results of multivariate analysis of covariance showed that both cognitive-behavioral therapy and mindfulness-based therapy increase the quality of life of patients ( $P < 0.001$ ). Also, the results of follow up test showed that there was no significant difference between the treatment groups in terms of effectiveness on the mentioned variables in all components.

**Conclusion:** The results of this study have important implications for educating and promoting the mental health of cardiovascular patients.

**Keywords:** Cognitive-Behavioral Therapy, Mindfulness-based therapy, Quality of Life, Cardiovascular Patients.

## Article Info

### Authors:

Moghaddam M<sup>1</sup>

Hatami M<sup>2</sup>

Baghdassarians A<sup>3\*</sup>

Sepahmansour M<sup>4</sup>

Received: 2020.10.16

Accepted: 2020.11.15

E-Published: 2020.11.30

## Affiliations

1- Ph.D student Of Health psychology, Department of Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran. Iran.

2- Associate Professor, Department of Clinical psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran.

3- Assistant Professor, Department of Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

Corresponding Author: [sarians72@gmail.com](mailto:sarians72@gmail.com)

4- Associate Professor, Department of Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

## Citation Subjects:

Cognitive Psychotherapy, Cognition, Behavior, CBT, Treatment, Health-Related Quality Of Life, Life Quality



## مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی بیماران قلبی عروقی

### اطلاعات مقاله

#### نویسندگان:

مهسا مقدم<sup>۱</sup>

محمد حاتمی<sup>۲</sup>

آنیتا باغداساریانس<sup>۳\*</sup>

مژگان سپاه منصور<sup>۴</sup>

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۷/۲۵

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۸/۲۵

تاریخ انتشار: ۱۳۹۹/۰۹/۱۰

### چکیده

**مقدمه:** هدف این پژوهش، مقایسه اثربخشی درمان شناختی - رفتاری و درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی در بیماران قلبی عروقی بود.

**روش کار:** این پژوهش به شیوه نیمه‌آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل در انتظار درمان انجام شد. نمونه شرکت‌کننده در این پژوهش شامل ۱۳۵ نفر از بیماران ۴۰-۶۵ سال مبتلا به بیماری قلبی عروقی بود که به صورت نمونه در دسترس از بین بیماران قلبی - عروقی تحت درمان در بیمارستان کسری شهرستان کرج در سال ۱۳۹۸ انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل در انتظار درمان گمارده شد. برای جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس پرسشنامه کیفیت زندگی مینه‌سوتا (MLFH) و پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناختی محقق ساخته استفاده شد. یکی از گروه‌های آزمایش تحت مداخله گروهی با رویکر درمان شناختی - رفتاری (CBT) و دیگر گروه آزمایشی تحت مداخله گروهی با درمان مبتنی بر ذهن آگاهی قرار گرفت، در حالی که گروه کنترل در انتظار درمان هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از شاخص‌های آمار توصیفی شامل میانگین، انحراف معیار و درصد و تحلیل کوواریانس چندمتغیری از طریق SPSS-22 استفاده شد.

**یافته‌ها:** نتایج تحلیل داده‌ها نشان داد که هر دو درمان شناختی - رفتاری و درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر افزایش کیفیت زندگی بیماران مؤثر بوده است ( $P < 0/001$ ). همچنین نتایج آزمون تعقیبی نشان داد که بین گروه‌های درمانی از لحاظ اثربخشی بر متغیرهای مذکور در تمام مولفه‌ها تفاوت معناداری وجود ندارد.

**نتیجه‌گیری:** نتایج این مطالعه تلویحات مهمی در زمینه آموزش و ارتقای سلامت روانی بیماران قلبی عروقی از طریق مداخلات اثربخش روان‌شناختی منجمله CBT و MBSR دارد.

**واژگان کلیدی:** درمان شناختی - رفتاری، درمان مبتنی بر ذهن آگاهی، کیفیت زندگی، بیماران قلبی عروقی

### وابستگی سازمانی نویسندگان

۱- دانشجوی دکتری روان‌شناسی سلامت، گروه روان‌شناسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

۲- دانشیار گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

۳- استادیار گروه روان‌شناسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

(نویسنده مسئول) [sarians72@gmail.com](mailto:sarians72@gmail.com)

۴- دانشیار گروه روان‌شناسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

## مقدمه

۲۰۰۹ تا ۲۰۱۴ با استفاده از کلمات کلیدی کیفیت زندگی و نارسایی قلبی، نتیجه گرفتند که ادراک کیفیت زندگی در بیماران با مشکلات قلبی تغییر کرده است و باعث محدودیت‌های جدی در ظرفیت عملکرد و عملکرد زندگی روزمره آنها شده است. نتایج پژوهشی نیز حاکی از وجود اضطراب، افسردگی و کیفیت زندگی پایین در بیماران قلبی عروقی بوده است (۹).

بنابراین با توجه به نتایج پژوهشی ذکر شده، لزوم مداخلات درمانی مؤثر، به جا و ضروری می‌نماید و این در حالی است که در سال‌های اخیر درمان‌های روان‌شناختی به منظور کاهش عوارض جسمی و روانی مورد توجه قرار گرفته‌اند (۱۰). آنچه باید مورد توجه قرار گیرد تفاوت این مداخلات از نظر سهولت اجرا و تداوم نتایج درمان است. در این ارتباط، در بین درمان‌های متعدد، درمان شناختی- رفتاری به عنوان یکی از درمان‌های شناخته شده مؤثری در این زمینه لحاظ می‌شود که با شناخت‌هایی سروکار دارد که به تغییر هیجانات، افکار و رفتارها منجر شود (۱۱ و ۱۲).

هافمن، ویو و باتچر<sup>۵</sup> (۱۳) در پژوهش خود اثر این روش درمان را بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی بررسی کردند و مطرح نمودند که درمان شناختی - رفتاری موجب بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی به ویژه در ابعاد بدنی و روان‌شناختی می‌شود. فردلند، کارنی، ریچ، استین مایر و روبین<sup>۶</sup> (۱۴) در پژوهشی به بررسی درمان شناختی - رفتاری بر افسردگی و مراقبت از خود در بیماران دارای نارسایی قلبی پرداختند که نتایج پژوهش نشان داد که درمان شناختی - رفتاری بر افسردگی بیماران نارسایی قلبی مؤثر است و باعث کاهش اضطراب و خستگی و افزایش عملکرد اجتماعی و کیفیت بهتر زندگی می‌شود. صالح (۱۵) در پژوهش خود با هدف اثربخشی آموزش مدیریت استرس شناختی - رفتاری بر کیفیت زندگی و علائم بالینی بیماران قلبی عروقی نشان دادند که تفاوت میانگین کل کیفیت زندگی در دو گروه آزمایش و کنترل در انتظار درمان قابل توجه است. به عبارتی نتایج نشان داد که کیفیت زندگی گروه آزمایشی در مرحله پس‌آزمون به طور قابل توجهی بیشتر از گروه کنترل در انتظار درمان بود. بر اساس نتایج حاصل از مطالعه، آموزش مدیریت استرس شناختی - رفتاری می‌تواند بر افزایش کیفیت زندگی و کاهش میزان بالینی بیماران مبتلا قلبی تاثیر بگذارد.

یکی دیگر از این درمان‌ها، درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی است. این رویکرد که توسط کابات زین<sup>۷</sup> (۱۶) طرح‌ریزی شده است، معتقد است که قضاوت‌ها و افکار منفی است که علت اصلی نشانه‌های روان‌شناختی هستند. در واقع این رویکرد باعث

در جهان امروز بررسی مطالعه اختلال‌هایی که دارای ریشه روان‌شناختی هستند بیش از پیش مورد توجه روان‌شناسان قرار گرفته است و اغلب آنها معتقدند که برخی از عوامل روان‌شناختی می‌توانند فرد را مستعد ابتلا به بیماری روان‌تنی کنند که مطالعه حاضر دست به تحقق نو و جدیدی در این زمینه زده است. بیماری قلبی عروقی<sup>۱</sup> (CHD) یکی از علل اصلی مرگ و میر در جهان است؛ از هر پنج نفر، یک نفر جان خود را به دلیل این بیماری از دست می‌دهد (۱). شیوع بیماری قلبی عروقی با توجه به پیری و رشد جمعیت در سراسر جهان در حال افزایش است (۲). طبق جدیدترین آمارها در ایران نیز سهم بیماری‌های قلبی از مرگ و میر کلی حدود ۳۹ درصد است (۳). به همین دلیل، سازمان بهداشت جهانی<sup>۲</sup> (WHO) هدف کاهش ۲۵ درصدی مرگ و میر ناشی از سکته قلبی را تا سال ۲۰۲۵ به عهده گرفته است (۴).

بیماران قلبی عروقی، اغلب هم عوارض جسمانی و هم عوارض روان‌شناختی دارند. بیماری قلبی علاوه بر مشکلات جسمی باعث قطع تعاملات بین فردی مناسب، ایجاد فشارهای روانی و اضطراب، کاهش نشاط و افزایش وابستگی شده و تاثیر منفی بر کیفیت زندگی<sup>۳</sup> دارد. مفهوم کیفیت زندگی یکی از مفاهیم جدی است که در سال‌های اخیر به عنوان معیاری برای بررسی نتایج درمان و وضعیت بیماران با اختلالات جسمی و روانی پذیرفته شده است (۵).

سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی را درک فردی از موقعیت خود در زندگی در بستر نظام‌های فرهنگی و ارزش‌گذاری که در آن زندگی می‌کنند و در ارتباط با اهداف، انتظارات، استانداردها و نگرش‌های آنها، تعریف می‌کند. این یک مفهوم وسیع است که توسط سلامت جسمانی فرد، وضعیت روانی، باورهای شخصی، روابط اجتماعی و رابطه آنها با ویژگی‌های برجسته محیط زیست خود به طور پیچیده‌ای تحت تاثیر قرار گرفته است؛ به همین منظور یکی از اهداف درمان بیماران مبتلا به بیماری قلبی عروقی نیز برای از بین بردن علائم، به حداکثر رساندن عملکرد در زندگی روزمره و رسیدن به بالاترین سطح از کیفیت زندگی مرتبط با سلامت است (۶). پژوهشگران نیز در همین زمینه مطرح می‌کنند که مدت و شدت بیماری‌های مزمن مانند مشکلات قلبی عروقی در کیفیت زندگی بیماران تغییر قابل ملاحظه‌ای ایجاد می‌کند (۷). سویوسا، اولیویرا، سوارز و همکاران<sup>۴</sup> (۸) نیز در پژوهشی با هدف تجزیه و تحلیل در مورد درک کیفیت زندگی بیماران با نارسایی قلبی، بر اساس یک مطالعه متاآنالیز بر مبنای داده‌های سال‌های

1- Coronary heart disease - CHD

2- World Health Organization - WHO

3- Quality of Life

4- Sousa, Oliveira, Soares &amp; et al

5- Hofmann, Wu &amp; Boettcher

6- Freedland, Carney, Rich, Steinmeyer &amp; Rubin

7- Kabat-Zinn

در این پژوهش جهت برآورد حجم نمونه، از فرمول ذیل استفاده گردید:

$$n = \frac{2 \left( 1 - \frac{\alpha}{2} + 1 - \beta \right)^2}{\Delta^2} + 1$$

ملاک‌های ورود به پژوهش شامل: تمایل بیمار به شرکت در مطالعه؛ دامنه سنی بین ۶۵-۴۰ سال، تشخیص بیماری قلبی - عروقی توسط پزشک متخصص، توانایی تکلم و برقراری ارتباط، دارا بودن حداقل سواد سوم راهنمایی و ملاک‌های خروج شامل عدم تمایل بیمار به شرکت در پژوهش، عدم رضایت به ادامه شرکت در پژوهش، ابتلا به بیماری‌های روانی حاد و ناتوانی ذهنی، دریافت مداخله‌های روان‌پزشکی و روان‌شناختی به صورت هم‌زمان؛ ابتلا به بیماری مزمن جسمانی؛ اعتیاد به مواد مخدر، بود.

در خصوص رعایت ملاحظات اخلاقی لازم به ذکر است رضایت مشارکت‌کنندگان جلب شد و اهداف پژوهش برای آن‌ها شرح داده شد و به آنان اطمینان داده شد که اطلاعاتشان محرمانه باقی خواهد ماند و از همه شرکت‌کنندگان به صورت کتبی رضایت‌نامه اخذ گردید.

در این پژوهش جهت جمع‌آوری داده‌ها از ابزار زیر استفاده شد:

**۱- پرسشنامه کیفیت زندگی مینه‌سوتا (MLFH):** جهت سنجش کیفیت زندگی اختصاصی از پرسشنامه (MLFH) استفاده شد که در سال ۱۹۸۴ توسط رکتور طراحی شده است. این پرسشنامه شامل ۲۱ گویه است که محدودیت‌های جسمی، روانی اجتماعی- اقتصادی ناشی از علایم نارسایی قلبی را در یک ماه گذشته می‌سنجد. هر سؤال ۶ معیار داشته و از صفر تا پنج نمره‌گذاری شده است که صفر نشان‌دهنده عدم محدودیت و پنج نشان‌دهنده حداکثر محدودیت است. امتیاز کلی بین ۰-۱۰۵ بوده و در واقع هر چه نمرات حاصل از این ابزار بالاتر باشد بیمار کیفیت زندگی ضعیف‌تری خواهد داشت. گویه‌های این پرسشنامه به گونه‌ای طراحی شده است که ۸ گویه (۲ تا ۷، ۱۲ و ۱۳) مربوط به جنبه جسمی و عملکرد فیزیکی و ۵ گویه (۱۷ تا ۲۱) آن در برگیرنده جنبه روحی- روانی و عاطفی و امتیاز سؤالات ۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۴، ۱۵ و ۱۶ جهت بررسی جامع‌تر بیماران از نظر شرایط اقتصادی - اجتماعی به امتیاز کلی پرسشنامه افزوده شده است (۱۹). شایان ذکر است که این پرسشنامه رایج‌ترین پرسشنامه مورد استفاده در بیماران نارسایی قلبی بوده و مطالعات متعددی برای روان‌سنجی و استانداردسازی این ابزار در فرهنگ‌های مختلف انجام شده است. پایایی ابزار در مطالعه گرین، پترسون، بریسنهان و اسپرتوس<sup>۱۰</sup> (۲۰) با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۹ گزارش شده است. همچنین پایایی این ابزار به نقل از بهادر، نوحی و جهانی (۲۱)

می‌شود انعطاف‌پذیری فرد در مقابل فعالیت‌های شناختی و نشخوار انعطاف‌پذیری افزایش یابد، بیشینه‌سازی حافظه و خود انتقادی را کاهش می‌دهد و فرایندهای شناختی مفید را افزایش می‌دهد (۱۰). محمدپور و همکاران (۱) در پژوهش خود با هدف بررسی اثربخشی گروه درمانی شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کیفیت زندگی و امید در بیماران قلبی عروقی نشان دادند که میانگین نمره کیفیت زندگی در شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش، در مقایسه با شرکت‌کنندگان گروه کنترل در پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. امیدی، مؤمنی، رایگان، اکبری و طلیقی (۱۷) در پژوهش خود با هدف بررسی اثربخشی آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کیفیت زندگی بیماران قلبی - عروقی در بیماران قلبی شهرستان کاشان نشان دادند که از لحاظ متغیر کیفیت زندگی بین گروه مداخله و گروه کنترل در پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود داشت. آلسوبایی، آبات، دان، دیکنز، کلی، هنلی و همکاران<sup>۸</sup> (۱۸) در پژوهش خود در یک مطالعه سیستماتیک با هدف بررسی مکانیسم عمل در درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و کاهش استرس مبتنی بر ذهنیت در افرادی که دارای شرایط جسمی و روانی بودند نشان دادند که این مداخلات بر وضعیت روان و جسم مؤثر هستند.

در نهایت با توجه به مشکلاتی که این گروه از بیماران دارند و با توجه به نیازسنجی‌هایی که در این قشر از جامعه صورت گرفته است، توجه به این گروه و ارائه راه‌کارهایی جهت کاهش مشکلات روان‌شناختی آنها حایز اهمیت است به همین منظور، پژوهش حاضر درصدد آن است که به این سؤال اساسی پاسخ دهد که آیا بین اثربخشی دو روش درمان شناختی- رفتاری گروهی و درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر افزایش کیفیت زندگی بیماران قلبی عروقی تفاوت وجود دارد؟

## روش کار

این پژوهش به شیوه نیمه‌آزمایشی و با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل در انتظار درمان اجرا شد. در این پژوهش، روش‌های درمانی به عنوان متغیر مستقل در سه سطح (درمان شناختی - رفتاری، درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی و عدم مداخله) و کیفیت زندگی به عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شدند. جامعه آماری این پژوهش، شامل کلیه بیماران ۴۰-۶۵ سال مبتلا به بیماری قلبی - عروقی بود که در بیمارستان کسری کرج در سال ۱۳۹۸ تحت درمان بودند که بر اساس فرمول برآورد حجم نمونه به شرح ذیل، تعداد ۱۳۵ نفر از آنان به صورت نمونه در دسترس و بر اساس ملاک‌های ورود و خروج انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل در انتظار درمان گمارده شدند.

9- Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire  
10- Green, Porter, Bresnahan & Spertus

8- Alsubaie, Abbott, Dunn, Dickens, Keil, Henley & et al

۳- پروتکل درمان شناختی- رفتاری گروهی: محتوای درمان بر اساس سرفصل‌های کتاب درمان شناختی- رفتاری برای بیماری‌های مزمن پزشکی (۲۳)، تکنیک‌های شناخت درمانی (۲۴) و مطالعات پیشینه تحقیق، شناسایی مشکلات ویژه بیماران قلبی عروقی تدوین شده است. این مداخله در ۹ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای ارائه شد (جدول ۱).

با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۴ گزارش شد. روایی و پایایی نسخه فارسی پرسشنامه توسط پژوهشگر و همکاران مورد تأیید قرار گرفته است (۲۲).

۲- پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی محقق ساخته: این پرسشنامه توسط محقق برای جمع‌آوری اطلاعات جمعیت شناختی نظیر سن، جنسیت، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل و مدت زمان ابتلا به بیماری قلبی - عروقی طراحی شده بود.

جدول ۱: خلاصه جلسات درمان شناختی- رفتاری گروهی

جلسه	اهداف جلسه	محتوا
۱	هدف آموزش گروهی درباره بیماری قلبی و ایجاد ارتباط	آموزش در حوزه منطق درمان شناختی رفتاری و انجام پیش‌آزمون
۲	آموزش گروهی مهارت‌های مقابله‌ای	آرمیدگی، تصویرسازی ذهنی
۳	شناخت افکار خودآیند	شناسایی افکار اتوماتیک
۴	ارزیابی هیجان‌ها و خطاهای شناختی	ارزیابی افکار اتوماتیک
۵	آموزش جایگزین کردن افکار خودآیند با واقعیت	چالش افکار اتوماتیک و جایگزینی پاسخ‌های واقع‌گرایانه
۶	درک افکار و احساسات تاثیرگذار روی رفتارشان	کمک به درک باورهای حد واسط و بنیادین مرتبط با بیماری
۷	ایجاد راهبردهایی برای مقابله با مسائل	خودگویی‌های مقابله‌ای
۸	بیان افکار و عقاید به شیوهی مثبت	ارتباط قاطعانه
۹	تغییر افکار و احساس و هیجانات و ارزیابی با آزمون اولیه	جمع‌بندی، اجرای پس‌آزمون و نتیجه‌گیری

این درمان، یک درمان چند مؤلفه‌ای است که به صورت گروهی ارائه می‌شود (۱۶) و در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و بر اساس پروتکل کابات زین (۱۶) ارائه شد (جدول ۲).

۴- درمان مبتنی بر ذهن آگاهی: کابات زین پیشرو این روش، ذهن آگاهی را به صورت توجه به شیوه‌ای خاص، معطوف به هدف، در زمان حال و بدون دآوری تعریف کرده است (۱۶).

جدول ۲: محتوای جلسات درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر اساس پروتکل کابات زین (۱۶)

جلسه	اهداف	محتوا
۱	آشنایی اولیه با درمان ذهن آگاهی	آشنایی، ذهن آگاهی به عنوان راه زندگی، تمرینات خوردن، بازخورد و بحث در مورد تمرینات خوردن، بادی اسکن و بحث در مورد بادی اسکن
۲	شناخت مدیتیشن و یوگا برای کاهش اضطراب و استرس	یوگا، بحث در مورد تعامل بین فعالیت‌های ذهن آگاهانه، آشنایی با تمرینات خانگی و بادی اسکن، بحث در مورد نگرش ذهن آگاهانه: (کشمکش نکردن، ذهن آغازگر، و ...)، معرفی مدیتیشن نشسته، راهنمای مدیتیشن نشسته (۱۰ دقیقه)، بازخورد و بحث در مورد مدیتیشن نشسته
۳	انجام تمارین یوگا و مدیتیشن برای کاهش استرس	یوگا، مدیتیشن نشسته (۱۵ دقیقه)، تمرینات دیدن و شنیدن (۵ دقیقه)، بحث در مورد نگرش ذهن آگاهانه: (قضای نبودن و متانت)، تقسیم کردن ذهن آگاهانه: معرفی دیالوگ ذهن آگاهانه به عنوان یک تمرین، راهنمای مراقبه، پیاده‌روی STOP (فضای تنفس یک دقیقه‌ای)
۴	پرداختن به احساسات و هیجانات مشکل ساز	یوگا، مراقبه نشسته: آگاهی از تنفس، بدن صداها و افکار، بحث در مورد نگرش ذهن آگاهانه: (پذیرش و رها کردن)،
۵	معرفی افکار و خاطرات مشکل آفرین	یوگا، مراقبه نشسته: آگاهی از تنفس، بدن، صداها و افکار، تمرینات تنفس (۳ دقیقه)
۶	مدیریت خشم، ذهن آگاهی و ارتباطات	یوگا، مراقبه نشسته: ذهن آگاهی افکار، تمرینات تنفس برای مراقبه کوهستان و دریاچه
۷	شفقت و مراقبه ذهن آگاهی	یوگا، مراقبه نشسته: آگاهی از تنفس، بدن، صداها و افکار
۸	چگونگی به کارگرفتن تمرینات ذهن آگاهی	یوگا، مراقبه نشسته: نتیجه‌گیری، بحث درباره اینکه چگونه تمرینات ذهن آگاهی را در سبک زندگی خود یکپارچه کنیم.

استنباطی از روش‌های تحلیل کواریانس تک‌متغیری و چندمتغیری با رعایت پیش‌فرض‌های مربوطه (آزمون S-K، آزمون لون و آزمون ام‌باکس) استفاده شد. ضمناً داده‌های پژوهشی توسط SPSS نسخه ۲۲ مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

#### یافته‌ها

نتایج نشان داد که از میان بیماران قلبی عروقی در گروه کنترل ۵۵/۶ درصد (۲۵ نفر) مرد و ۴۴/۴ درصد (۲۰ نفر) زن بودند. در گروه درمان شناختی- رفتاری ۵۷/۸ درصد (۲۶ نفر) مرد و ۴۲/۲ درصد (۱۹ نفر) زن بودند. نهایتاً در گروه درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی ۶۶/۷ درصد (۳۰ نفر) مرد و ۳۳/۳ درصد (۱۵ نفر) زن بودند. همچنین نتایج نشان داد که از میان بیماران قلبی عروقی در گروه کنترل در انتظار درمان، ۹۳/۳ درصد (۴۲ نفر) متأهل و ۶/۷ درصد (۳ نفر) مجرد بودند. در گروه درمان شناختی- رفتاری ۹۱/۱ درصد (۴۱ نفر) متأهل و ۸/۹ درصد (۴ نفر) مجرد بودند. نهایتاً در گروه درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی ۸۶/۷ درصد (۳۹ نفر) متأهل و ۱۳/۳ درصد (۶ نفر) مجرد بودند. نهایتاً میانگین (و انحراف معیار) سن بیماران قلبی عروقی در گروه کنترل ۵۱/۲۴ (و ۶/۴۲)، درمان شناختی - رفتاری ۵۰/۴۲ (و ۶/۰۶) و درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی ۵۰/۲۱ (و ۵/۴۲) می‌باشد.

بعد از دریافت معرفی نامه و کسب مجوز از دانشگاه محل تحصیل، هماهنگی‌های لازم با بیمارستان کسری کرج انجام شد. به همین منظور پس از برآورد دقیق حجم نمونه، تعداد ۱۳۵ بیمار قلبی - عروقی بر اساس ملاک‌های ورود و خروج شناسایی و انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل در انتظار درمان گمارده شدند. ضمن توجیه مشارکت‌کنندگان، با رعایت ملاحظات اخلاقی و بیان اهداف پژوهش، از مشارکت‌کنندگان دو گروه آزمایش درخواست شد تا در دوره درمان شرکت نمایند. قبل از اعمال روش‌های درمانی، هر سه گروه مورد مطالعه تحت پیش‌آزمون قرار گرفته و از آنها درخواست شد تا پرسشنامه‌های مورد نظر را تکمیل نمایند. مدت جلسات درمانی در روش درمان شناختی- رفتاری ۹ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بود و به صورت گروهی و در هفته یک بار، در بیمارستان اجرا شد. پس از اتمام دوره آموزش از دو گروه تحت درمان و گروه کنترل در انتظار درمان، پس از آزمون به عمل آمد و سپس داده‌های به دست آمده با استفاده از ابزار SPSS نسخه ۲۲ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

داده‌های حاصل از این پژوهش در دو بخش مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند: جهت تحلیل داده‌ها در بخش توصیفی از شاخص‌های آمار توصیفی از قبیل فراوانی، درصد فراوانی، میانگین، انحراف معیار استفاده شد و در بخش

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار مؤلفه‌های کیفیت زندگی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه‌های مورد مطالعه

درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی		درمان شناختی- رفتاری		گروه کنترل در انتظار درمان		متغیرهای مورد مطالعه	
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین		
۳/۰۲	۱۴/۶۲	۳/۰۷	۱۴/۲۲	۲/۹۹	۱۴/۷۸	پیش‌آزمون	بعد فیزیکی
۲/۷۵	۱۸/۴۰	۳/۲۳	۱۸/۴۹	۳/۲۱	۱۴/۰۴	پس‌آزمون	
۳/۱۵	۱۰/۷۱	۳/۰۱	۱۰/۹۵	۲/۷۸	۱۰/۰۴	پیش‌آزمون	بعد روحی- روانی
۴/۶۴	۱۴/۵۱	۳/۳۳	۱۴/۸۴	۳/۰۵	۹/۸۲	پس‌آزمون	
۳/۷۲	۱۸/۲۹	۳/۰۹	۱۸/۰۴	۳/۲۲	۱۷/۳۶	پیش‌آزمون	بعد عمومی
۴/۹۴	۲۳/۸۴	۴/۳۱	۲۳/۳۸	۳/۲۰	۱۶/۹۱	پس‌آزمون	

روانی و بعد عمومی کیفیت زندگی در گروه‌های آزمایشی و کنترل در مراحل پس‌آزمون مشهود می‌باشد، به طوری که در گروه‌های آزمایش میانگین مؤلفه‌های کیفیت زندگی در مرحله پس‌آزمون بیشتر از پیش‌آزمون می‌باشد.

بر اساس جدول شماره سه، میانگین (و انحراف معیار) پیش‌آزمون و پس‌آزمون مؤلفه‌های کیفیت زندگی در بیماران قلبی عروقی در گروه‌های مورد مطالعه قابل مشاهده می‌باشد. طبق نتایج جدول تفاوت میانگین بعد فیزیکی، بعد روحی-



جدول ۴: نتایج آزمون باکس و لون در مورد پیش فرض تساوی واریانس‌های سه گروه در نمرات مؤلفه‌های کیفیت زندگی در مرحله پس آزمون

مقدار	F	Df <sup>۱</sup>	Df <sup>۲</sup>	P
آزمون باکس	۲/۰۷	۱۲	۸/۴۴	۰/۰۶۶
متغیرها	F	Df <sup>۱</sup>	Df <sup>۲</sup>	P
بعد فیزیکی	۰/۵۷۱	۲	۱۳۲	۰/۵۶۶
بعد روحی - روانی	۱/۷۳۶	۲	۱۳۲	۰/۰۷۶
بعد عمومی	۲/۲۴۴	۲	۱۳۲	۰/۰۵۳

نیز نشان داد که در گروه‌های مورد مطالعه در مرحله پس آزمون حداقل از نظر یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معناداری وجود دارد ( $P < 0/001$ ,  $F = 26/79$ ,  $\lambda = 0/375$  لامبدای ویلکز). همچنین با توجه به مجذور اتا مشخص شد که تفاوت بین سه گروه با توجه به متغیرهای وابسته در مجموع معنادار است و میزان این تفاوت در مرحله پس آزمون بر اساس آزمون لامبدا ویلکز  $0/39$  است یعنی  $39$  درصد واریانس مربوط به اختلاف بین سه گروه ناشی از تأثیر متقابل متغیرهای وابسته می‌باشد.

قبل از استفاده از آزمون پارامتریک تحلیل کواریانس چند متغیری جهت رعایت فرض‌های آن، از آزمون‌های باکس و لون استفاده شد. بر اساس آزمون باکس که برای هیچ یک از متغیرها معنادار نبوده است، شرط همگنی ماتریس‌های واریانس/کواریانس به درستی رعایت شده است ( $P = 0/066$ ). بر اساس آزمون لون نیز برای مراحل پس آزمون و عدم معناداری آن برای همه متغیرها، شرط برابری واریانس‌های بین گروهی رعایت شده است. نتایج لامبدای ویلکز

جدول ۵: نتایج تحلیل کواریانس مربوط به تأثیر گروه‌های آزمایش بر مؤلفه‌های کیفیت زندگی بیماران قلبی عروقی

متغیر	منبع تغییر	SS	Df	MS	F	مجذور اتا
بعد فیزیکی	پیش آزمون	۱۲/۲۸	۱	۱۲/۲۸	۱/۳۲	۰/۰۱۰
	گروه	۵۷۲/۰۱	۲	۲۸۶/۰۰۴	۳۰/۶۷***	۰/۳۲۲
	خطا	۱۲۰۲/۷۴	۱۲۹	۹/۳۲		
بعد روحی - روانی	پیش آزمون	۳۱۲/۴۷	۱	۳۱۲/۴۷	۳۰/۱۷***	۰/۱۹۰
	گروه	۵۱۹/۶۶	۲	۲۵۹/۸۳	۲۵/۰۹***	۰/۲۸۰
	خطا	۱۳۳۵/۸۹	۱۲۹	۱۰/۳۶		
بعد عمومی	پیش آزمون	۷/۵۸	۱	۷/۵۸	۰/۴۲	۰/۰۰۳
	گروه	۱۲۵۳/۶۵	۲	۶۲۶/۸۲	۳۵/۰۲***	۰/۳۵۲
	خطا	۲۳۰۹/۰۹	۱۲۹	۱۷/۹۰		

\*\*\* $P < 0/001$     \*\* $P < 0/01$

کیفیت زندگی در بیماران قلبی عروقی تأثیرگذار بوده است. به این معنی که درمان‌های شناختی- رفتاری و درمان مبتنی بر ذهن آگاهی، بعد فیزیکی، بعد روحی- روانی و بعد عمومی کیفیت زندگی را به طور معناداری در پس آزمون گروه آزمایش افزایش داده است.

همانطور که نتایج جدول شماره ۵ نشان می‌دهد با وجود کنترل اثر پیش آزمون، بین گروه‌های آزمایش و کنترل در انتظار درمان از لحاظ پس آزمون مربوط به میانگین نمرات بعد فیزیکی ( $F = 30/67$ )، بعد روحی- روانی ( $F = 25/09$ ) و بعد عمومی ( $F = 35/02$ ) تفاوت معناداری وجود دارد ( $P < 0/001$ ). به عبارت دیگر درمان شناختی- رفتاری و درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر

جدول ۶: نتایج آزمون تعقیبی برای مقایسه میانگین پس آزمون مؤلفه‌های کیفیت زندگی آن در گروه‌های آزمایش و کنترل در انتظار درمان

گروه کنترل		درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی		گروه	متغیر
P	(I-J)	P	(I-J)		
<۰/۰۰۱	۴/۴۷۵	۰/۸۶۹	۰/۱۰۶	درمان شناختی- رفتاری	بعد فیزیکی
<۰/۰۰۱	۴/۳۶۹	-	-	درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی	
<۰/۰۰۱	۴/۳۵۳	۰/۶۷۰	۰/۲۹۱	درمان شناختی- رفتاری	بعد روحی- روانی
<۰/۰۰۱	۴/۰۶۲	-	-	درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی	
<۰/۰۱	۶/۲۹۷	۰/۵۹۵	-۰/۴۷۷	درمان شناختی- رفتاری	بعد عمومی
<۰/۰۰۱	۶/۷۷۴	-	-	درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی	

مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کیفیت زندگی و امید در بیماران با بیماری قلبی عروقی نشان داده شد که میانگین نمره کیفیت زندگی در شرکت کنندگان در گروه آزمایش، در مقایسه با شرکت کنندگان گروه کنترل در پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد (۱). آسوبایی و همکاران (۱۸) نیز در پژوهش خود در یک مطالعه سیستماتیک با هدف بررسی مکانیسم عمل در درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و کاهش استرس مبتنی بر ذهنیت در افرادی که دارای شرایط جسمی و روانی بودند نشان دادند که این مداخلات بر وضعیت روانی و جسم مؤثر هستند.

صالح (۱۵) در پژوهش خود با هدف اثربخشی آموزش مدیریت استرس شناختی- رفتاری بر کیفیت زندگی و علائم بالینی بیماران قلبی عروقی نشان دادند که تفاوت میانگین کل کیفیت زندگی در دو گروه آزمایش و کنترل در انتظار درمان قابل توجه است. به عبارتی نتایج نشان داد که کیفیت زندگی گروه آزمایشی در مرحله پس‌آزمون به طور قابل توجهی بیشتر از گروه کنترل بود. بر اساس نتایج حاصل از مطالعه، آموزش مدیریت استرس شناختی- رفتاری می‌تواند بر افزایش کیفیت زندگی و کاهش میزان بالینی بیماران مبتلا قلبی تأثیر بگذارد. امیدوی و همکاران (۱۷) در پژوهش خود با هدف بررسی اثربخشی آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کیفیت زندگی بیماران قلبی- عروقی در بیماران قلبی شهرستان کاشان نشان دادند که از لحاظ متغیر کیفیت زندگی بین گروه مداخله و گروه کنترل در پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود داشت.

در تبیین اثربخشی درمان شناختی- رفتاری می‌توان که به صورت کلی این درمان از طریق چالش با افکار خودکار ناکارآمد منجر به بهبود انعطاف‌پذیری شناختی و برخورد مناسب با موقعیت‌های اضطراب‌آور شده و در نهایت منجر به کاهش پیامدهای بیماری می‌شود. این انعطاف‌پذیری شناختی که به واسطه این درمان به دست می‌آید در کنار تمرینات رفتاری و مواجهه باعث کاهش مشکلات هیجانی و در نتیجه افزایش حس اعتماد در بیماران شده و این نقطه عطف در جهت افزایش کیفیت زندگی است، چراکه فرد احساس رضایت بیشتری نسبت به خود به دست می‌آورد. در واقع هدف نهایی

همانطور که در جدول شماره ۶ مشاهده می‌شود، نتایج آزمون تعقیبی نشان می‌دهد که میانگین نمرات مؤلفه‌های کیفیت زندگی در پس‌آزمون هر دو گروه آزمایش درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی از گروه کنترل به طور معناداری بیشتر است ( $P < 0.001$ )؛ ولی تفاوت معناداری بین میانگین نمرات مؤلفه‌های کیفیت زندگی در دو گروه آزمایش به دست نیامد.

#### بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی روش درمان شناختی- رفتاری گروهی و درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر افزایش کیفیت زندگی بیماران قلبی عروقی بود. بر اساس یافته‌های پژوهش، گروه درمان شناختی- رفتاری گروهی و درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر افزایش کیفیت زندگی بیماران قلبی عروقی تأثیر دارند. به عبارت دیگر، میانگین نمرات پس‌آزمون بعد فیزیکی، بعد روحی- روانی و بعد عمومی در گروه‌های آزمایش نسبت به گروه کنترل در انتظار درمان افزایش قابل‌ملاحظه‌ای داشت. همچنین نتایج مطالعه نشان داد که بین دو روش درمان شناختی- رفتاری گروهی و درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی تفاوت معناداری در هیچ یک از مؤلفه‌های کیفیت زندگی دیده نشده است. به عبارت دیگر با این که دو روش درمان شناختی- رفتاری گروهی و درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی هر کدام به تنهایی توانسته‌اند تأثیرات قابل توجه داشته باشند، ولی بین این دو نوع مداخله در کیفیت زندگی بیماران قلبی عروقی تفاوت معناداری مشاهده نشد. نتایج این پژوهش با نتایج مطالعات قبلی در این زمینه، همخوان است و می‌توان نتیجه گرفت که این درمان‌ها بر افزایش کیفیت زندگی بیماران قلبی عروقی مؤثر بوده است.

برای مثال فردلند و همکاران (۱۴) در پژوهشی به بررسی درمان شناختی- رفتاری بر افسردگی و مراقبت از خود در بیماران دارای نارسایی قلبی پرداختند که نتایج پژوهش نشان داد که درمان شناختی- رفتاری بر افسردگی بیماران نارسایی قلبی مؤثر است و باعث کاهش اضطراب و خستگی و افزایش عملکرد اجتماعی و کیفیت بهتر زندگی می‌شود. در پژوهش دیگری با هدف بررسی اثربخشی گروه درمانی شناختی



کردن کشمکش و پذیرش وضعیت موجود بدون قضاوت، مفهوم اصلی و اساسی در برنامه ذهن‌آگاهی است (۳۳). در واقع، تغییر در پذیرش بدون قضاوت کردن با بهبود در کیفیت زندگی ارتباط دارد (۳۴). هدف این درمان افزایش هوشیاری در لحظه حاضر است. روشی جدید و شخصی در مقابله کردن با استرس برای فرد فراهم می‌کند. استرسورهای بیرونی، بخشی از زندگی و غیرقابل تغییرند اما، روش‌های مقابله با استرس و نحوه پاسخ‌دهی به استرس‌ها می‌تواند تغییر کند (۳۳). بنابراین از آنجایی که کیفیت زندگی به طور معناداری با استرس و افسردگی همبستگی دارد، انتظار می‌رود با انجام تمرینات منظم ذهن‌آگاهی تغییرات مثبتی در برخی از کارکردهای روان‌شناختی مانند کاهش استرس، کاهش خشم و افزایش بهزیستی و سلامت روان ایجاد شود و در نهایت منجر به بهبود کیفیت زندگی در بیماران قلبی شود.

نتایج با پژوهش در بهبود کیفیت زندگی بیماران قلبی، بر اساس اصولی چون ماندن در زمان حال، مشاهده‌گری بدون قضاوت، پذیرش، بالا بردن آگاهی از تجربه و ایجاد واکنش سازگاران قابل توجه است. آموزش مشاهده افکار و هیجانات آشفته‌ساز بدون قضاوت و پذیرا بودن به جای اجتناب یا اشتغال ذهنی به آنها، منجر به بالا رفتن آگاهی از تجربه و ایجاد واکنش آگاهانه و سازگاران و کنترل بهتر افکار یا هیجانات ناخوشایند در بیماران قلبی شده است. تداوم تمرین‌های ذهن‌آگاهی منجر به پذیرش بیماری از جانب فرد مبتلا و ایجاد تغییرات رفتاری برای خودمراقبتی بهتر و از بین بردن موانع روان‌شناختی موجود بر سر راه کنترل بیماری می‌گردد.

این پژوهش مربوط به بیماران قلبی عروقی بیمارستان کسری کرج در سال ۱۳۹۸ بود که به همین دلیل قابلیت تعمیم نتایج آن محدود می‌باشد. روش نمونه‌گیری در دسترس، عدم انجام دوره پیگیری، محدودیت زمانی برای ارائه آموزش‌ها از محدودیت‌های دیگر پژوهش حاضر می‌باشد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی با انجام پیگیری و استفاده از روش‌های نمونه‌گیری دقیق‌تر نتایج قوی‌تری حاصل شود تا نقاط مبهم در این زمینه روشن‌تر شود.

### تشکر و قدردانی

این مقاله مستخرج از رساله دکترای نویسنده اول با کد پژوهشی ۱۰۱۲۰۷۰۹۹۸۱۰۱ به تاریخ ۱۳۹۸/۱۰/۱۷ دانشگاه آزاد اسلامی تهران واحد مرکزی می‌باشد. نویسندگان این مقاله در پایان بر خود لازم می‌دانند از تمام بیماران قلبی - عروقی مشارکت‌کننده در این پژوهش و مسئولین و کادر درمان بیمارستان کسری شهرستان کرج کمال تشکر و قدردانی را به عمل آورند.

هر مداخله‌ای در سیستم بهداشتی باید ارتقا کیفیت زندگی و عملکرد اجتماعی افراد تحت پوشش باشد و مطالعات مربوط به مداخلات روان‌شناختی نیز تأثیرات مشخص تکنیک‌های شناختی- رفتاری را بر سازگاری بیشتر و بهبود کیفیت زندگی عملکرد افراد تحت درمان نشان داده‌اند (۲۵). اگر افراد بیاموزند که خطاهای شناختی خود را اصلاح و هیجانات منفی‌شان را مدیریت کنند و بتوانند با دیگران ارتباط سازنده برقرار کرده و استرس‌های محیطی خود را مدیریت نمایند، سطوح بالایی از عزت‌نفس را تجربه خواهند کرد که منجر به افزایش کیفیت زندگی آنان می‌شود (۲۶). به طور کلی تغییر در توانایی بازسازی افکار منفی و غیر منطقی با سازگاری روانی - اجتماعی و بهزیستی هیجانی و شادمانی ارتباط دارد (۲۷).

به عبارت دیگر این درمان با در نظر گرفتن ویژگی‌های شناختی از جمله باورها و انگاره‌های ذهنی بیماران در خصوص حوادث تجربه شده، از طریق فنون مهارت‌های مقابله‌ای شناختی مانند ارتباط بین افکار، احساسات و رفتار و توقف افکار و پردازش مجدد به بازسازی شناختی آنان کمک می‌نماید و با درک مشکل در یک فرآیند مشاوره‌ای همدلانه، عواطف منفی را کاهش می‌دهد و نیز به فرد کمک می‌کند تا به زندگی طبیعی برگردد. در واقع این درمان، به عنوان یک مدل درمان روانی- اجتماعی برای درمان بیماران قلبی، با شناخت‌هایی سر و کار دارد که به تغییر هیجانات، افکار و رفتارها منجر می‌شود و هر چقدر مشارکت بیماران در این درمان بیشتر باشد، پاسخ به درمان مثبت‌تر خواهد بود.

از طرف دیگر، در تبیین اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌توان گفت، از لحاظ نظری، بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن همانند بیماری‌های قلبی می‌توانند از تمرینات ذهن‌آگاهی به شیوه‌های مختلفی سود ببرند. مشابه با درمان شناختی- رفتاری، هدف ذهن‌آگاهی کاهش واکنش به احساسات و افکار پریشان‌کننده همراه با تجربه‌ی درد است (۲۸). ذهن‌آگاهی خودنظارتگری جسمی و هوشیاری بدن را افزایش می‌دهد که احتمالاً منجر به بهبود مکانیسم‌های بدنی و بهبود مراقبت از خود می‌شود. مشابه با آموزش آرمیدگی سنتی، مراقبه ذهن‌آگاهی با افزایش فعال‌سازی پاراسمپاتیک همراه است که می‌تواند منجر به آرامش عمیق ماهیچه و کاهش تنش و برانگیختگی، کاهش درد و در نهایت افزایش کیفیت زندگی این افراد شود (۲۹ و ۳۰). ذهن‌آگاهی، ممکن است فرد را در برابر بدعملکردی خلق مرتبط با استرس و توسط افزایش فرایندهای مقابله کردن شناختی مانند ارزیابی مجدد مثبت (۳۱) و تقویت مهارت‌های تنظیم هیجان مانند تحمل پریشانی (۳۲) محافظت کند. با توجه به محتوای جلسات ذهن‌آگاهی، تاکید این برنامه بر به کارگیری فونونی برای کاهش استرس و مقابله با درد و هوشیار بودن نسبت به وضعیت خویش است. رها

## References

- 1- Mohamadpour, S., Pouyanfar, A., Najar, Z., Jafari, H., & Rahmani, S. The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Group Therapy on the Quality Of Life and Hope in the Patients with Coronary Heart Disease. *The International Journal of Indian Psychology*. 2016; 3(9): 6-18.
- 2- Shields, G.E., Wells, A., Doherty, P., Heagerty, A., Buck, D., and Davies, L.M.. Cost-effectiveness of cardiac rehabilitation: a systematic review. *Heart*. 2018; 104(17): 1403–10.
- 3- Nik Danesh, Meysam: Davazdah, Emami, Mohammadhassan: Gheidari, Mohammad Esmacil, Bakhtiari, Maryam: Mohammadi, Abolfazl. Emotional regulation, Body awareness and existential anxiety in people with coronary heart disease a comparative study *Medical Journal Urmia*. 2017; 28(6):384-93
- 4- Huber, D., Henriksson, R., Jakobsson, S., Mooe, T. Nurse-led telephone-based follow-up of secondary prevention after acute coronary syndrome: One-year results from the randomized controlled NAILED-ACS trial. *PLoS One*. 2017; 12(9): e0183963.
- 5- Dashti, Nefi: Hajlouh Nader: Sadeghi, Godarz: Narimani, Mohammad, Sharifi niya, mohammad Hossein. Comparison of Quality of life, depression , anxiety, stress and mind fullness in heart patients with high remembrance of God and low remembrance of God islam with a focus on health.2018; Volume 2 , Number3, pp 123-129
- 6- Moryś, J.M., Bellwon, J., Höfer, S., Rynkiewicz, A., & Gruchała, M. Quality of life in patients with coronary heart disease after myocardial infarction and with ischemic heart failure. *Arch Med Sci*. 2016; 12(2): 326–333.
- 7- Mohsenzadeh, Y., Sarokhani, D., Hemmati, F., Sarokhani, M., Akbarzadeh Baghban, A., & Sayehmiri, K. Quality of life in heart patients in Iran: A systematic review and meta-analysis method. *Der Pharma Chemica*.2016; 8(18):27-34.
- 8- Sousa, M.M, Oliveira, J.S., Soares, M.J.G.O, de Araújo, A.A., Oliveira, S.H. QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH HEART FAILURE: INTEGRATIVE REVIEW QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA: REVISÃO INTEGRATIVA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA: REVISIÓN INTEGRADORA. *J Nurs UFPE on line*. Recife. 2017; 11 (3):1289-88.
- 9- Adebayo, S.O., Olunuga, T.O., Durodola, A., Ogah, O.S. Quality of life in heart failure: A review. *Nig J Cardiol*.2017; 14:1-8.
- 10- Solati, K., Mousavi, M., Kheiri, S., and Hasanpour-Dehkordi, A. The Effectiveness of Mindfulness-based Cognitive Therapy on Psychological Symptoms and Quality of Life in Systemic Lupus Erythematosus Patients: A Randomized Controlled Trial. *Oman Med J*.2017; 32(5): 378–385.
- 11- McEvoy, P. M. Cognitive behavioural group therapy for social phobia in a community clinic: a benchmarking study. *Behaviour Research and Therapy*. 2007; 45: 3030–40.
- 12- Clark, D.M., & Beck, A.T. *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders (Science and Practice)*. The Guilford Press. 2010
- 13- Hofmann, S.G., Wu, J.Q., Boettcher, H.. Effect of cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders on quality of life: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2014; 82(3): 375-391.
- 14- Freedland, K.E., Carney, R.M. Rich, M.W., Steinmeyer, B.C., Rubin, E.H. Cognitive Behavior Therapy for Depression and Self-Care in Heart Failure Patients: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med*.2015; 175(11):1773-82.
- 15- Saleh, S. The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Stress Management Training on Quality of Life and Clinical Symptoms of Cardiovascular Patients. *Biomed Pharmacol J*.2017; 10(1): 295-302.
- 16- Kabat-Zinn, J. *Full Catastrophe Living: Using Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, pain And Illness (Revised and Updated ed)*. New York: The Random House Publishing Group. 2013
- 17- Omid, Abdullah: Mo meni, javad: rayegan, fariba; akbari, hossein: Talighi, Ensieh. The effectiveness of mindfulness-based Stress reduction training of the Quality of life of cardiovascular patients. 2016; 1(42):7-16
- 18- Alsubaie, M., Abbott, R., Dunn, B., Dickens, C., Keil, T.F., Henley, W., & Kuyken, W. Mechanisms of action in mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) and mindfulness-based stress reduction (MBSR) in people with physical and/or psychological conditions: A systematic review. *Clin Psychol Rev*. 2017; 55:74-91.
- 19- Rector, T.S., Kubo, S.H., Cohn, J.N. Validity of the Minnesota Living with Heart Failure questionnaire as a measure of therapeutic response to enalapril or placebo. *American Journal Cardiology*. 1993; 71 (12):1106-1107.
- 20- Green, C.P., Porter, C.B., Bresnahan, D.R., Spertus, J.A. Development and evaluation of the Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire: a new health status measure for heart failure. *J Am Coll Cardiol*. 2000; 35(5):1245-55.
- 21- Badr, Razihe Sadate Noohi, infallibilitu of the world, Younes .Quality of life and its related factors in patients with chronic heart failure refered to Imam Khomeini Hospital in jiroft Iranian Journal of Nursing. 2016; 3(105): 23-33
- 22- Eskandari, Soheila Zarvi karimovi, Majideh:rozhe, Nahid, ebadi, abbas: Taheri Kharameh,Zahra, Montazeri,Ali Quality of life in patients with heart failure: Evaluation using specific tools minnwsota quality of life.Jornal of Jihad University Research institute of Health Sciences. 2016; 15(5):559-66
- 23- Krig, ai white.Cognitive-Behavioral Therapy for Chronic Medical Diseases: A Practical Guide for Evaluation and Treatment Translated by Reza Moluoudi and Katayoun Fattahi. Tehran:Arjmand Publication.2011
- 24- Lehy, Robert. *Cognitive Therapy techniques (practical guide for clinicians)*. Translated by Hassan Hamidpour and Zahra Andoz. Tehran: Arjmand Publication. 2015

- 25- Suzuki, Y., Sakurai, A., Yasuda, T., Harai, H., Kitamura, T., Takahashi, K., Furukawa, T.. Reliability, validity and standardization of the Japanese version of the Social Adjustment Scale-Self Report. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2003; 57: 441-446.
- 26- Mahdavi haji, T., Mohammadkhani, SH., Hata-mi, M. The Effectiveness of life skills training on happiness, quality of life and emotion regulation. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*. 2011; 30: 407 – 411.
- 27- Prins, P., & Ollendick, T.H. Cognitive change and enhanced coping: Missing mediational links in cognitive behavior therapy with anxiety-disordered children. *Clinical Child and Family Psychology*. 2003; 6(2): 87-105.
- 28- Baer, R. A. Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical psychology: Science and practice*. 2003; 10(2): 125-143.
- 29- Greeson, J. M. Mindfulness research update: 2008. *Complementary health practice review*. 2009.
- 30- Ditto, B., Eclache, M., & Goldman, N. Short-term autonomic and cardiovascular effects of mindfulness body scan meditation. *Ann Behav Med*. 2006; 32(3): 227-234.
- 31- Garland, E., Gaylord, S., & Park, J. The role of mindfulness in positive reappraisal. *Explore: The Journal of Science and Healing*. 2009; 5(1): 37-44.
- 32- Linehan, M. *Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder*: Guilford Press. 1993.
- 33- Colle, K. F. F., Vincent, A., Cha, S. S., Loeh-ner, L. L., Bauer, B. A., & Wahner-Roedler, D. L.. Measurement of quality of life and participant experience with the mindfulness-based stress reduction program. *Complementary Therapies in Clinical Practice*. 2010; 6(1): 36-40.
- 34- Nyklíček, I., & Kuijpers, K. F. Effects of mindfulness-based stress reduction intervention on psychological well-being and quality of life: is increased mindfulness indeed the mechanism? *Annals of Behavioral Medicine*. 2008; 35(3): 331-340.