

تأثیر درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن در کاهش میزان اضطراب مرگ زنان مبتلا به بیماری عروق کرونر

عزت‌اله قدم پور^{۱*}، پروانه رادمهر^۲، لیلا یوسف‌وند^۳

گروه روانشناسی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران؛ ^۱دانشجو، گروه روانشناسی، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران؛ ^۲دانشجو، گروه روانشناسی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران.

تاریخ پذیرش: ۹۵/۹/۱۳

تاریخ دریافت: ۹۵/۷/۱۱

چکیده:

زمینه و هدف: از مسائل مهمی که بیماران عروق کرونر با آن روبه‌رو هستند مشکلات روحی و روانی مانند اضطراب مرگ می‌باشد که اکثر بیماران آن را تجربه می‌کنند و به همین سبب موجب کاهش کیفیت زندگی و افزایش خطر مرگ می‌شود. هدف پژوهش حاضر بررسی تأثیر درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن در کاهش میزان اضطراب مرگ زنان مبتلا به بیماری عروق کرونر می‌باشد.

روش بررسی: این پژوهش مطالعه‌ای نیمه تجربی، دو گروهی و سه مرحله‌ای است که بر روی ۳۰ زن مبتلا به بیماری عروق کرونر که به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند، انجام شد. گروه آزمایش طی ۸ جلسه ۲ ساعته (هفته‌ای یک جلسه) به مدت ۲ ماه به‌صورت گروهی تحت مداخله درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن قرار گرفت. شرکت‌کنندگان در این پژوهش قبل، بعد و در دوره پیگیری مداخله به کمک مقیاس اضطراب مرگ مورد بررسی قرار گرفتند. ابزار گردآوری داده‌ها، مقیاس اضطراب مرگ Templer (۱۹۷۰) بود و به‌منظور دستیابی به نتایج از نرم‌افزار SPSS و تحلیل کوواریانس تک متغیره و میانگین تعدیل‌شده استفاده شد.

یافته‌ها: یافته‌های حاصل از این پژوهش نشان داد درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن بر کاهش میزان اضطراب مرگ مبتلایان تأثیر معنی‌داری داشته است ($P < 0/001$). این نتایج در مرحله پیگیری نیز حفظ گردید.

نتیجه‌گیری: با توجه به تأثیر درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن بر کاهش میزان اضطراب مرگ مبتلایان و تداوم اثر آن، به‌کارگیری این روش در همه سطوح پیشگیری و درمان مبتلایان به بیماری‌های جسمی ضروری به نظر می‌رسد.

واژه‌های کلیدی: درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن، اضطراب مرگ، عروق کرونر، زنان.

مقدمه:

بیماری‌های عفونی پیشی گرفته و مهم‌ترین علت مرگ‌ومیر را به خود اختصاص دهد، بیماری عروق کرونر هست، این بیماری، یکی از شایع‌ترین بیماری‌های قلبی-عروقی است که به دلیل تنگی عروق کرونر قلب یا انسداد این عروق ایجاد می‌شود (۲).

بر اساس گزارش محققان این بیماری یکی از پرهزینه‌ترین مخارج برای خدمات سلامت ملی می‌باشد، برای مثال، در کشور آمریکا در سال ۲۰۰۷

سلامت جسمی و روانی افراد در یک جامعه از اهمیت بسزایی برخوردار است، به‌طوری‌که بدون حفظ سلامت و رعایت بهداشت، افراد مبتلا به بیماری می‌شوند و قادر نخواهند بود به زندگی خود ادامه دهند و نسل خود را حفظ نمایند (۱). از بیماری‌هایی که علت اصلی مرگ را در کشورهای صنعتی به خود اختصاص داده و پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۲۰، تعداد موارد مرگ‌ومیر ناشی از آن، از تعداد مرگ‌ومیر

در جلسات روان‌درمانی گزارش کرده‌اند که می‌تواند بر روند درمان و احساس فاعلی سلامت روانی مراجع تأثیر داشته باشد (۱۱،۱۰).

یکی از فاکتورهای تأثیرگذار بر بروز اضطراب، مرگ جنسیت است، نتایج برخی از تحقیقات انجام‌شده نشان می‌دهند که زنان اضطراب مرگ بیشتری را در مقایسه با مردان تجربه می‌کنند (۱۲). نتایج تحقیق انجام‌شده در جامعه اعراب نیز از این مطلب حمایت می‌کند (۱۳). در ایالات متحده نیز، زنان سطوح بالاتری از اضطراب مرگ را در مقایسه با مردان گزارش کردند (۱۴). در زمینه درمان مشکلات روانشناختی بیماران قلبی مانند اضطراب مرگ رویکردهای مختلفی پدید آمده است، به‌عنوان مثال، درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن (based cognitive therapy-mindfulness) مطرح و تأثیر قابل توجهی بر درمان و جلوگیری از عود اضطراب مرگ دارد (۱۵).

درمان‌های روانشناختی در کاهش عوارض جسمی و روانی این بیماران مورد توجه قرار گرفته است و تأثیر مثبت درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن نیز در اختلالات اضطرابی به اثبات رسیده است (۱۶،۱۷). درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن، نوعی از مراقبه است که ریشه در تعالیم و آیین‌های مذهبی شرقی به‌ویژه بودا دارد (۱۸). حضور ذهن به‌عنوان حالتی از آگاهی، بدون قضاوت تمرکز بر خود، مشخص شده است. این حالت در تقابل با تمرکز بر گذشته به‌خصوص در بیماران مبتلا به اضطراب مرگ می‌باشد (۱۹).

مداخلات مبتنی بر حضور ذهن به‌عنوان یکی از درمان‌های شناختی- رفتاری موج سوم قلمداد می‌شود که شامل مراقبه‌های مختلف، یوگای کشیدگی، آموزش مقدماتی درباره اضطراب، تمرین مرور بدن و چند تمرین شناخت درمانی است که ارتباط بین خلق، افکار، احساس و حس‌های بدنی را نشان می‌دهد (۱۸). تمامی این تمرین‌ها به‌نوعی توجه به موقعیت‌های بدنی و پیرامون را در «لحظه اکنون» میسر می‌سازد، پردازش‌های خودکار اضطراب مرگ را کاهش می‌دهد و به‌عنوان درمانی برای پیشگیری از عود اضطراب مرگ ابداع شده

برآورد هزینه‌های مستقیم و غیرمستقیم این بیماری حدود ۳۳/۲ میلیون دلار بوده است و اکثر هزینه‌ها صرف مخارج بیمارستانی شده است (۳). تشخیص بیماری عروق کرونر، علاوه بر مطرح نمودن مشکلات جسمی، باعث اختلال قابل توجه در وضعیت روانی بیماران می‌شود، از جمله این اختلالات می‌توان به اضطراب مرگ (death anxiety) اشاره نمود (۴). اضطراب مرگ مفهومی پیچیده است که به‌سادگی قابل توضیح نیست، اما به‌طور کلی شامل مفاهیم ترس از مرگ خود و دیگران است، یا به عبارتی شامل، پیش‌بینی مرگ خود و ترس از فرایند مرگ و مردن در مورد افراد مهم زندگی است (۵).

اضطراب مرگ احساسی از نداشتن زندگی خوشایند در زندگی است و زندگی برای فردی که از اضطراب مرگ رنج می‌برد، لذت‌بخش نبوده و احساس بی‌معنی بودن در زندگی می‌کند (۶).

Belsky اضطراب مرگ را افکار، ترس‌ها و هیجانات مرتبط به واقعه‌ی پایانی زندگی و فراتر از حالت عادی زندگی می‌داند (۷). نظریه پردازان تخمین می‌زنند که افراد به‌طور معمول از درجات مختلفی از اضطراب مرگ و مسائل و امور مرتبط با آن رنج می‌برند (۸).

در روانشناسی، ریشه اضطراب مرگ به‌عنوان ترس از نابودی و کشتن خود، اضطراب جدایی، نگاه به مرگ به مثابه خود ناقص سازی بدنی و یا به‌عنوان پاسخی آموخته‌شده از مبادی وجودی تلقی شده است (۹). اهمیت بررسی اضطراب مرگ را از چند منظر می‌توان مورد توجه قرار داد. شاید بتوان به جرأت، مهم‌ترین حوزه در این بررسی‌ها را تأثیر اضطراب مرگ بر سلامت روانی دانست. اضطراب مرگ همچون دیگر اشکال اضطراب، سلامت روانی را تحت تأثیر خود قرار داده است و این امر از چنان برجستگی‌ای برخوردار است که درمانگران برجسته‌ای همچون Langs به‌عنوان یک روان تحلیل‌گر و Yalom به‌عنوان یک روان‌درمانگر وجودی در بررسی‌های بالینی خود، اضطراب مرگ را یکی از مهم‌ترین مسائل مطرح‌شده

است. فرض بر این است که پرورش آگاهی به این شیوه، بیماران را قادر می‌سازد تا به صورت آشکارتری، برانگیخته شدن واکنش‌های نشخواری و منفی را مشاهده کنند و بتوانند از چنین الگوهای فکری، تمرکززدایی کنند و به آن‌ها به عنوان رویدادهای ذهنی بنگرند که بازنمایی‌هایی از واقعیت یا ویژگی خود نیستند (۲۰).

علیرغم اهمیت اضطراب مرگ، این موضوع در کشور ما با واپس‌زنی و مقاومت روبرو شده، به گونه‌ای که تاکنون پژوهشی در این زمینه در کشور ما صورت نگرفته و در کشورهای اروپایی و آمریکایی نیز تنها در یکی دو دهه اخیر پژوهش‌های اندکی در این زمینه صورت پذیرفته است. همان‌طور که فروید نوشت: «ناهییار ما به مرگ خودمان اعتقادی ندارد و به گونه‌ای عمل می‌کند که گویی ما جاویدان هستیم». وی در ادامه می‌نویسد: «حتی زمانی که ریاکارانه واقعیت مرگ را می‌پذیریم، در ناهییار اعتقادی به مرگ خود نداریم» (۲۱). با مرور پیشینه پژوهش تاکنون پژوهشی که تأثیر مداخلات مبتنی بر حضور ذهن را بر اضطراب مرگ مورد بررسی قرار دهد، یافت نشد اما تا حدودی می‌توان به چند نمونه پژوهشی مشابه اشاره نمود، برای مثال Zeidan و همکاران، تأثیر مراقبه‌ی حضور ذهن را بر روی خلق و متغیرهای قلبی- عروقی مورد بررسی قرار دادند، نتایج مطالعه‌ی آن‌ها نشان داد، تمرینات حضور ذهن در کاهش خلق منفی و اضطراب اثربخش بوده است (۲۲). Goldin و Gross در پژوهش خود نشان دادند که درمان مبتنی بر حضور ذهن، به بهبود نشانه‌های اضطراب منجر می‌گردد (۲۳). فرهادی و همکاران نیز در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن، تأثیر معنی‌داری بر کاهش اضطراب بیماران کرونر قلبی دارد (۲۴).

بنابراین با توجه به این‌که شناخت مسائل روانی مربوط به بیماران قلبی و برنامه‌ریزی برای درمان این مسائل به منظور بازسازی اعتمادبه‌نفس، کاهش حس بی‌کفایتی، احساسات منفی، برون‌ریزی صحیح احساسی و بهبود روابط بین فردی ضروری است و با توجه به فقدان پژوهش در زمینه اضطراب

مرگ و همچنین ادعای درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن مبنی بر حل مشکلات، پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن در کاهش میزان اضطراب مرگ زنان مبتلا به بیماری عروق کرونر طراحی گردید.

روش بررسی:

روش پژوهش حاضر به شیوه نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعه آماری، کلیه زنان مبتلا به بیماری عروق کرونر مراجعه‌کننده به کلینیک خصوصی قلب و عروق در سطح شهر خرم‌آباد در سال ۱۳۹۵ بود که با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. بدین منظور، ابتدا با مراجعه به کلینیک خصوصی قلب و عروق، زنان مبتلا به بیماری عروق کرونر شناسایی و بررسی شدند و پس از جلب همکاری آنان، ابتدا از طریق مصاحبه بالینی بیماران مبتلا به اختلال اضطراب بودند، انتخاب شدند و سپس از طریق اجرای مقیاس اضطراب مرگ Templer در بین آنان، افرادی از جامعه فوق که طبق معیار نقطه برش بالینی مقیاس، در وضعیت غیرطبیعی بودند (یک انحراف معیار بالاتر از میانگین) انتخاب شدند.

در این طرح نیمه تجربی پس از هم‌تاسازی از نظر ویژگی‌های جمعیت شناختی و نمره اضطراب مرگ، با توجه به این‌که ادبیات بالینی پژوهش نیمه تجربی حاضر، تعداد مناسب اعضای یک مداخله گروه درمانی را بین ۱۵ نفر پیشنهاد می‌نماید (۲۵). نمونه مورد نیاز برای این پژوهش شامل ۳۰ نفر زن مبتلا به بیماری عروق کرونر بود. ۱۵ نفر از این تعداد به صورت تصادفی برای گروه آزمایش و ۱۵ نفر برای گروه گواه انتخاب شدند. گروه آزمایش به صورت گروهی، طی ۸ جلسه ۲ ساعته (هفته‌ای یک جلسه)، به مدت ۲ ماه تحت مداخله درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن قرار گرفت و گروه گواه در طی این مدت هیچ مداخله‌ای را دریافت نکرد و در نهایت از هر دو گروه آزمایش و گواه، پس‌آزمون گرفته شد و مجدداً یک ماه بعد پیگیری به عمل آمد.

جهت رعایت اصول اخلاقی، بعد از مرحله پیگیری، گروه گواه به مدت ۴ جلسه فشرده نیز تحت درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن قرار گرفت.

معیارهای ورود به مطالعه شامل: عدم استفاده از داروهای ضد اضطراب، رضایت آگاهانه، شرکت در جلسات درمانی گروه، سن بیماران بین ۲۰ تا ۴۰ سال، تشخیص بیماری عروق کرونر توسط پزشک متخصص قلب در برکه خلاصه پرونده، پیگیری درمان با مراجعه به پزشک معالج خود و کاملاً هوشیار و قادر به همکاری بودند. در مقابل، بیمارانی که از شرایط فوق برخوردار نبودند، یا به بیماری‌های دیگری هم‌زمان مبتلا بودند و علاوه بر آن در تاریخچه پزشکی آن‌ها تشخیص روان‌پزشکی یا عقب‌ماندگی ذهنی درج شده بود، از مطالعه حذف گردیدند.

بعد از پایان مداخله و جمع‌آوری داده‌های آماری، با استفاده از نرم‌افزار SPSS داده‌ها در دو سطح توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای توصیف داده‌ها از جداول و شاخص‌های آمار توصیفی مثل میانگین، انحراف معیار و برای استنباط آماری داده‌ها، تحلیل کوواریانس تک متغیره استفاده شد.

مصاحبه بالینی ساختاریافته، برای اختلالات محور یک (SCID-I): SCID-I برای سنجش اختلالات محور یک کاربرد دارد و دارای دو نسخه بالین تر (SCID-CV) و نسخه پژوهشی می‌باشد که در پژوهش حاضر از نسخه بالینگر استفاده شد. این نسخه، اختلال‌هایی که در کلینیک‌ها شایع‌تر هستند را پوشش می‌دهد و نسبت به نسخه پژوهشی کوتاه‌تر است و با یک مصاحبه باز درباره‌ی بیماری فعلی و دوره‌های قبلی بیماری آغاز می‌گردد، در این نسخه هرکدام از ماده‌ها به سه صورت: اطلاعات ناکافی درباره نشانه، عدم وجود نشانه و وجود نشانه علامت‌گذاری می‌گردند و ۶ حوزه اختلالات (دوره‌های خلقی، نشانگان روان‌پریشی، اختلال‌های روان‌پریشی، اختلال‌های خلقی، اختلال‌های مصرف مواد و اضطراب) را پوشش می‌دهد (۲۶).

حسنی و همکاران توافق تشخیصی متوسط تا خوب (ضریب کاپای بالای ۰/۶۰) را برای تشخیص‌های کلی و خاص به دست آورده‌اند. آن‌ها همچنین کاپای کل تشخیص‌های فعلی را ۰/۵۲ و کاپای کل تشخیص‌های طول عمر را ۰/۵۵ برآورد کرده‌اند (۲۷). SCID-II نیز برای سنجش اختلالات شخصیت (محور دو) به کار می‌رود و تمامی اختلالات مربوطه را پوشش می‌دهد. در این ابزار نشانه‌ها با ۴ علامت: اطلاعات ناکافی درباره نشانه، عدم وجود نشانه، پایین‌تر از حد آستانه، در حد آستانه علامت‌گذاری می‌شوند. شاخص توافق کاپا برای تشخیص‌های مقوله‌ای از ۰/۴۸ تا ۰/۹۸ و برای تشخیص‌های درون طبقه‌ای از ۰/۹۰ تا ۰/۹۸ برآورد گردیده است. همچنین ضریب همسانی درونی آن از ۰/۷۱ تا ۰/۹۴ گزارش گردیده است (۲۸).

مقیاس اضطراب مرگ Templer: مقیاس اضطراب مرگ Templer شامل ۱۵ ماده بوده که نگرش آزمودنی‌ها را به مرگ می‌سنجد و پرکاربردترین مقیاس برای سنجش اضطراب مرگ است. آزمودنی‌ها پاسخ‌های خود را به هر ماده در یک پیوستار ۵ درجه‌ای از کاملاً درست تا کاملاً غلط رتبه‌بندی می‌کنند. نمره‌های این مقیاس بین ۱۵ تا ۷۵ متغیرند که نمره بالا بیانگر اضطراب مرگ شدیدتر است. بررسی‌های به‌عمل‌آمده در مورد روایی و پایایی مقیاس اضطراب مرگ نشان می‌دهد که این مقیاس از اعتبار قابل قبولی برخوردار است (Greenberg, Solomon, Arnet).

Templer ضریب باز آزمایی این مقیاس را ۰/۸۳ به دست آورده است. Kountiviner and Pelachic قابلیت اعتماد تنصیف (دو نیمساز) مقیاس اضطراب مرگ را ۰/۷۶ و همبستگی هر سؤال با نمره کل را از ۰/۳۰ تا ۰/۷۴ و با میانگین ۰/۴۴ گزارش کردند (۲۹). همچنین عبدالخالق ضرایب قابلیت اعتماد تنصیف مقیاس اضطراب مرگ برای فرم عربی آن را برای مردان ۰/۵۷ و برای زنان ۰/۷۸ به دست آوردند (۱۳). نتایج بررسی‌های محمدی و همکاران ضریب آلفای

کرونا باخ ۰/۷۸ برای نمونه کلی و ضریب تنصیف ۰/۷۳ پروتکل درمانی به کار رفته در این پژوهش برگرفته از کتاب راهنمای عملی درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن سگال، ویلیامز و تیزدل ترجمه محمدخانی انجام گرفت (۲۶). محتوای این جلسات در جدول شماره ۱ گزارش شده است.

جدول شماره ۱: محتوای جلسات درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن

جلسه	محتوا
جلسه اول	تنظیم خط مشی کلی با در نظر گرفتن جنبه‌ی محرمانه بودن و زندگی شخصی افراد، دعوت افراد به معرفی خود با یکدیگر، تمرین خوردن کشمش، تمرین واریسی بدنی، تکلیف خانگی، بحث و تعیین جلسات هفتگی توزیع نوارها و جزوات جلسه اول
جلسه دوم	مرور تکلیف هفته گذشته، تمرین واریسی بدنی، بازنگری تمرین، تمرین افکار و احساسات جایگزین و آموزش تمرکززدایی از افکار و فرضیات ذهنی با گذاشتن برچسب فرضیه روی آن‌ها، ثبت وقایع خوشایند، مراقبه نشسته ۱ تا ۱۰ دقیقه، تعیین تکلیف خانگی
جلسه سوم	تمرین دیدن یا شنیدن، معرفی تمرین مراقبه‌ی نشسته و منطق اجرای آن، ۳۰ تا ۴۰ دقیقه در حالت مراقبه، بازنگری تکلیف، تمرین فضای تنفس ۳ دقیقه‌ای و بازنگری، تکلیف خانگی، تعیین تکلیف خانگی
جلسه چهارم	تمرین ۵ دقیقه‌ای دیدن یا شنیدن، ۴۰ دقیقه مراقبه، ذهن آگاهی از تنفس، بدن، صدا و افکار بازنگری، تمرین مراقبه‌ی ذهن آگاهی، تکلیف خانگی، تعیین تکلیف خانگی
جلسه پنجم	قبل از هر تغییری باید خود را به همان گونه‌ای که هستیم بپذیریم و این مستلزم اجازه دهی و مجوز بخشیدن به حضور احساسات ناخوشایند در آگاهی است، ۴۰ دقیقه مراقبه نشسته بازنگری، تمرین بازنگری، مرور و بررسی تمرین جلسه قبل، تعیین تکلیف خانگی
جلسه ششم	آموزش توجه به ذهن و اینکه افکار حقایق نیستند، خلق و افکار منفی، ارتباط ما را با تجربه محدود می‌کنند؛ درک این مطلب که افکار، فقط فکر هستند، مراقبه نشسته ۴۰ دقیقه‌ای، ذهن آگاهی از تنفس، بدن، اصوات و افکار بازنگری، تمرین بازنگری تکلیف خانگی، آماده شدن برای اتمام دوره
جلسه هفتم	۴۰ دقیقه مراقبه نشسته، آگاهی از تنفس، بدن، صداها و سپس افکار بازنگری تمرین‌ها، برنامه ریزی فعالیت: تعیین و تهیه‌ی فهرستی از فعالیت‌های لذت بخش و تسلط برانگیز، بازنگری تکلیف خانگی، تمرین مشاهده ارتباط بین فعالیت و خلق
جلسه هشتم	بازنگری مطالب گذشته و جمع بندی

یافته‌ها:

در رابطه با مشخصات جمعیت شناختی بیماران، همه‌ی آنان در دامنه‌ی سنی ۲۰-۴۰ سال قرار داشتند، میانگین سنی بیماران $30/76 \pm 5/61$ بود؛ همچنین، هر دو گروه آزمایش و گواه از نظر ویژگی‌های جمعیت شناختی همتا شده بودند. پس از اجرای درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن، پس از آزمون و پیگیری از هر دو گروه آزمایش و گواه به عمل آمد و داده‌های پیش آزمون، پس از آزمون و پیگیری استخراج شد. میانگین و انحراف معیار نمرات اضطراب مرگ را در افراد مبتلا به بیماری معیار عروق کرونر به تفکیک گروه‌ها و مراحل آن در جدول شماره ۲ نشان داده شده است. از آنجا که کسب نمره بیشتر در این متغیر، نشان از اختلال دارد، ملاحظه شد که میانگین نمرات گروه آزمایش در مرحله پس آزمون و پیگیری نسبت به گروه گواه کاهش معنی داری داشت. به علاوه، بعد از گذشت یک ماه از اجرای مداخله، مشخص شد که کاهش این متغیر در اعضای گروه آزمایش، در مرحله پیگیری نیز به صورت معنی داری ادامه داشته است ($P < 0/001$).

جدول شماره ۲: میانگین و انحراف معیار نمرات اضطراب مرگ به تفکیک گروه ها

معنی داری	اضطراب مرگ		گروه
	گواه	آزمایش	
P<۰/۰۰۱	۵۹/۹۱±۳/۱۲	۶۰/۶۹±۳/۹۵	پیش‌آزمون
P<۰/۰۰۱	۵۸/۶۴±۳/۹۲	۵۱/۴۲±۴/۰۲	پس‌آزمون
P<۰/۰۰۱	۵۶/۸۵±۳/۳۲	۵۰/۵۳±۴/۳۱	پیگیری

داده ها به صورت میانگین \pm انحراف معیار بیان شده اند.

اضطراب مرگ برقرار می‌باشد، با توجه به این امر دلیلی برای ناهمگن فرض کردن واریانس‌ها وجود ندارد. بررسی همگنی رگرسیون نیز نشان داد که شرایط و پیش‌آزمون معنی دار نبودند. همچنین قبل از انجام آزمون کوواریانس با استفاده از آزمون کولموگروف اسمیرنف، نرمال بودن توزیع نمونه‌ها مورد بررسی قرار گرفت، بنابراین از تحلیل کوواریانس برای تحلیل آماری استفاده شد.

برای مشخص شدن معنی داری تفاوت بین متغیرهای فوق از تحلیل کوواریانس استفاده شد و برای بررسی تفاوت‌های مشاهده شده در اضطراب مرگ، ابتدا مفروضه‌های لازم جهت انجام تحلیل کوواریانس بررسی شد. بررسی همگنی واریانس‌ها نشان می‌دهد که با توجه به عدم سطوح معنی داری مشاهده شده ($P<۰/۰۵$)، می‌توان نتیجه گرفت که همگنی واریانس‌ها درباره‌ی متغیر

جدول شماره ۳: نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره و میانگین تعدیل شده مربوط به تأثیر درمان شناختی

مبتنی بر حضور ذهن بر میزان اضطراب مرگ در زنان مبتلا به بیماری عروق کرونر

متغیر	مراحل	منابع	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی داری	ضریب تأثیر	توان آماری
اضطراب مرگ	تحلیل کوواریانس	پیش‌آزمون	۱	۲۴۶/۷۱	۳۳/۹۴	۰/۰۰۱	۰/۵۵۷	۱
		عضویت گروهی	۱	۴۶۰/۷۲	۶۳/۳۹	۰/۰۰۱	۰/۷۰۱	۱
	میانگین تعدیل شده	پیش‌آزمون	۱	۱۹۹/۸۴	۱۹۹/۸۴	۰/۰۰۱	۰/۴۹۷	۱
		عضویت گروهی	۱	۳۵۳/۲۵	۳۵۳/۲۵	۰/۰۰۱	۰/۶۲۱	۱
اضطراب مرگ	میانگین تعدیل شده	پس‌آزمون	میانگین	۵۱/۰۸	خطای استاندارد	۰/۶۹۸		
		گروه آزمایش	۵۸/۹۶	۰/۶۹۸				
		گروه گواه	۵۰/۲۳	۰/۷۳۱				
		گروه آزمایش	۵۷/۱۴	۰/۷۳۱				

اضطراب مرگ ۷۰٪ بوده و در مرحله پیگیری نیز میزان تأثیر ۶۲٪ بوده است. همچنین، توان آماری ۱۰۰٪ هم حاکی از دقت آماری بسیار بالا و کفایت حجم نمونه می‌باشد.

همان‌طور که در جدول شماره ۳ مشاهده می‌شود، با حذف اثر متغیرهای کنترل، میانگین

جدول شماره ۳، نتایج مربوط به تحلیل کوواریانس و میانگین تعدیل شده یافته‌های پژوهش را نشان می‌دهد. با توجه به یافته‌های فوق و بعد از کنترل نمره پیش‌آزمون، نمره F برای اضطراب مرگ معنی دار بوده است ($P<۰/۰۰۱$)، در مرحله پس‌آزمون میزان تأثیر درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن بر

تعدیل شده نمرات اضطراب مرگ آزمودنی‌های گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به گروه گواه کمتر می‌باشد. لذا این موضوع نشان می‌دهد که درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن باعث کاهش میزان اضطراب مرگ در افراد مبتلا به بیماری عروق کرونر می‌شود و این تأثیر بعد از گذشت یک ماه نیز معنی دار بوده است ($P < 0/05$).

بحث:

هدف پژوهش حاضر، تأثیر درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن در کاهش میزان اضطراب مرگ زنان مبتلا به بیماری عروق کرونر بود. با مروری بر نتایج، مشاهده می‌شود که اضطراب مرگ بیماران بعد از مداخله در گروه آزمایش کاهش قابل توجهی داشته است که در گروه گواه دیده نمی‌شود و با نمره $F=63/39$ و در سطح $P < 0/001$ معنی دار می‌باشد، یک ماه بعد از مداخله نیز اضطراب مرگ بیماران تفاوت معنی داری را نشان نداده و در همان سطح بعد از مداخله با نمره $F=44/32$ و در سطح معنی دار $P < 0/001$ باقیمانده است. از آنجا که تاکنون پژوهشی تحت عنوان مقاله‌ی مذکور صورت نگرفته است، لذا در تبیین فرضیات سعی شد تا به نزدیک‌ترین تحقیقات مرتبط با موضوع حاضر اشاره گردد.

از تحقیقات همسو با این پژوهش می‌توان به مطالعات Zeidan و همکاران، Goldin و Gross و فرهادی و همکاران اشاره نمود (۲۲-۲۴). به دلیل این که در روش مداخله حضور ذهن، کنترل و اداره‌ی هیجانات، ابعاد جسمی و ذهنی هم‌زمان مدنظر قرار می‌گیرند، به فرد یاد داده می‌شود که به افکار و احساسات خود، آگاهی و حضور ذهن کامل داشته باشد، همچنین از آنجایی که بیماران عروق کرونر کمتر با لحظه‌ی حال در تماس هستند، نسبت به تغییراتی که در علائم بدنی از جمله ضربان قلب و تنگی نفس که قبل از گسترش حاد بیماری بروز می‌کند، آگاه و هوشیار نیستند؛ در نتیجه، در کنترل این علائم ناکام می‌مانند و

تنها زمانی متوجه بیماری خود می‌شوند که علائم بیماری از حد معمول خود گذشته و عملکرد آن‌ها را دچار اختلال کرده است.

در این راستا، حضور ذهن و آموزش آن از طریق کنترل توجه مؤثر واقع می‌شود و به فرد بیمار کمک می‌کند، علاوه بر هوشیاری کامل از افکار و احساساتش و پذیرش آن‌ها بدون داوری در یک وضعیت آرامش و تمرکز قرار گیرد و توانایی کنترل افکار و اضطراب مرگ خود را به دست آورد. کسب این توانایی باعث شده که فرد احساس کنترل بیشتری در تمام امور زندگی خود داشته باشد و به جای دادن پاسخ‌های خودکار منفی در موقعیت‌های اضطراب‌آور، با کنترل، آرامش و آگاهی بیشتری پاسخ دهد و با مشکلات، بهتر مقابله نماید.

از طرفی، هم تنفس آگاهانه و کنترل آن که در حضور ذهن تأکید می‌شود، موجب قوی شدن ماهیچه‌های قلب و افزایش توانایی ظرفیت حمل اکسیژن در رگ‌های خونی می‌شود و در کاهش اضطراب مرگ که همچون دیگر انواع اضطراب، سلامت روانی را تحت تأثیر خود قرار داده است، نقش مهمی دارد. اضطراب مرگ از مسائل مهمی است که زیربنای بخشی از مشکلات فرض می‌شود، از این منظر، مرگ منبع اولیه اضطراب و بسیاری از اختلالات روان‌شناختی دیگر است و لذا در روند درمان، مفهوم بنیادی و با اهمیتی می‌یابد.

با این وجود، اضطراب مرگ، اضطرابی نیست که توسط درمان جویان به صورت خودآگاه ادراک و به سادگی مطرح شود و برای درمانگر نیز به راحتی قابل دسترسی نیست، این مسئله به استناد نتایج پژوهش‌های مختلف در نزد زنان بیشتر از مردان مشاهده می‌شود، یک تبیین می‌تواند این باشد که زنان احساس‌های آزارنده مربوط به مرگ و میر را بیشتر می‌پذیرند و مردان بیشتر از آن اجتناب می‌کنند توجهی که با بیانگری هیجانی بیشتر زنان در طول عمر هماهنگ است.

توانبخشی در کنار درمان دارویی برای بیماران عروق کرونری قلب انجام پذیرد.

نتیجه گیری:

با توجه به تأثیر درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن بر کاهش میزان اضطراب مرگ مبتلایان و تداوم اثر آن، به کارگیری این روش در همه سطوح پیشگیری و درمان مبتلایان به بیماری‌های جسمی ضروری به نظر می‌رسد.

تشکر و قدردانی:

نویسندگان بر خود وظیفه می‌دانند از کلیه عوامل و به ویژه بیماران عزیزی که صمیمانه همکاری نمودند، تقدیر و تشکر به عمل آورند.

در انتها، شایان ذکر است که پژوهش حاضر از نظر تعمیم‌پذیری، بررسی‌های بیشتری را می‌طلبد، با توجه به محدود شدن نمونه بیماران از شهر خرم‌آباد و همچنین، خود گزارشی بودن متغیرهای پژوهش، لذا در تعمیم نتایج باید جانب احتیاط را رعایت کرد. از دیگر محدودیت‌ها این مطالعه این است که پژوهش حاضر به بیماران قلبی زن محدود شده است، بنابراین به پژوهشگران توصیه می‌گردد که پژوهش حاضر را بر روی هر دو جنس مردان و زنان و سایر بیماری‌های جسمی انجام دهند و تغییرات هر دو گروه را با هم مقایسه کنند. پیشنهاد می‌شود مقایسه بین رویکردهای مختلف درمان اضطراب مرگ با حضور درمانگران و آزمونگران غیر همسان صورت پذیرد. همچنین، با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر و پژوهش‌های دیگر، پیشنهاد می‌شود مداخله حضور ذهن به‌عنوان دوره‌های

منابع:

1. Gu J, Strauss C, Bond R, Cavanagh K. How do mindfulness-based cognitive therapy and mindfulness-based stress reduction improve mental health and wellbeing? A systematic review and meta-analysis of mediation studies. *Clin Psychol Rev*. 2015; 37: 1-12.
2. Jahangirpur M, Mousavi V, Rezai S, Khosro Javid M, Salari A. Effectiveness of group mindfulness in reducing symptoms of psychopathology and electrocardiographic changes in patients suffering coronary heart disease. *J Ment Health*. 2013; 15(4): 263-273.
3. Sebern M, Riegel B. Contributions of supportive relationships to heart failure self-care. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2009; 8(2): 97-104.
4. Ebadi A, Moradian T, Fayce F, Asian M. Comparing hospital anxiety and depression in patients suffering coronary artery disease based on proposed treatment. *J Critic Care Nurs*. 2011; 4(2): 97-102.
5. Gire JT. How death imitates life: Cultural influences on conceptions of death and dying. *Online Read Psychol Cult*. 2002; 3(2): 2.
6. Fromm E. The will to live. *Prev Med*. 1976; 5(4): 518-21.
7. Belsky J. The psychology of aging: Theory, research, and interventions: Brooks/Cole Pub. Co; 1999.
8. Zimmermann C. Denial of impending death: a discourse analysis of the palliative care literature. *Soc Sci Med*. 2004; 59(8): 1769-80.
9. Mohammadi M, NoutiMoghadam S, Shahsavarani AM, Zeharaei SB, Langroodi M. Compare the relationship between self-esteem and mental health in the prediction of death anxiety. *J Psychol Sci*. 2013; 12(47): 344-64.
10. Langs R. Unconscious death anxiety and the two modes of psychotherapy. *Psychoanal Rev*. 2008; 95(5): 791-818.
11. Yalom ID. Staring at the sun: Overcoming the terror of death. *J Humanist Psychol*. 2008; 36(3-4): 283.
12. Ghufuran M, Ansari S. Impact of widowhood on religiosity and death anxiety among senior citizens. *J Indian Acad Appl Psychol*. 2008; 34: 175-80.

13. Abdel-Khalek AM. Love of life and death distress: Two separate factors. *Omega*. 2007; 55(4): 267-78.
14. Daradkeh F, Moselhy HF. Death anxiety (Thanatophobia) among drug dependents in an Arabic psychiatric hospital. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2011; 37(3): 184-8.
15. Papageorgiou C, Wells A. Depressive rumination: Nature, theory and treatment: John Wiley and Sons. 2004. 31(4): 187-215.
16. Hofmann SG, Sawyer AT, Witt AA, Oh D. The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol*. 2010; 78(2): 169-83.
17. Kulz AK, Landmann S, Cludius B, Hottenrott B, Rose N, Heidenreich T, et al. Mindfulness-based cognitive therapy in obsessive-compulsive disorder: Protocol of a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*. 2014; 14: 314-6.
18. Ost LG. Efficacy of the third wave of behavioral therapies: A systematic review and meta-analysis. *Behav Res Ther*. 2008; 46(3): 296-321.
19. Eisendrath S, Chartier M, McLane M. Adapting mindfulness-based cognitive therapy for treatment-resistant depression: A Clinical Case Study. *Cogn Behav Pract*. 2011; 18(3): 362-70.
20. Mace C. Mindfulness and mental health: Therapy, theory and science: Routledge; 2007.
21. Furer P, Walker JR. Death anxiety: A cognitive-behavioral approach. *J Cogn Psychother*. 2008; 22(2): 167-82.
22. Zeidan F, Johnson SK, Gordon NS, Goolkasian P. Effects of brief and sham mindfulness meditation on mood and cardiovascular variables. *J Altern Complement Med*. 2010; 16(8): 867-73.
23. Goldin PR, Gross JJ. Effects of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on emotion regulation in social anxiety disorder. *Emotion*. 2010; 10(1): 83-91.
24. Farhadi A, Movahedi M, Movahedi Y. The effectiveness of mindfulness-based therapy in reduction coronary heart disease: a two-month follow-up. *J Lorestan Univ Med Sci*. 2013; 15(4): 20-9.
25. Ballinger B, Yalom I. Group therapy in practice. In: Bongar B, Beutler LE (Eds). *Comprehensive text book of psychotherapy*. New York: Oxford University Press; 1995.
26. Mohamamdkhani P. Structured clinical interview for disorders DSM-IV-TR. Tehran: Danjeh; 2010.
27. Hasani J, Tajodini E, Ghaedniyaie Jahromi A, Farmani Shahreza S. The assessments of cognitive emotion regulation strategies and emotional schemas in spouses of people with substance abuse and spouses of normal people. *J Clin Psychol*. 2014; 6(1): 91-101.
28. Maffei C, Fossati A, Agostoni I, Barraco A, Bagnato M, Deborah D, et al. Interrater reliability and internal consistency of the structured clinical interview for DSM-IV axis II personality disorders (SCID-II), version 2.0. *J Pers Disord*. 1997; 11(3): 279-84.
29. Templer D, Awadalla A, Al-Fayez G, Frazee J, Bassman L, Connelly HJ. Construction of a death anxiety scale-extended. *OMEGA- Journal of Death and Dying*. 2006 Nov; 53(3): 209-26.

The effect of mindfulness-based cognitive therapy in reducing death anxiety in women suffering from coronary artery disease

Ghadampour E^{1*}, Radmehr P², Yousefvand L³

¹Psychology Dept., Lorestan University, Khorramabad, I.R. Iran; ²Student, Psychology Dept., Razi University, Kermanshah, I.R. Iran; ³Student, Psychology Dept., Lorestan University, Khorramabad, I.R. Iran.

Received: 2/Oct/2016 Accepted: 3/Dec/2016

Background and aim: Coronary artery patients face to important issues that mental health problems such as death anxiety are some of these problems that majority of patient's experience. Thus, they will cause the reduction of the quality of life and increased risk of death. The aim of the present study was to investigate the effect of mindfulness-based cognitive therapy in reducing death anxiety in women suffering coronary artery disease.

Methods: This study was a semi-experimental, two-group, and three-step study that conducted on 30 women suffering from coronary artery disease that were assigned randomly into 2 groups: Experimental and control groups. The experimental group received mindfulness-based cognitive therapy training eight 2-hour sessions and each session in a week. Tool of collecting data was Templer Death Anxiety Scale (1970) and in order to achieve results in the SPSS software, analysis of covariance and moderation mean was used.

Results: The findings of the present study showed a significant effect of mindfulness-based cognitive therapy on the reduction of death anxiety level ($P < 0.001$). These results were maintained during the follow-up phase.

Conclusion: Due to the effect of mindfulness-based cognitive therapy in reducing of death anxiety level and continuity its effects, it seems necessary the use of these techniques at all levels of prevention and treatment of suffering from physical illness.

Keywords: Mindfulness-based Cognitive Therapy, Death anxiety, Coronary artery, Women.

Cite this article as: Ghadampour E, Radmehr P, Yousefvand L. The effect of mindfulness-based cognitive therapy in reducing death anxiety in women suffering from coronary artery disease. J Shahrekord Univ Med Sci. 2018; 19(6): 38-47.

***Corresponding author:**

Psychology Dept., Lorestan University, Khorramabad, I.R. Iran. Tel: 00989186137438,
E-mail: ghadampour1973@gmail.com