



The Comparison of the Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy with Acceptance and Commitment Therapy on Psychological Distress and Hope in Males with Heart Failure

Sayed Ehsan Kazemeini¹, Tahereh Ranjbaripour^{2*}, Atefeh NezhadMohammad Nameghi³, Sheida Sodagar⁴, Parisa Peyvandi⁵

1- Ph. D. Student in Psychology, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

2- Assistant Professor, Department of Health Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

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

4- Assistant Professor, Department of Health Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

5- Assistant Professor, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

Corresponding Author: Tahereh Ranjbaripour, Assistant Professor, Department of Health Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

Email: t.ranjbaripour@gmail.com

Received: 24 Oct 2023

Accepted: 21 Jan 2024

Abstract

Introduction: The treatment processes and complications of heart failure are associated with tension, mood problems, anxiety, and feelings of hopelessness. Due to the importance of psychological health and hope in dealing with the consequences of the disease and the effect of mindfulness-based interventions on them, this study aimed to compare the effect of mindfulness-based cognitive therapy with acceptance and commitment therapy on psychological distress and hope in males with heart failure.

Methods: This research was semi-experimental with a pretest-posttest design with a control group on a three-month follow-up. 45 males aged 35 to 55 with stage B heart failure in Isfahan city, were purposefully selected and placed in three groups of 15 (two experiment groups and one control group) by simple random method. Data were collected with the depression, anxiety, and stress scale, Loybond & Loybond's (1995) and Hope scale Snyder et al. (1991), in the three stages of pre-test, post-test, and follow-up. The interventions were performed for test groups. The control group did not receive any intervention. Data analysis was done with mixed analysis of variance and Bonferroni's post hoc test.

Results: Findings showed a significant difference for depression, anxiety, stress, and hope in both interventions compared to the control group in the post-test and follow-up ($P < 0.05$). A comparison of mindfulness-based cognitive therapy with acceptance and commitment therapy showed a significant difference in the treatment of depression ($P = 0.005$), anxiety ($P = 0.034$), and hope ($P = 0.007$). However, no significant difference was observed for Stress ($P = 0.451$).

Conclusions: Both interventions reduced depression, anxiety, and stress, and increased hope in males with heart failure. Therefore, the suggested treatments should be used in medical centers along with common medical treatments as complementary interventions. For anxiety problems, the preferred method is mindfulness-based cognitive therapy, and for hope, mood, and depression problems, acceptance and commitment therapy.

Keywords: Acceptance and Commitment Therapy, Heart Failure, Hope, Mindfulness-Based Cognitive Therapy, Psychological Distress



مقایسه تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پریشانی روان شناختی و امید در مردان مبتلا به نارسایی قلبی

سیداحسان کاظمینی^۱، طاهره رنجبری پور^{۲*}، عاطفه نژادمحمد نامقی^۳، شیدا سوداگر^۴، پریسا پیوندی^۵

۱- دانشجوی دکتری روان شناسی، گروه روان شناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

۲- استادیار، گروه روان شناسی سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

۳- استادیار، گروه روان شناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

۴- استادیار، گروه روان شناسی سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

۵- استادیار، گروه روان شناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

نویسنده مسئول: طاهره رنجبری پور، استادیار، گروه روان شناسی سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.
ایمیل: t.ranjbaripour@gmail.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۱۱/۱

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۸/۲

چکیده

مقدمه: فرایند درمان و عوارض نارسایی قلبی همراه با تنش، مشکلات خلقی، اضطرابی و احساس ناامیدی در مبتلایان است. نظر به اهمیت سلامت روان شناختی و امید در مقابله با پیامدهای بیماری و تأثیرگذاری درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی بر آنها، هدف این پژوهش مقایسه تأثیر شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پریشانی روان شناختی و امید در مردان مبتلا به نارسایی قلبی بود.

روش کار: پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری سه ماهه بود. ۴۵ نفر از مردان ۳۵ تا ۵۵ سال مبتلا به نارسایی قلبی مرحله‌ی B شهر اصفهان، به صورت هدفمند انتخاب و در سه گروه ۱۵ نفری (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل) با روش تصادفی ساده جای‌گذاری شدند. داده‌ها با مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS-42) لویوند و لویوند (۱۹۹۵) و مقیاس امید اسنایدر و همکاران (۱۹۹۱) در سه مرحله‌ی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری جمع‌آوری شدند. مداخلات برای گروه‌های آزمایش اجرا شد. گروه کنترل مداخله‌ای نداشت. تحلیل داده‌ها با آزمون تحلیل واریانس آمیخته و آزمون تعقیبی بونفرونی انجام شد.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان‌دهنده‌ی تفاوتی معنادار برای افسردگی، اضطراب، استرس و امید در دو گروه نسبت به گروه کنترل در پس‌آزمون و پیگیری بودند ($P < 0/05$). بین تأثیر شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی ($P = 0/005$)، اضطراب ($P = 0/034$) و امید ($P = 0/007$)، تفاوتی معنادار مشاهده شد اما بین تأثیر دو مداخله بر استرس ($P = 0/451$) تفاوتی معنادار وجود نداشت.

نتیجه‌گیری: هر دو مداخله در مردان مبتلا به نارسایی قلبی افسردگی، اضطراب و استرس را کاهش و امید را افزایش دادند. بنابراین پیشنهاد می‌شود در مراکز درمانی همراه با درمان‌های پزشکی رایج به‌عنوان مداخلاتی مکمل اجرا شوند و برای مشکلات اضطرابی اولویت با به‌کارگیری شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و برای مشکلات امید، خلقی و افسردگی، اولویت با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باشد.

کلیدواژه‌ها: امید، پریشانی روان شناختی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، نارسایی قلبی

نارسایی قلبی (Heart Failure) که از علت‌های اصلی مرگ و میر در جهان است (۱)، به‌عنوان پیامد بیماری‌های قلبی عروقی، بر جنبه‌های جسمانی، روان‌شناختی، اجتماعی و اقتصادی زندگی تاثیر می‌گذارد (۲). نارسایی قلبی به‌عنوان نشانگان بالینی پیچیده‌ای بیان شده که نتیجه‌ی هرگونه اختلال ساختاری یا عملکردی در تخلیه و خروج جریان خون بطنی است و علائم اصلی آن خستگی (Fatigue) و تنگی نفس، می‌توانند تحمل به ورزش و فعالیت را محدود و احتباس خون ناشی از اختلال در جریان خون، ادم (Edema) را ایجاد می‌کند (۱). تا سال ۲۰۳۰ عوارض نارسایی قلبی بیش از ۸ میلیون نفر را در ایالات متحده آمریکا درگیر خواهد کرد (۳) و طبق یافته‌های پژوهشی، عامل مهم ناتوانی و مرگ در ایران نیز است (۴، ۵، ۶).

طبق یافته‌های پژوهشی، عوارض پریشانی و استرس شدید و مزمن می‌توانند علاوه بر ایجاد آسیب روانی، باعث پیامدهای نامطلوب سلامتی شوند (۷) زیرا استرس‌های مزمن روانی-اجتماعی و افسردگی که پیش‌بینی‌کننده‌هایی مستقل از عوامل خطررزی کلاسیک بیماری‌های قلبی عروقی هستند، در ابتلا به نارسایی قلبی تاثیر مشابه دیابت (Diabetes) و سیگار کشیدن دارند (۸). در مبتلایان به نارسایی قلبی افسردگی (۱۰ تا ۷۹ درصد) و اضطراب (۹ تا ۵۳ درصد) بسیار شایع هستند (۹). نتایج پژوهش Emdin و همکاران (۲۰۱۶) همراهی ابتلا به اختلالات اضطرابی با افزایش خطر ابتلا به بیماری‌های قلبی عروقی را نشان داد (۱۰) و پژوهش Katharina و همکاران (۲۰۲۰) نیز نشان‌دهنده‌ی این ارتباط در ابتلا به نارسایی قلبی بود (۱۱). پریشانی روان‌شناختی (Psychological Distress) وضعیتی از رنج هیجانی با علائم افسردگی (از دست دادن علاقه، غم و ناامیدی) و اضطراب (بی‌قراری و احساس تنش) است که گاهی همراه با علائم جسمانی (بی‌خوابی، سردرد و کمبود انرژی) ظاهر می‌شود (۱۲). پریشانی روان‌شناختی به‌صورت اضطراب و افسردگی مشکلی شایع اما اغلب ناشناخته در بیشتر بیماران قلبی است و بیشتر افراد (۳۸ درصد دو ماه و ۳۳ درصد دوازده ماه) پس از سکته قلبی، پریشانی روان‌شناختی را گزارش کرده‌اند (۱۳، ۱۴، ۱۵).

امید انتظاری مثبت برای دستیابی به اهداف است (۱۶) که ارتباطی نزدیک با سلامت روانی افراد به خصوص

بیماران دارد که علاوه بر تاثیرش بر سلامت جسمانی، مشکلات سلامت روان (اضطراب و افسردگی) را نیز کم می‌کند (۱۷). احساس امیدواری به‌ویژه در مبتلایان به بیماری‌های مزمن، می‌تواند در دوره‌ی بیماری افزایش‌دهی انگیزه برای حفظ سلامت جسمانی، روان‌شناختی، هیجانی و اجتماعی باشد (۱۸). بیماران قلبی عروقی با احساس امید/ ناامیدی درگیر هستند و امید به‌عنوان متغیری مرتبط با سلامت، مکانیسمی مهم در مدیریت و مواجهه با چالش‌های زندگی است (۱۹) زیرا احساس امیدواری در مبتلایان به بیماری‌های قلبی، به‌طور مشخص با کاهش استرس و پریشانی روان‌شناختی و افزایش عملکرد جسمانی همراه است (۲۰). زیرا طبق یافته‌های Schiavon و همکاران (۲۰۱۷)، در مبتلایان به بیماری‌های مزمن، رابطه‌ی نزدیکی بین خوش‌بینی، امید و کاهش عوارض بیماری وجود دارد (۱۸). مداخلات روان‌شناختی برای بیماران مزمن، راهکاری موثر برای ایجاد انگیزه و برنامه‌ریزی برای اهداف درمانی از طریق ایجاد و حفظ امید هستند (۲۱).

مداخلات مکمل رایج با وجود تاثیرگذاری بر عملکرد جسمانی و کیفیت زندگی مبتلایان به نارسایی قلبی، تمرکز کمی بر پریشانی‌های روان‌شناختی مبتلایان دارند (۲۲). همچنین مداخلات روان‌شناختی معمول یعنی مصاحبه انگیزشی (Motivational Interviewing) و مشاوره حمایتی (Supportive Counseling)، تاثیر معنادار بر اضطراب و افسردگی مبتلایان به نارسایی قلبی ندارند (۲۳). امروزه مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی (Mindfulness-Based Interventions)، برای بهبود سلامت روان‌شناختی و جسمانی پیشنهاد شده‌اند (۲۴) که تاثیرشان در موقعیت‌های بالینی مختلف اجرا و ارزیابی شده‌اند (۲۵). پژوهش‌ها مزایای تمرین‌های ذهن‌آگاهی را برای پریشانی‌های مرتبط با سلامتی نشان داده‌اند (۲۶) و یافته‌های Li, Yuan, & Zhang (۲۰۱۶)، نشان‌دهنده‌ی تاثیر ذهن‌آگاهی بر استرس، افسردگی و کیفیت زندگی بیماران بودند (۲۷). همچنین یافته‌های پژوهشی تاثیر مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر امید و ایجاد پیامدهای مثبت را نشان دادند (۲۸).

شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌عنوان مهم‌ترین مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی تاثیرگذار بر پیامدهای روان‌شناختی و جسمانی بیماران مزمن در اجزا و فرایندهای درمانی متفاوت اما در

قلبی، هدف این پژوهش مقایسه‌ی تاثیر شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پریشانی روان‌شناختی (افسردگی، اضطراب، استرس) و امید در مردان مبتلا به نارسایی قلبی بود.

روش کار

این پژوهش کمی و کاربردی، از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری سه ماهه بود. جامعه آماری آن کلیه‌ی مردان ۳۵ تا ۵۵ سال مبتلا به نارسایی قلبی مرحله‌ی B مراجعه کننده به مراکز درمانی سرپایی قلب و عروق شهر اصفهان در شش ماهه‌ی دوم سال ۱۴۰۰ بود. حجم نمونه طبق نتایج مطالعات گذشته (۳۹) و نیز نظر سعدی‌پور (۱۴۰۱)، در مورد حجم نمونه در پژوهش‌های آزمایشی و نیمه آزمایشی (۴۷)، برای هر گروه ۱۵ نفر در نظر گرفته شد که از جامعه آماری بیان شده، ابتدا ۴۵ نفر که تمایل به شرکت در مطالعه داشتند و طبق مصاحبه‌ی اولیه ملاک‌های ورود به پژوهش را داشتند، به‌صورت هدفمند انتخاب و سپس با ایجاد اعداد تصادفی در اکسل ۲۰۱۹ به روش تصادفی ساده در سه گروه ۱۵ نفری دو گروه آزمون (شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) و یک گروه کنترل جای‌گذاری شدند.

ملاک‌های ورود به این پژوهش مذکور بودن، ابتلا به نارسایی قلبی مرحله‌ی B طبق پرونده‌ی پزشکی و تشخیص پزشک فوق تخصص قلب، سن ۳۵-۵۵، عدم مصرف مواد، الکل و داروهای روان‌پزشکی، عدم دریافت روان‌درمانی‌های دیگر، صرفاً دارویی بودن مداخلات پزشکی مرتبط با نارسایی قلبی، و در کنترل بودن دیابت و پرفشاری خون در صورت ابتلای همزمان با نارسایی قلبی و ملاک‌های خروج از پژوهش نیز تمایل نداشتن به شرکت در ادامه جلسات درمان و پژوهش و عدم شرکت در یک جلسه از درمان بود.

پریشانی روان‌شناختی با مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس که در سال ۱۹۹۵ توسط Lovibond & Lovibond ساخته شد، ارزیابی شد. این مقیاس خودگزارشی دارای ۴۲ ماده و سه زیرمقیاس افسردگی، اضطراب و استرس است و هر زیرمقیاس ۱۴ ماده دارد. این مقیاس حالت عاطفه منفی در افسردگی، اضطراب و استرس را می‌سنجد تا شدت

جزء ذهن‌آگاهی (Mindfulness) مشترک هستند (۲۹). شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (Mindfulness-Based Cognitive Therapy)، با ترکیب جنبه‌هایی از شناخت‌درمانی با تکنیک‌های ذهن‌آگاهی به دنبال آموزش کنترل توجه، برای شناسایی تغییرات جزئی خلق است که با راهبردهای رفتاری، شناختی و فراشناختی ویژه‌ای برای متمرکز کردن فرایند توجه عمل می‌کند و نتیجه‌اش پیگیری از عوامل ایجادکننده‌ی خلق و فکر منفی و گرایش به پاسخ‌های نگران‌کننده است که باعث رشد دیدگاه جدید، شکل‌گیری افکار و هیجان‌های خوشایند می‌شود (۲۵). تاثیر شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، بر بهبود و کاهش افسردگی (۳۰، ۳۱)؛ بهبود و کاهش اضطراب (۳۲، ۳۳، ۳۴)؛ کاهش استرس (۳۵)؛ امید در مبتلایان به ام اس (۳۶) و امید در مبتلایان به درد مزمن (۳۷) مشخص شده است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (Acceptance and Commitment Therapy)، مبتنی بر بافت‌گرایی عملکردی با ریشه در نظریه زبان و شناخت است که بر زندگی ارزش‌مدارانه تمرکز می‌کند که اهداف اصلی آن، افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و تغییر رابطه‌ی افراد با تجارب درونی‌شان است. این درمان شش فرایند اصلی پذیرش و رضایت، همجویشی زدایی شناختی، ذهن‌آگاهی، خود همچون بافتار، ارزش‌ها و اقدام متعهدانه دارد که تمرکزشان بر شناسایی افکار و احساسات ایجادکننده موانع در مسیر زندگی ارزش‌مدار است (۳۸). تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پریشانی روان‌شناختی در بیماران قلبی عروقی (۳۹، ۴۰)؛ بر پریشانی روان‌شناختی در مبتلایان به آرتریت روماتوئید (۴۱)؛ بر اضطراب، افسردگی و خستگی در مبتلایان به سرطان (۴۲)؛ بر استرس (۴۳)؛ بر امید در مبتلایان به سرطان (۴۴، ۴۵، ۴۶) ارزیابی و مشخص شده است.

نظر به تاثیری که پریشانی روان‌شناختی بر امید و عوارض نارسایی قلبی دارد و نیز نقش امید در مقابله و سازگاری با پیامدهای بیماری و همچنین افزایش شیوع ابتلا به نارسایی قلبی در جهان، با توجه به تاثیر مطلوب شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سازه‌های مرتبط با سلامت روان‌شناختی و نیز تفاوت در فرایند درمان این دو مداخله با وجود اشتراک در جزء ذهن‌آگاهی و نبود پژوهشی مقایسه‌ای بین این دو مداخله بر پریشانی روان‌شناختی و امید در مردان مبتلا به نارسایی

Snyder & Lopez (۲۰۰۷) روایی و پایایی را بررسی و ضریب آلفای کرونباخ را ۰/۹۱ و همسانی درونی کل آزمون را ۰/۷۴ تا ۰/۸۴ گزارش کردند (۵۳). روایی و پایایی مقیاس امید در ایران توسط کرمانی، خدائپناهی و حیدری (۱۳۹۰)، بررسی شد که روایی آن از طریق روایی سازه و تحلیل عاملی تاییدی، نشان‌دهنده ساختار دو عاملی مقیاس امید شامل تفکر عامل و راهبردها بود و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ و از طریق بازآزمایی ۰/۸۱ به‌دست آمد (۵۴). در این پژوهش، آلفای کرونباخ مقیاس امید ۰/۸۹ به‌دست آمد.

برای اجرای این پژوهش که دارای کد اخلاق IR.IAU.CTB.REC.1400.038 از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی است، ابتدا هدف پژوهش و نحوه‌ی تکمیل پرسشنامه‌ها توضیح داده شد و در مورد محرمانه ماندن اطلاعات اطمینان داده شد. پس از اخذ رضایت آگاهانه‌ی کتبی از شرکت‌کنندگان، افراد در سه گروه به‌طور تصادفی جای‌گذاری شدند و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای گروه‌های آزمایش در ۸ جلسه هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای در اتاق گروه درمانی مرکز مشاوره توسط پژوهشگر با نظارت اساتید راهنما و با مشورت پزشک فوق تخصص قلب و عروق اجرا شد. گروه کنترل تا پایان پژوهش، مداخله‌ای دریافت نکرد. داده‌ها با تکمیل پرسشنامه‌های بیان شده توسط اعضای هر سه گروه، در سه مرحله‌ی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و سه ماه پس از اتمام مداخلات برای پیگیری جمع‌آوری شدند. همچنین در راستای اصول اخلاق، اصل رازداری رعایت و از داده‌ها فقط برای اهداف پژوهش استفاده شد. پس از اتمام مراحل درمان و پیگیری، برای افرادی از گروه کنترل که مایل بودند موثرترین درمان به‌طور رایگان اجرا شد.

خلاصه محتوای مداخلات به تفکیک جلسات، در جدول‌های ۱ و ۲ آورده شده است و هر دو بسته شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (۲۵) و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (۵۵)، در دیگر پژوهش‌ها استفاده شده و دارای اعتبار مناسبی است.

نشانه‌های اصلی افسردگی، اضطراب و استرس را در یک هفته قبل از اجرای آزمون در پنج سطح نرمال، خفیف، متوسط، شدید و بسیار شدید بسنجد. این مقیاس طیف لیکرت چهارگزینه‌ای ۰ تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود و نمره هر زیرمقیاس از جمع نمره ماده‌های آن به دست می‌آید. Levibond & Levibond (۱۹۹۵) ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس را بررسی و ضریب پایایی را به روش آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌های افسردگی، اضطراب و استرس به‌ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۳، ۰/۸۱ گزارش کردند (۴۸). Anthony و همکاران (۱۹۹۸) نیز ضریب پایایی را به روش آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌های افسردگی، اضطراب و استرس را بررسی کردند که ضریب آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌های افسردگی، اضطراب و استرس به‌ترتیب ۰/۹۷، ۰/۹۲، ۰/۹۵ به‌دست آمد (۴۹). در ایران نیز اصغری مقدم و همکاران (۱۳۸۷)، ضریب پایایی را به روش آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌های افسردگی، اضطراب و استرس به‌ترتیب ۰/۹۳، ۰/۹۰، ۰/۹۲ و برای بررسی روایی به روش بازآزمایی برای زیرمقیاس‌های افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۸۹، ۰/۹۰ به‌دست آوردند (۵۰). افضل‌ی و همکاران (۱۳۸۶) نیز در کرمانشاه، ضریب پایایی را به روش آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌های افسردگی، اضطراب و استرس به‌ترتیب ۰/۹۳، ۰/۸۵، ۰/۸۷ گزارش کردند (۵۱). همچنین در این پژوهش نیز ضریب آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌های افسردگی، اضطراب و استرس به‌ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۵، ۰/۸۹ به‌دست آمد. امید با مقیاس امید که در سال ۱۹۹۱ توسط Snyder و همکاران ساخته شد، ارزیابی شد. این مقیاس دارای ۱۲ عبارت (چهار عبارت برای سنجش تفکر عاملی، چهار عبارت برای سنجش تفکر راهبردی و چهار عبارت انحرافی) و دو زیرمقیاس عامل و راهبرد است که نمره کل آن امید را ارزیابی می‌کند. نمره‌گذاری این مقیاس طیف لیکرت هشت‌گزینه‌ای از ۱ تا ۸ است و نمره کل از جمع کردن نمره همه عبارت‌ها به‌جز چهار عبارت انحرافی به‌دست می‌آید که نمره کل بین ۸ تا ۶۴ است و نمره بالاتر، امید بیشتر و نمره پایین‌تر امید کمتر را نشان می‌دهد (۵۲).

جدول ۱. خلاصه محتوای جلسات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی سگال و همکاران (۲۰۱۳)

جلسات	شرح جلسات
اول	آشنایی و معارفه؛ آشنایی با تشخیص و علائم افسردگی، معرفی مؤلفه های پژوهش؛ معرفی درمان و شرح مختصری از روند جلسه های درمان، انجام مدیتیشن های خوردن یک عدد کشمش و سپس به مدت ۳۰ دقیقه مدیتیشن اسکن بدن و صحبت در مورد احساس های ناشی از انجام این مدیتیشن ها. تکلیف خانگی شامل پیاده کردن آنچه در خوردن یک دانه کشمش آموخته شده در مورد مسواک زدن یا شستن ظروف و یا فعالیت انتخابی دیگر مثل دوش گرفتن.
دوم	انجام مدیتیشن اسکن بدن و بحث در مورد این تجربه، بررسی و بحث در مورد تکلیف های خانگی، مانع های تمرین و راه حل های برنامه ذهن آگاهی برای آن؛ بحث در مورد تفاوت بین افکار و احساسات؛ انجام مدیتیشن در حالت نشسته؛ تکلیف های این جلسه شامل ذهن آگاهی یک روپداد خوشایند، انجام مدیتیشن نشسته و اسکن بدن و ذهن آگاهی یک فعالیت روزمره، است.
سوم	تمرین دیدن و شنیدن (در این تمرین از شرکت کنندگان خواسته میشود به نحوی غیر قضاوتی و به مدت دو دقیقه نگاه کنند و گوش دهند (مدیتیشن نشسته و نفس کشیدن همراه با توجه به حواس بدنی؛ بحث در مورد تکلیف خانگی، تمرین مدیتیشن سه دقیقه ای فضای تنفسی که سه مرحله دارد که شامل توجه به تمرین در لحظه ای انجام، توجه به تنفس و توجه به بدن؛ انجام یکی از تمرین های حرکات ذهن آگاه؛ تکلیف های این جلسه مدیتیشن نشسته، اسکن بدن، تمرین سه دقیقه ای فضای تنفسی، ذهن آگاهی یک فعالیت روزمره ی جدید و ذهن آگاهی روپداد ناخوشایند، است.
چهارم	مدیتیشن نشسته با توجه به تنفس، صدای بدن و افکار (مدیتیشن نشسته چهاربعدی)، بحث در مورد پاسخ های استرس و واکنش فرد به موقعیتهای دشوار و نگرش ها و رفتارهای جایگزین؛ تمرین قدم زدن ذهن آگاه؛ تکلیف های این جلسه شامل (۱) مدیتیشن نشسته، اسکن بدن یا یکی از حرکات بدنی ذهن آگاه و تمرین فضای تنفسی سه دقیقه ای، انجام مدیتیشن نشسته؛ ارائه و اجرای حرکات ذهن آگاه بدن؛ تکلیف های خانگی این جلسه شامل (۱) مدیتیشن نشسته، (۲) فضای تنفسی سه دقیقه ای در یک روپداد ناخوشایند و (۳) ذهن آگاهی یک فعالیت جدید روزمره، است.
پنجم	تمرین فضای تنفسی سه دقیقه ای، بحث در مورد تکالیف خانگی در گروه های دوتایی؛ ارائه ی تمرینی با عنوان "خلق، فکر، دیدگاه‌هایی جداگانه" با این مضمون که محتوای افکار، اکثراً واقعی نیستند؛ در این جلسه چهار تمرین مدیتیشن به مدت ۷ ساعت پی درپی ارائه شد، تکلیف های این جلسه شامل (۱) انتخاب ترکیبی از مدیتیشن‌ها که ترجیح شخصی است، (۲) انجام فضای تنفسی سه دقیقه ای در یک روپداد ناخوشایند و (۳) ذهن آگاهی یک فعالیت جدید روزمره، است.
ششم	مدیتیشن چهاربعدی و آگاهی نسبت به هر آنچه در لحظه به هشیاری وارد می شود، مضمون این جلسه این است که بهترین راه مراقبت از خودم چیست؛ ارائه تمرینی که در آن شرکت کنندگان مشخص میکنند کدام یک از روپدادهای زندگی شان خوشایند و کدام یک ناخوشایند است و علاوه بر آن چگونه می توان برنامه ای چید که به اندازه کافی روپدادهای خوشایند در آن باشد، فضای تنفسی سه دقیقه ای، تکلیف های این جلسه شامل (۱) انجام ترکیبی از مدیتیشن، (۲) تمرین تنفسی سه دقیقه ای در یک روپداد ناخوشایند و (۳) تمرین ذهن آگاهی یک فعالیت روزمره جدید، است.
هفتم	بحث در رابطه با تکلیف جلسه قبل، مرور مباحث گذشته و استفاده از آنچه تاکنون افراد یاد گرفته اند، تمرین فضای تنفسی سه دقیقه ای، بحث در مورد روش های کنار آمدن با مانع های انجام مدیتیشن، مطرح شدن سؤال هایی در مورد کل جلسه ها شامل مواردی مثل اینکه آیا شرکت کنندگان به انتظارات خود دست یافته اند؟ آیا احساس می کنند شخصیت شان رشد کرده؟ آیا احساس می کنند مهارت‌های مقابله‌ای شان افزایش یافته و آیا دوست دارند تمرین های مدیتیشن شان را ادامه دهند؟
هشتم	آماده کردن آزمودنی‌ها برای اتمام درمان، جمع بندی جلسات، ارائه نکات تکمیلی و اجرای پس آزمون.

جدول ۲. خلاصه محتوای جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هیز و استروسهال (۲۰۱۰)

جلسات	شرح جلسات
معرفی	آشنایی با بیماران و برقراری رابطه خوب با آنان برای اعتمادسازی برای تکمیل مناسب پرسشنامه‌های اطلاعات جمعیت شناختی و پیش آزمون
اول	معرفی درمانگر، آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و برقراری رابطه درمانی بین خودشان، معرفی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و معرفی اهداف اصلی و اصول آن، بیان قوانین گروه برای تمام جلسات، ارائه اطلاعات در مورد نارسایی قلبی و مشکلات ناشی از آن، مرور روش‌های کنترل و پیشگیری از مشکلات بیماری و سود و ضرر آن روش‌ها، آموزش روان‌شناختی، استراحت، مشخص کردن تکلیف خانگی
دوم	مرور تجربه بیماران از جلسه قبل و دریافت بازخورد از آنان، بحث و ارزیابی در مورد تجربه‌های بیماران، ارزیابی تمایل بیماران به تغییر، درک انتظار بیماران از مداخلات مبتنی بر پذیرش و تعهد، بیان و ایجاد ناامیدی خلاق، استراحت، جمع‌بندی موارد مطرح شده و مشخص کردن تکلیف خانگی
سوم	مرور تجربه بیماران از جلسه قبل و دریافت بازخورد از آنان، شناسایی راهبردهای ناکارآمد و یادگیری کنترل آنها و درک بی فایده بودن آنها، توضیح مفهوم پذیرش و بیان تفاوت آن با مفاهیم تسلیم، ناامیدی، نادیده گرفتن و تحمل، آموزش اینکه پذیرش روندی ثابت است نه منطقی، بحث در مورد مشکلات و چالش‌های سکنه قلبی، توضیح نحوه اجتناب از تجارب دردناک و ذهن آگاه بودن از تاثیرات اجتناب، کشف موقعیتهایی که از آنها اجتناب شده و ارتباط با آنها از طریق پذیرش، توضیح مقابله و معرفی راهبردهای موثر و غیرموثر مقابله، استراحت، جمع‌بندی موارد مطرح شده در جلسه، معرفی مواردی که در جلسه بعد مطرح خواهد شد و مشخص کردن تکلیف خانگی
چهارم	مرور تجربه بیماران از جلسه قبل و دریافت بازخورد از آنان، استراحت، رفتار متعهدانه، معرفی و توضیح خود مفهوم‌سازی شده و همجوشی با آن، کاربرد رویکرد درمانی همجوشی شناختی، مداخله در زنجیره مشکل‌زای زبان و استعاره‌ها، منصرف کردن بیماران از اتلاف وقت با افکار و هیجان‌ها، جمع‌بندی موارد مطرح شده در جلسه، معرفی مواردی که در جلسه بعد مطرح خواهد شد و مشخص کردن تکلیف خانگی
پنجم	مرور تجربه بیماران از جلسه قبل و دریافت بازخورد از آنان، توضیح و مشخص کردن تفاوت بین خود، تجارب درمانی و رفتار، خود به‌عنوان بافتار، تضعیف مفهوم خود و بیان خود. از طریق این تمرین‌ها شرکت کنندگان بر فعالیت‌هایشان مقل راه رفتن و تنفس تمرکز کنند و ذهن آگاه بمانند و یاد می‌گیرند که هیجان‌ها، احساسات و شناخت خود را درک کنند و آنها را بدون قضاوت فرایند کنند و از این طریق یاد می‌گیرند به افکار و هیجان‌هایشان توجه کنند بدون اتصال و درگیر شدن در محتوای آنها، استراحت، جمع‌بندی موارد مطرح شده در جلسه، معرفی مواردی که در جلسه بعد مطرح خواهد شد و مشخص کردن تکلیف خانگی

سید احسان کاظمینی و همکاران

ششم	مرور تجربه بیماران از جلسه قبل و دریافت بازخورد از آنان، شناسایی ارزش‌های زندگی بیماران و تمرکز بر آن ارزش‌ها، جزئیات آنها و قدرت انتخاب، تمرین ذهن‌آگاهی و توضیح در زمان حال بودن، استراحت، جمع‌بندی موارد مطرح شده در جلسه، معرفی مواردی که در جلسه بعد مطرح خواهد شد و مشخص کردن تکلیف خانگی
هفتم	مرور تجربه بیماران از جلسه قبل و دریافت بازخورد از آنان، ارزیابی ارزش‌های هر بیمار و عمق دادن به مفاهیم قبلی فراگرفته شده، بیان تفاوت بین ارزش‌ها، اهداف و توضیح و بیان اشتباه‌های رایج در انتخاب ارزش‌ها، بحث در مورد راهکار بالقوه درونی و بیرونی به منظور پیگیری ارزش‌ها، هر کدام از اعضای گروه لیست ارزش‌های خود و راهکارهای بالقوه برای پیگیری ارزش‌هایشان را با دیگر اعضا به اشتراک بگذارند، بحث در مورد اهداف مرتبط با ارزش‌ها و ویژگی‌های اهداف در میان گروه، هر یک از اعضای گروه سه ارزش مهم خود را شناسایی کنند و اهدافی را تعیین کنند که در راستای حفظ ارزش‌ها باشد، تعیین قدم بعدی برای رسیدن به اهداف، استراحت، جمع‌بندی موارد مطرح شده در جلسه، معرفی مواردی که در جلسه بعد مطرح خواهد شد و مشخص کردن تکلیف خانگی
هشتم	آموزش عمل متعهدانه (درک تعهد و تمایل)، شناسایی مدل‌های رفتاری سازگار با ارزش‌ها و افزایش تعهد به رفتار بر اساس آنها، بحث به طور خلاصه در مورد مفهوم عود و آماده‌سازی برای مقابله با آن، مرور تکالیف و خلاصه کردن جلسات با بیماران، اعضای گروه تجربه‌های خود را با هم به اشتراک گذاشتند و در مورد آنچه به دست آورده‌اند و انتظارات برآورده نشده با هم بحث کنند، اجرای پس‌آزمون

مشخصات دموگرافیک گروه‌ها در جدول ۳ ارائه شده است که طبق آن ۱۰۰ درصد شرکت‌کنندگان پژوهش، مرد بودند و بیشترین فراوانی در هر سه گروه مربوط به دامنه سنی ۴۵ تا ۵۵ سال، تاهل و تحصیلات لیسانس بود. همچنین میانگین و انحراف استاندارد سن شرکت‌کنندگان گروه‌های شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و کنترل به ترتیب $46/60 \pm 6/27$ ، $47/00 \pm 6/21$ ، $46/66 \pm 6/51$ سال بود.

تحلیل‌های آماری داده‌های جمع‌آوری شده در دو بخش توصیفی و استنباطی با نسخه‌ی ۲۵ نرم‌افزار SPSS در سطح معناداری ۰/۰۵ انجام شد. بخش توصیفی شامل میانگین و انحراف استاندارد و بخش استنباطی شامل تحلیل واریانس آمیخته با رعایت پیش‌فرض‌های آماری و آزمون تعقیبی بونفرونی بود.

یافته‌ها

جدول ۳. توزیع فراوانی و درصد فراوانی مشخصات دموگرافیک سه گروه

گروه‌ها	شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	کنترل
متغیر	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)
سن (سال)	۳۵ - ۳۹	۲ (۱۳/۳۳)	۱ (۶/۶۷)
	۴۰ - ۴۴	۳ (۲۰/۰۰)	۳ (۲۰/۰۰)
	۴۵ - ۴۹	۴ (۲۶/۶۷)	۵ (۳۳/۳۳)
	۵۰ - ۵۵	۶ (۴۰/۰۰)	۶ (۴۰/۰۰)
جنسیت	مرد	۱۵ (۱۰۰)	۱۵ (۱۰۰)
	زن	۰ (۰)	۰ (۰)
وضعیت تاهل	متاهل	۴ (۲۶/۶۷)	۵ (۳۳/۳۳)
	مجرد	۱۱ (۷۳/۳۳)	۱۳ (۸۶/۶۷)
	زیر دیپلم	۰	۰
	دیپلم	۲ (۱۳/۳۳)	۲ (۱۳/۳۳)
	کاردانی	۲ (۱۳/۳۳)	۳ (۲۰/۰۰)
تحصیلات	کارشناسی	۱۰ (۶۶/۶۷)	۹ (۶۰/۰۰)
	کارشناسی ارشد	۱ (۶/۶۷)	۲ (۱۳/۳۳)

ذهن‌آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به گروه کنترل کاهش یافته است و میانگین امید در گروه‌های شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به گروه کنترل افزایش داشته است.

یافته‌های توصیفی پریشانی روان‌شناختی (افسردگی، اضطراب، استرس) و امید به تفکیک گروه‌ها و مراحل در جدول ۴ گزارش شده است که طبق آن، میانگین افسردگی، اضطراب و استرس در گروه‌های شناخت‌درمانی مبتنی بر

جدول ۴. میانگین و انحراف استاندارد افسردگی، اضطراب، استرس و امید به تفکیک گروه‌ها و مراحل

متغیرها	مرحله‌ها	شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی		درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد		کنترل
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	
افسردگی	پیش‌آزمون	۱۳/۶۰	۲/۰۲۸	۱۳/۴۷	۲/۱۹۹	۲/۰۹۳
	پس‌آزمون	۶/۳۳	۱/۸۷۷	۳/۹۳	۱/۵۷۹	۱/۳۵۲
	پیگیری	۸/۶۷	۱/۴۹۶	۵/۸۰	۱/۶۱۲	۱/۶۲۴
اضطراب	پیش‌آزمون	۹/۶۶	۱/۳۴۵	۹/۴۶	۱/۱۲۵	۱/۴۰۴
	پس‌آزمون	۴/۰۶	۱/۴۸۶	۵/۷۳	۱/۳۳۴	۱/۵۰۵
	پیگیری	۶/۱۳	۱/۳۵۵	۷/۸۰	۱/۲۰۷	۱/۵۴۳
استرس	پیش‌آزمون	۱۳/۲۰	۱/۵۲۱	۱۳/۰۷	۱/۷۱۴	۱/۸۲۱
	پس‌آزمون	۳/۴۰	۰/۹۸۶	۴/۷۳	۰/۷۰۴	۱/۵۴۳
	پیگیری	۵/۶۰	۱/۲۴۲	۷/۰۶	۱/۲۲۲	۱/۷۹۲
امید	پیش‌آزمون	۳۹/۴۰	۲/۰۲۸	۳۹/۷۳	۲/۰۵۱	۲/۶۶۳
	پس‌آزمون	۴۵/۰۶	۲/۸۶۵	۴۹/۲۶	۳/۱۵۰	۲/۷۰۴
	پیگیری	۴۲/۶۰	۲/۶۶۷	۴۶/۲۰	۳/۰۵۳	۲/۸۱۴

مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در سطح ۰/۰۵ ($P < 0.05$) تفاوتی معنادار وجود داشت. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی بین مراحل در جدول ۶ نشان‌دهنده وجود تفاوتی معنادار بین مراحل در سطح ۰/۰۵ ($P < 0.05$) بین مراحل پیش‌آزمون با پس‌آزمون، پیش‌آزمون با پیگیری و پیش‌آزمون با پس‌آزمون برای افسردگی، اضطراب، استرس و امید بود.

علاوه بر این نتایج جدول ۵ نشان داد که در عامل اثر تعامل زمان × گروه برای متغیرهای افسردگی ($F=170/378$ ، $P < 0.001$ و $df=3/323$)، اضطراب ($F=110/030$ ، $P < 0.001$ و $df=3/297$ ، $F=148/045$)، استرس ($P < 0.001$ و $df=3/253$ ، $F=149/972$) و امید ($P < 0.001$ و $df=3/253$ ، $F=149/972$) یکی از گروه‌های آزمایش و کنترل در سطح ۰/۰۵ ($P < 0.05$) تفاوتی معنادار وجود داشت. همچنین جدول ۵ در عامل اثر بین گروهی نشان‌دهنده وجود تفاوتی معنادار بین گروه‌های آزمایش و کنترل برای متغیرهای افسردگی ($F=48/480$ و $P < 0.001$)، اضطراب ($F=20/156$ و $P < 0.001$)، استرس ($F=36/303$ و $P < 0.001$) و امید ($F=15/668$) و $P=0.002$ در سطح ۰/۰۵ ($P < 0.05$) بود.

پیش از اجرای آزمون تحلیل واریانس آمیخته، پیش‌فرض‌های آماری ارزیابی شدند. نتایج آزمون شاپیرو-ویلک در سطح ۰/۰۵ ($P \geq 0.05$) برای افسردگی، اضطراب، استرس و امید معنادار و توزیع داده‌ها نرمال بود. نتایج آزمون لوین نیز برای متغیرهای پژوهش در سطح ۰/۰۵ ($P \geq 0.05$) معنادار و برابری واریانس‌ها برقرار بود. همچنین نتایج آزمون ام باکس نیز در سطح ۰/۰۱ ($P \geq 0.01$) معنادار و برابری ماتریس واریانس - کوواریانس برقرار بود. بنابراین پیش‌فرض‌های تحلیل واریانس آمیخته برقرار است. نتایج آزمون مولی برای افسردگی ($P=0.009$)، استرس ($P=0.005$) و امید ($P=0.005$) معنادار بود و بنابراین با توجه به عدم کروییت، نتایج تعدیل شده برای این متغیرها بر حسب اپسیلون با درجه آزادی مبتنی بر نتایج آزمون گرین-هاوس - گریزر گزارش شده است اما برای اضطراب ($P=0.279$) کروییت برقرار بود.

نتایج تحلیل واریانس آمیخته در جدول ۵ آورده شده است. طبق جدول ۵، در عامل اثر زمان برای افسردگی ($F=668/957$ ، $df=1/662$ و $P < 0.001$)، اضطراب ($F=392/762$ ، $df=2$ و $P < 0.001$)، استرس ($F=518/413$ ، $df=1/626$ و $P < 0.001$) و امید ($F=468/605$ ، $df=1/626$ و $P < 0.001$) بین

سید احسان کاظمینی و همکاران

جدول ۵. نتایج تحلیل واریانس آمیخته افسردگی، اضطراب، استرس و امید

متغیرها و منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	ضریب مجذور اتا
افسردگی	اثر زمان	۷۸۱/۵۱۱	۱/۶۶۲	۴۷۰/۳۰۱	۶۶۸/۹۵۷	P<۰/۰۰۱
	خطا (زمان)	۴۹/۰۶۷	۶۹/۷۹۲	۰/۷۰۳	-	-
اضطراب	تعامل زمان×گروه	۳۹۸/۰۸۹	۳/۳۲۳	۱۱۹/۷۸۲	۱۷۰/۳۷۸	P<۰/۰۰۱
	گروه	۸۱۲/۹۳۳	۲	۴۰۶/۴۶۷	۴۸/۴۸۰	P<۰/۰۰۱
استرس	خطا	۳۵۲/۱۳۳	۴۲	۸/۳۸۴	-	-
	اثر زمان	۲۲۱/۵۲۶	۲	۱۱۰/۷۶۳	۳۹۲/۷۶۲	P<۰/۰۰۱
امید	خطا (زمان)	۲۳/۶۸۹	۸۴	۰/۲۸۲	-	-
	تعامل زمان×گروه	۱۲۴/۱۱۹	۴	۳۱/۰۳۰	۱۱۰/۰۳۰	P<۰/۰۰۱
افسردگی	گروه	۲۰۵/۴۳۷	۲	۱۰۲/۷۱۹	۲۰/۱۵۶	P<۰/۰۰۱
	خطا	۲۱۴/۰۱۴	۴۲	۵/۰۹۶	-	-
اضطراب	اثر زمان	۵۵۸/۴۵۹	۱/۶۲۶	۳۴۳/۵۰۹	۵۱۸/۴۱۳	P<۰/۰۰۱
	خطا (زمان)	۴۵/۲۴۴	۶۸/۲۸۱	۰/۶۶۳	-	-
استرس	تعامل زمان×گروه	۳۱۸/۹۶۳	۳/۲۹۷	۹۸/۰۹۷	۱۴۸/۰۴۵	P<۰/۰۰۱
	گروه	۵۰۲/۸۵۹	۲	۲۵۱/۴۳۰	۳۶/۳۰۳	P<۰/۰۰۱
امید	خطا	۲۹۰/۸۸۹	۴۲	۶/۹۲۶	-	-
	اثر زمان	۵۳۶/۰۴۴	۱/۶۲۶	۳۲۹/۶۰۴	۴۶۸/۶۰۵	P<۰/۰۰۱
افسردگی	خطا (زمان)	۴۸/۰۴۴	۶۸/۳۰۶	۰/۵۷۳	-	-
	تعامل زمان×گروه	۴۸۷/۲۴۴	۳/۲۵۳	۱۴۹/۷۹۹	۱۴۹/۹۷۲	P<۰/۰۰۱
اضطراب	گروه	۶۴۵/۳۷۸	۲	۳۲۲/۶۸۹	۱۵/۶۶۸	P<۰/۰۰۱
	خطا	۸۶۵/۰۲۲	۴۲	۲۰/۵۹۶	-	-

جدول ۶. نتایج آزمون تعقیبی برای بررسی تفاوت در مراحل در متغیرهای افسردگی، اضطراب، استرس و امید

متغیر	گروه	گروه	تفاوت میانگین	سطح معناداری
افسردگی	پیش آزمون	پس آزمون	۵/۶۸	P<۰/۰۰۱
	پیش آزمون	پیگیری	۴/۱۷	P<۰/۰۰۱
	پس آزمون	پیگیری	-۱/۵۱	P<۰/۰۰۱
اضطراب	پیش آزمون	پس آزمون	۳/۱۳۳	P<۰/۰۰۱
	پیش آزمون	پیگیری	۱/۷۱۱	P<۰/۰۰۱
	پس آزمون	پیگیری	-۱/۴۲۲	P<۰/۰۰۱
استرس	پیش آزمون	پس آزمون	۴/۸۰	P<۰/۰۰۱
	پیش آزمون	پیگیری	۳/۵۵	P<۰/۰۰۱
	پس آزمون	پیگیری	-۱/۲۴	P<۰/۰۰۱
امید	پیش آزمون	پس آزمون	-۴/۵۷۸	P<۰/۰۰۱
	پیش آزمون	پیگیری	-۳/۷۵۶	P<۰/۰۰۱
	پس آزمون	پیگیری	۰/۸۲۲	P<۰/۰۰۱

جدول ۷. نتایج آزمون تعقیبی برای بررسی تفاوت در گروه‌ها در متغیرهای افسردگی، اضطراب، استرس و خستگی

متغیر	گروه	گروه	تفاوت میانگین	سطح معناداری
افسردگی	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۱/۸۰	۰/۰۰۵
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	کنترل	-۴/۰۶۷	$P < ۰/۰۰۱$
اضطراب	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	-۱/۰۴۴	۰/۰۳۴
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	کنترل	-۲/۹۸۷	$P < ۰/۰۰۱$
استرس	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	-۰/۴۲۲	۰/۴۵۱
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	کنترل	-۴/۲۸۹	$P < ۰/۰۰۱$
امید	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	-۲/۷۱۱	۰/۰۰۷
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	کنترل	۲/۶۴۴	۰/۰۰۸
		کنترل	۵/۳۵۶	$P < ۰/۰۰۱$

مبتنی بر پذیرش و تعهد تاثیر بیشتری داشت.

بحث

یافته‌های این پژوهش که با هدف مقایسه تاثیر شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پریشانی روان‌شناختی (افسردگی، اضطراب، استرس) و امید در مردان مبتلا به نارسایی قلبی مرحله‌ی B انجام شد، نشان دادند که اجرای شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، باعث کاهش معنادار نمرات ابعاد پریشانی روان‌شناختی (افسردگی، اضطراب، استرس) و افزایش معنادار نمره‌ی کل امید در مراحل پس‌آزمون و پیگیری شدند. بنابراین هر دو مداخله بر پریشانی روان‌شناختی (افسردگی، اضطراب، استرس) و امید موثر و پایدار بودند. طبق نتایج، شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر اضطراب و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و امید موثرتر بود و برای استرس تفاوتی معنادار بین تاثیر دو مداخله نبود.

در بررسی پیشینه‌ها، پژوهشی برای مقایسه‌ی تاثیر شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پریشانی روان‌شناختی (افسردگی، اضطراب، استرس) و امید در مردان مبتلا به نارسایی قلبی مرحله‌ی B یافت نشد اما نتایج دیگر پژوهش‌ها، نشان‌دهنده‌ی تاثیر مداخلات این پژوهش بر پریشانی روان‌شناختی (افسردگی، اضطراب، استرس) و امید در گروه‌های دیگر بود. پژوهش گودرزی و همکاران (۱۳۹۷) نشان‌دهنده‌ی

نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه دوتایی گروه‌ها در جدول ۷ ارائه شده است. نتایج جدول ۷ برای افسردگی تفاوتی معنادار بین شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ($P = ۰/۰۰۵$)، شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی با کنترل ($P < ۰/۰۰۱$) و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با کنترل ($P < ۰/۰۰۱$) را نشان داد. نتایج جدول ۷ برای اضطراب تفاوتی معنادار بین شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ($P = ۰/۰۳۴$)، شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی با کنترل ($P < ۰/۰۰۱$) و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با کنترل ($P < ۰/۰۰۱$) را نشان داد. طبق نتایج جدول ۷ برای استرس بین شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ($P = ۰/۴۵۱$) تفاوتی معنادار مشاهده نشد اما بین شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی با کنترل ($P < ۰/۰۰۱$) و بین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با کنترل ($P < ۰/۰۰۱$) تفاوتی معنادار مشاهده شد. همچنین نتایج جدول ۷ نشان‌دهنده‌ی تفاوتی معنادار بین شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ($P = ۰/۰۰۷$)، بین شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی با کنترل ($P = ۰/۰۰۸$) و بین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با کنترل ($P < ۰/۰۰۱$) برای امید بود.

بررسی تفاوت میانگین‌ها نشان داد برای افسردگی و امید، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی موثرتر بود و برای اضطراب، شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی نسبت به درمان

تیبین تاثیر ذهن آگاهی بیان کردند، ذهن آگاهی باعث تعدیل احساسات فرد بدون قضاوت و افزایش آگاهی نسبت به احساسات روانی و جسمانی می شود و به واضح دیدن و پذیرش هیجان ها و رویدادهای جسمانی، همانگونه که هستند، کمک می کند (۵۷). بنابراین، ذهن آگاهی می تواند نقشی مهم در تعدیل نمره های سلامت روان بیماران قلبی از طریق پرورش آگاهی لحظه به لحظه بدون قضاوت از تجربه خود، با مختل کردن چرخه نشخوار فکری در مورد پشیمانی های گذشته یا ترس های آینده و تقویت شفقت به خود و پیوند بین واکنش شناختی و قطع تشدید علائم افسردگی، ایفا کند (۵۸).

همچنین افراد در شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی از طریق عناصر شناخت درمانی و آموزش روانی در مورد افسردگی می آموزند که تلاش برای مقاومت یا اجتناب از افکار یا احساسات ناخواسته می تواند به جای کمک به رفع افسردگی، باعث تشدید پشیمانی و تداوم افسردگی شود (۵۹). علاوه بر این در فرایند شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی عناصر رفتاری اضافی شامل تشویق شرکت کنندگان به انجام فعالیت هایی مثل حمام کردن ذهن آگاهانه، گوش دادن به موسیقی دلپذیر یا پیاده روی وجود دارد که با توسعه این اقدامات عملی و ایجاد توانایی تشخیص افکار یا احساسات هشدار دهنده اولیه ای که نشانه ی بدتر شدن علائم افسردگی هستند، همراه با اقداماتی که باید در زمان وقوع شان انجام دهند، باعث افزایش بهزیستی می شوند (۵۶). همچنین Segal و همکاران (۲۰۰۲)، در مورد مکانیسم مهم تاثیر گذاری شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، بیان کردند که این درمان می تواند با افزایش آگاهی فراشناختی از طریق تشویق افراد به اتخاذ حالت متمایزی از وجود، یعنی حالت انجام دادن باشد زیرا در حالت انجام دادن، ذهن تفاوت بین نحوه نگرش فرد به رویدادها در مقایسه با نحوه انجام آنها را ثبت می کند پس برای کاهش اختلاف بین دیدگاه باید و هست تلاش می کند و در حالت بودن نیز که تمرکز توجه بر توجه و پذیرش در لحظه حال است نیازی به ارزیابی تجربه برای کاهش تفاوت بین حالات واقعی و مطلوب نیست (۶۰). بنابراین میتوان گفت که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی از طریق پرورش آگاهی لحظه به لحظه بدون قضاوت تجربه ی خود از لحظه حال و مختل کردن چرخه نشخوار فکری در مورد پشیمانی های مربوط به گذشته یا ترس های مربوط به آینده، با تقویت خودشفقتی

تاثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افسردگی در افراد دارای علایم افسردگی بود (۳۱)؛ پژوهش فرهادی و همکاران (۱۳۹۲) نشان دهنده ی تاثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افسردگی مردان مبتلا به بیماری عروق کرونر بود (۳۰)؛ پژوهش فرهادی و همکاران (۱۳۹۲) نشان دهنده ی تاثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر اضطراب مردان مبتلا به بیماری عروق کرونر بود (۳۲)؛ پژوهش رهنما، سجادیان و رؤفی (۱۳۹۶)؛ فتاحی و همکاران (۲۰۲۳) نشان دهنده ی تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پشیمانی روان شناختی (افسردگی، اضطراب، استرس) در بیماران قلبی عروقی بود (۳۹، ۴۰)؛ پژوهش خان بابایی و همکاران (۱۳۹۸) تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پشیمانی روان شناختی در مبتلایان به آرتریت روماتوئید را نشان داد (۴۱)؛ پژوهش Wersebe و همکاران (۲۰۱۸) تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش استرس و افزایش انعطاف پذیری روان شناختی را نشان داد (۴۳)؛ مطالعه موردی موسوی، حاتمی و نوری قاسم آبادی (۱۳۹۶) نشان دهنده ی تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب و افسردگی زنان مبتلا به سرطان پستان بود (۴۲)؛ پژوهش عبدالقادی و همکاران (۲۰۱۸) تاثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر امید در مبتلایان به درد مزمن را نشان داد (۳۷)؛ پژوهش پویان فر و همکاران (۲۰۲۰) نشان دهنده ی تاثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر امید در مبتلایان به ام اس بود (۳۶)؛ پژوهش های مقدم و همکاران (۱۳۹۷)؛ محمودی و کربلایی باقری (۱۳۹۹)؛ ناصری گرگون و همکاران (۱۴۰۰) نشان دهنده ی تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر امید در مبتلایان به سرطان بود (۴۴، ۴۵، ۴۶)، که یافته های این پژوهش با نتایج این پژوهش ها همخوانی داشت.

برای تبیین تاثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش پشیمانی روان شناختی، میتوان گفت که این مداخله با ایجاد تغییر شناختی در طرز تفکر و رفتار افراد، بر کاهش پشیمانی روان شناختی (افسردگی، اضطراب، استرس) تاثیر گذار می گذارد که این تغییر، از طریق تقویت شرطی است و در این فرایند، افراد برای رفتن به گام بعدی تلاش می کنند تا خود را در گامی بالاتر ببینند و این تمایل دائم بهبود تدریجی مرحله به مرحله را در پی دارد که در نتیجه ی آن، فرایند درمان در شرایطی همراه با آرامش و آگاهی، ادامه می یابد (۵۶). Neff & Gremer (۲۰۱۳) در

و پیوند بین واکنش شناختی، بر پریشانی روان شناختی یعنی افسردگی، اضطراب و استرس تاثیر دارد.

برای تبیین تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش پریشانی روان شناختی، میتوان گفت که این درمان از طریق فرایندهای پذیرش و ذهن آگاهی بر افسردگی، اضطراب و استرس تاثیر دارد که پذیرش از دو طریق موثر است (۶۱). پذیرش به معنای صبورانه تاب آوردن آنچه رخ می دهد است و زمانی که از طریق درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، با پذیرفتن تمام تجربه های درونی و بیرونی مثبت و منفی همانطور که در لحظه هستند بدون انجام تلاشی برای تغییر شکل و یا فراوانی این تجربه ها، پذیرش افزایش یابد، رفتار پذیرش جایگزین اجتناب تجربی می شود و اجتناب از رنج، درد و تجربه ناخوشایند کاهش می یابد (۶۲). همچنین علاوه بر تسهیل اقدام برای زندگی ارزش مدار از طریق پذیرش، در فرایند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد آگاهی از لحظه حال نیز با پذیرش، همجوشی زدایی شناختی و خود همچون بافتار به عنوان سایر اجزای فرایند درمان ارتباطی مستقیم دارد که آگاهی از لحظه حال به عنوان عنصر اساسی کمک کننده به فرایندهای ذهن آگاهی، با به کارگیری این فرایندها و تاثیرشان بر یکدیگر، با بهبود توانایی ایجاد پاسخ های متفاوت در زمان مواجهه با مشکلات، انعطاف پذیری روان شناختی افراد را افزایش می دهد (۶۳). علاوه بر این میتوان بیان کرد با توجه به اهداف اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد که تشویق به پذیرش افکار و احساسات ناخواسته ای است که اتفاق می افتند یا به نظر می رسد که نمی توان کنترلشان کرد و نیز تعهد و عمل در راستای زندگی ارزش مدارانه که باعث می شود افراد یاد بگیرند داشتن افکار و احساسات ناخواسته قابل پذیرش و قابل قبول است، افراد در مواجهه با خلق منفی، اضطراب و استرس به دلیل افزایش انعطاف پذیری روان شناختی و یادگیری پذیرش افکار و احساسات ناخواسته، پاسخ دهی متفاوتی دارند و به دنبال پاسخ دهی متفاوت به موقعیت ها، پریشانی روان شناختی افراد کاهش می یابد (۶۴). بنابراین میتوان گفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق بهبود تمرکز بر لحظه حال، افزایش پذیرش و انعطاف پذیری روان شناختی و کسب توانایی پاسخ دهی منعطف تر در نتیجه فرایندهای درمان، بر پریشانی روان شناختی یعنی افسردگی، اضطراب و استرس تاثیر می گذارد.

موثرتر بودن درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی می تواند به این دلیل باشد که در فرایند تاثیر گذاری درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد علاوه بر آنکه تمرین های ذهن آگاهی چرخه نشخوار فکری که راه انداز افسردگی است را مختل و شفقت به خود را تقویت می کند (۵۸)، از طریق افزایش پذیرش که باعث تسهیل شناسایی ارزش ها و اقدام متعهدانه برای حرکت در مسیر اهداف ارزش مدار و افزایش انعطاف پذیری روان شناختی می شود نیز بر کاهش افسردگی تاثیر گذار است (۶۱، ۶۲). در واقع میتوان گفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق سه مسیر بر کاهش افسردگی تاثیر دارد اما تمرکز شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی طبق بیان Segal و همکاران (۲۰۱۳)، بر مختل کردن چرخه نشخوار فکری و شناسایی افکار، باورها و احساس های بدنی از طریق تمرین های ذهن آگاهی برای آگاهی از تغییرات جزئی خلق و پیشگیری از عود افسردگی است (۲۵). بنابراین می توان موثرتر بودن درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را در ارتباط با شناسایی ارزش ها و اقدام متعهدانه در مسیر اهداف مبتنی بر ارزش ها برای نیل به زندگی ارزش مدارانه دانست. در مورد موثرتر بودن شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر اضطراب اینگونه می توان گفت که، از آنجا که افرادی که درگیر نشخوارهای مرتبط با گذشته یا آینده می شوند، ممکن است این افکار را طوری تجربه کنند که انگار واقعاً در حال رخ دادن هستند و به عنوان تهدیدی فوری خواستار توجه به آنها شوند و این امر همراه با افزایش فعال شدن آمیگدال ثبتي برای تهدید و ظرفیت هیجانی محرک ها است (۵۶) و طبق پژوهش Tang و همکاران (۲۰۲۰)، تمرین های ذهن آگاهی، با تاثیر بر سیستم لیمبیک و آمیگدال و کاهش فعالیت آنها و کاهش نشخوار فکری، تهدیدهای گذشته و آینده باعث عدم ادراک آنها به عنوان تجربه ای فوری و در زمان حال ادراک می شوند (۶۵). بنابراین شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی نسبت به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بیشتر بر مختل کردن چرخه نشخوار فکری و شناسایی افکار، باورها و احساس های بدنی از طریق تمرین های ذهن آگاهی تمرکز می کند که افراد از این طریق یاد می گیرند که بتوانند با برگرداندن توجه به لحظه حال و مشاهده احساس های بدنی و افکار، اضطراب کمتری تجربه کنند.

برای تبیین عدم تفاوت تاثیر دو مداخله بر استرس میتوان گفت که، با توجه به یافته های Di Palo (۲۰۲۰)، منابع

عنوان یکی از درمان های مبتنی بر ذهن آگاهی (۲۹)، همانطور که Allen و همکاران (۲۰۲۱) بیان کردند، اغلب بر جنبه های خاصی مثل شفقت، آرامش، و مهارت های شناختی تمرکز دارد (۶۶) که باعث ایجاد پیامدهای مثبت امید (۲۸) و خوش بینی (۶۷) می شوند. بنابراین ذهن آگاهی به عنوان جزیی از فرایند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد که دارای دو جزء رفتار آگاهانه و بدون قضاوت است، از طریق ارتباطش با کاهش باورهای شکستناپذیر، نیاز کمتر به تایید، به کارگیری راهبردهای نظم جویی هیجان سازگارتر و بازداری رفتاری کمتر (۶۸) و نیز تکنیک های آرام بخش، با آوردن تمرکز افراد به لحظه حال (۶۹) از طریق این اجزاء با بهبود بعد شناختی امید یعنی تفکر عامل، امید را افزایش می دهد. علاوه بر این درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق فرایند پذیرش، با تسهیل زندگی ارزش مدارانه به حرکت در مسیر ارزش ها کمک می کند (۶۱). بنابراین می توان گفت شناسایی ارزش ها توسط افراد در فرایند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نیز، می تواند بر بهبود بعد معطوف به هدف امید تاثیرگذار باشد زیرا افراد می توانند با انتخاب هدف های مبتنی بر ارزش های شان و اقدام متعهدانه در مسیر آن اهداف پیش بروند که مجموعه ای این عوامل نیز می تواند افزایش دهنده امید باشند. موثرتر بودن درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش امید، می تواند به دلیل تاثیر بیشتر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق تاثیر بر هر دو بعد شناختی و تفکر عامل سازی امید باشد زیرا این مداخله علاوه بر اینکه با تمرین های ذهن آگاهی طبق بیان Hayes و همکاران (۲۰۰۶) توانایی تمرکز عامدانه بر لحظه حال را ایجاد می کند (۷۲) با تحریک پلاستیسیته قشر خاکستری مغز (۷۳)، باعث تغییر در بعد شناختی سازی امید می شود. علاوه بر این، این درمان می تواند با شناسایی ارزش ها و اقدام متعهدانه در مسیر اهداف زندگی ارزش مدار بر بعد تفکر عامل سازی امید نیز تاثیر بگذارد. بنابراین شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی با تمرین های ذهن آگاهی و تکنیک های شناختی بر بعد شناختی سازی امید تمرکز بیشتری دارد که از طریق تکنیک های با تایر بر باورهای ناکارآمد و محدودکننده، باورهای مرتبط با شکست را کاهش می دهد اما درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد علاوه بر تاثیری که از طریق تمرین های ذهن آگاهی و تمرکز بر لحظه ی حال بر بعد شناختی امید دارد می تواند با شناسایی ارزش ها و

استرس مبتلایان به نارسایی قلبی متنوع هستند و برخی از آنها مثل پیشرفت علائم بیماری، مشکلات اقتصادی و پیچیدگی های فرایندهای درمانی مرتبط با شرایط جسمانی ناشی از بیماری و فرایندهای درمانی هستند و روان شناختی نیستند (۸)، بنابراین با توجه به اینکه هر دو مداخله این پژوهش، برای مقابله با استرس همانطور که بیان شد از طریق جزء ذهن آگاهی فرایندهای درمانی شان افراد را به سمت انعطاف پذیری و آوردن توجه به لحظه حال برای پاسخ دهی متفاوت به موقعیت تنش زا، سوق می دهند پس هر دو با فرایندی مشابه بر استرس تاثیرگذار هستند. برای تبیین تاثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افزایش امید، میتوان گفت که، تمرکز مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی بر جنبه های خاصی مثل شفقت، آرامش، و مهارت های شناختی است و ارتباطی بین ذهن آگاهی با افزایش پیامدهای مثبت برخی از متغیرهای روان شناسی مثبت وجود دارد (۶۶). طبق پژوهش ها، مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی می توانند باعث ایجاد پیامدهای مثبت امید (۲۸) و خوش بینی (۶۷) شوند زیرا مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی، دو جزء رفتار آگاهانه و بدون قضاوت دارند که با کاهش باورهای شکستناپذیر، نیاز کمتر به تایید، نظم جویی هیجان سازگارتر و بازداری رفتاری کمتر ارتباط دارند (۶۸) و می توانند با تمرینات آرام بخش تمرکز افراد را به لحظه حال بیاورند (۶۹) و مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی از طریق این اجزاء بعد شناختی امید که تفکر عامل است را بهبود می دهند. علاوه بر این، تمرین های ذهن آگاهی می توانند به طور مثبت باعث بهبود علایم روان پزشکی، عملکرد روانی اجتماعی و تغییرات شناختی در افراد شوند که بهبود این موارد، باعث افزایش آگاهی و بینش افراد می شود (۷۰، ۷۱)، بنابراین همانطور که Tabak, Horan, & Green (۲۰۱۵) بیان کرده اند وقتی از طریق تمرین های مراقبه ی ذهن آگاهی و تکنیک های شناختی در شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، باورهای شکستناپذیر افراد کمتر و از نظر نظم جویی هیجان سازگارتر می شوند، به دنبال ارتقای عملکرد روانی اجتماعی و مهارت های شناختی شان (۶۸)، به دلیل اینکه امید در تعریف Snyder (۲۰۰۰) دارای ابعاد شناختی و هیجانی است (۱۶)، هرگاه شناخت و هیجان بهبود یابند، امید نیز افزایش می یابد. برای تبیین تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش امید میتوان گفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نیز به

اقدام متعهدانه در مسیر هدف‌های زندگی ارزش‌مدار به دلیل تاثیر بر هر دو بعد تفکر عامل با تقویت کردن حس کارآمدی و انتظارات معطوف به هدف، تاثیر بیشتری نسبت به شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی که فقط بر بعد شناختی موثر است، داشته باشد.

نتیجه‌گیری

برای نتیجه‌گیری نهایی می‌توان گفت که شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هر دو مداخلاتی موثر و پایدار برای پریشانی روان‌شناختی (افسردگی، اضطراب، استرس) و امید در مردان مبتلا به نارسایی قلبی مرحله‌ی B هستند. با توجه به تاثیر بیشتر شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر اضطراب و تاثیر بیشتر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و امید و نیز عدم تفاوت این دو مداخله بر استرس، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را میتوان مداخله‌ای موثرتر دانست.

در این گروه از مبتلایان به نارسایی قلبی پریشانی روان‌شناختی به‌ویژه در طولانی‌مدت، می‌تواند با عمل به‌عنوان عاملی خطرزا باعث وخیم‌تر شدن وضعیت سلامت مبتلایان و پیشرفت علایم بیماری شود و علاوه بر این، پریشانی روان‌شناختی به‌ویژه افسردگی بر امید که نقش بسزایی در سازگاری با پیامدهای بیماری و کیفیت زندگی دارد نیز تاثیر می‌گذارد. بنابراین پیشنهاد می‌شود در مراکز درمانی همراه با آموزش‌ها و درمان‌های پزشکی رایج، پس از ارزیابی اولیه، پریشانی روان‌شناختی و امید مراجعان به‌صورت ماهانه و یا دوره‌ای ارزیابی شوند و برای آنانکه طبق ارزیابی شدت افسردگی و ناامیدی بیشتری دارند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و برای آنانکه شدت اضطراب بیشتری دارند شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی

اجرا شود. همچنین برای افرادی که مشکلات استرس دارند پیشنهاد می‌شود تلفیقی از دو درمان شامل تمرین‌های روزانه ذهن‌آگاهی، هدف‌گذاری برای زندگی مطابق ارزش‌ها به‌ویژه ارزش‌های مرتبط با سلامت و یا یکی از درمان‌ها به تنهایی به‌کارگرفته شود.

این پژوهش نیز مانند پژوهش‌های دیگر محدودیت‌هایی داشت. یکی از این محدودیت‌ها انجام پژوهش حاضر در گروه مردان غیر سالمند مبتلا به نارسایی قلبی مرحله‌ی B بود که در تعمیم نتایج به گروه زنان غیر سالمند و سالمند، مردان سالمند و سطوح پیشرفته‌تر بیماری باید احتیاط شود و مورد دیگر انجام سنجش‌ها و ارزیابی‌ها با پرسشنامه‌ی خودگزارشی بود که امکان مطلوب‌نمایی اجتماعی در آن وجود دارد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده تاثیر شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب‌آوری، شفقت به خود و خودمراقبتی در مبتلایان به نارسایی قلبی بررسی و مقایسه شوند. علاوه بر این، مشابه این مطالعه در گروه مردان سالمند و زنان سالمند و غیر سالمند با حجم نمونه‌ی بزرگتر اجرا شود. همچنین در مرحله‌ی پیگیری همراه با پرسشنامه، از طریق مصاحبه نیز ارزیابی‌ها انجام شوند.

سیاسگزاری

این مقاله برگرفته از رساله‌ی دکتری تخصصی نویسنده‌ی اول در رشته‌ی روان‌شناسی است. بدین‌وسیله از شرکت‌کنندگان در این پژوهش، صمیمانه قدردانی می‌شود.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌نمایند که هیچ‌گونه تعارض منافی در این پژوهش وجود نداشته است.

References

1. Heidenreich AP, Bozkurt B, Aguilar D, Allen LA, Byun JJ, Colvin MM, Deswal A, Drazner MH, Dunlay ShM, Evers LR, Fang JC, Fedson SE, Fonarow GC, Hayek SS, Hernandez AF, Khazanie P, Kittleson MM, Lee ChS, Link MS, Milano CA, Nnacheta LC, Sandhu AT, Stevenson LW, Vardeny O, Vest AR, Yancy CW. 2022 AHA/ACC/HFSA Guideline for the Management of Heart Failure: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines.

Circulation. 2022; 145(18):e895-e1032. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2021.12.011>

2. Mohamdiheris V, Shakerdolag A, Khademi A, Zeynali A, Safai N. The effect of acceptance and commitment therapy on chronic pain, resilience and self-care in women with coronary artery disease. Iranian Journal of Cardiovascular Nursing. 2020; 1(9):152-163. (Persian). <https://journal.icns.org.ir/article-1-678-en.html>
3. Benjamin EJ, Muntner P, Bittencourt MS. Heart disease and stroke statistics-2019 update: A report from American heart Association.

- Circulation. 2019; 139(10):e56-e528. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000659>
4. Heidari M, Sarvandian S, Moradbeigi K, Akbari Nassaji N, & Vafaizadeh M. Comparing the effect of telenursing and education without follow-up in the caregivers of heart failure patients on the self-care behavior and clinical status of heart failure patients. *Journal of Hayat*. 2017; 23(1): 44-58. (Persian). <https://hayat.tums.ac.ir/article-1-1722-en.html>
 5. Seraji M, Rakhshani F. Evaluation of the Effect of Educating Self Care Behavior of Heart failure Patients on Economy of Health. *International Journal of Medical Research and Health Sciences*. 2016; 5(8):279-284.
 6. Seraji M, Rakhshani F. On the consideration of self-care behaviors in patients affected by congestive heart failure and factors related to it. *Iranian Journal Health Science*. 2017; 5(2):25-31. <https://doi.org/10.29252/jhs.5.2.25>
 7. Tawakol A, Ishai A, Takx RA, et al. Relation between resting amygdalar activity and cardiovascular events: a longitudinal and cohort study. *The Lancet*. 2017; 389:834-845. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31714-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31714-7)
 8. Di palo KE. Psychological disorders in heart failure. *Heart Failure Clinical*. 2020; 16(1):131-138. <https://doi.org/10.1016/j.hfc.2019.08.011>
 9. Sokoreli I, De Vries J, Pauws S, et al. Depression and anxiety as predictors of mortality among heart failure patients: systematic review and meta-analysis. *Heart Failure Review*. 2016; 21(1):49-63. <https://doi.org/10.1007/s10741-015-9517-4>
 10. Emdin CA, Odutayo A, Wong CX, Tran J, Hsiao AJ, Hunn BHM. Meta-Analysis of Anxiety as a Risk Factor for Cardiovascular Disease. *American Journal of Cardiology*. 2016; 118(4):511-519. <https://doi.org/10.1016/j.amjcard.2016.05.041>
 11. Katharina J, Beer K, Arolt V, Haverkamp W, Linnea S, Martus P, et al. Association between heart focused anxiety, depressive symptoms, health behaviors and healthcare utilization in patients with coronary heart disease. *Journal of Psychosomatic Research*. 2020; 131:109958. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2020.109958>
 12. Drapeau A, Marchand A, Beaulieu-Prévost D. Epidemiology of Psychological Distress. In LAbate PL (Ed.), *Mental Illnesses-Understanding, Prediction and Control*. London: Intech Open; 2012; 134-155. <https://doi.org/10.5772/30872>
 13. Norlund F, Lissåker C, Wallert J, Held C, Olsson EM. Factors associated with emotional distress in patients with myocardial infarction: results from the Sweden Heart Registry. *European Journal of Prevention Cardiology*. 2018; 25(9):910-920. <https://doi.org/10.1177/2047487318770510>
 14. Lichtman JH, Thomas BJ, Blumenthal JA, Nancy FS, Kaufmann PG, François L, et al. Depression and coronary heart disease. *Circulation*. 2008; 118(17):1768-1775. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.108.190769>
 15. Holdgaard A, Eckhardt-Hansen C, Lund T, Funch Lassen C, Lærum Sibiliz K, Dan Eik Hofsten D, Prescott E, Kruuse Rasmusen H. Intensive group-based cognitive therapy in patients with cardiac disease and psychological distress-a randomized controlled trial protocol. *Trials*. 2021; 22: Article Number: 455. <https://doi.org/10.1186/s13063-021-05405-3>
 16. Snyder CR. *Handbook of hope: Theory, measures, and applications*. USA: Academic Press; 2000.
 17. Colby DA, Shifren K. Optimism, mental health, and quality of life: a study among breast cancer patients. *Psychol Health Med*. 2013; 18(1):10-20. <https://doi.org/10.1080/13548506.2012.686619>
 18. Schiavon CC, Marchetti E, Gurgel LG, Busnello FM, & Reppold CT. Optimism and Hope in Chronic Disease: A Systematic Review. *Frontiers Psychology*. 2017; 7:2022. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.02022>
 19. Broadhurst K, & Harrington A. A mixed method thematic review: The importance of hope to the dying patient. *Journal of Advanced Nursing*, 2016; 72(1):18-32. <https://doi.org/10.1111/jan.12765>
 20. Chen Y, Fu G, Liang F, Wei J, He J, & Bai J. Symptoms, hope, self-management behaviors, and quality of life among Chinese preoperative patient with symptomatic valvular heart diseases. *Journal of Transcultural Nursing*. 2020; 31(3):284- 293. <https://doi.org/10.1177/1043659619864157>
 21. Van Allen J, Seegan PL, Haslam A, & Steele RG. Hope mediates the relationship between depression and quality of life among youths enrolled in a family-based pediatric obesity intervention. *Children's Health Care*. 2016; 45(4):441-454. <https://doi.org/10.1080/02739615.2015.1065744>
 22. Zou H, Cao X, Geng J, Chair, SY. Effects of

- mindfulness-based interventions on health-related outcomes for patients with heart failure: a systematic review. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 2020; 19(1):44-54. <https://doi.org/10.1177/1474515119881947>
23. Jiang Y, Shorey S, Seah B, et al. The effectiveness of psychological interventions on self-care, psychological and health outcomes in patients with chronic heart failure: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*. 2018; 78:16-25. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.08.006>
 24. Creswell JD. Mindfulness interventions. *Annual Review of Psychology*. 2017; 68:491-516. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-042716-051139>
 25. Segal ZV, Teasdale JD, Williams J, Mark G. Mindfulness-based cognitive therapy for depression. New York (NY): Guilford Press; 2013.
 26. Zimmermann FF, Burrell B, Jordan J. The acceptability and potential benefits of mindfulness-based interventions in improving psychological well-being for adults with advanced cancer: a systematic review. *Complement Therapy and Clinical Practice*. 2018; 30:68-78. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2017.12.014>
 27. Li G, Yuan H, Zhang W. The Effects of Mindfulness-Based Stress Reduction for Family Caregivers: Systematic Review. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2016; 30(2):292-299. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.08.014>
 28. Munoz RT, Hoppes S, Hellman CM, Brunk KL, Bragg JE, & Cummins C. The effects of mindfulness meditation on hope and stress. *Research in Social Work Practice*. 2018; 28: 696-707. <https://doi.org/10.1177/1049731516674319>
 29. Gupta SK. Handbook of Research on Clinical Applications of Meditation and Mindfulness-Based Interventions in Mental Health. IGI Global; 2022. <https://doi.org/10.4018/978-1-7998-8682-2>
 30. Farhadi A, Movahedi Y, Kariminajad K, Movahedi M. The effect of mindfulness-based cognitive therapy on depression in male patients with coronary artery disease. *Iranian Journal of Cardiovascular Nursing*. 2014; 2(4):6-14. (Persian). <https://journal.icns.org.ir/article-1-92-en.html>
 31. Goudarzi M, Ghasemi N, Mirderikvand F, Gholamrezaei S. The Effectiveness of cognitive therapy based on mindfulness on positive affect, psychological flexibility and mind-awareness components of people with depression symptoms. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*. 2018; 5(5):53-68. (Persian). <https://doi.org/10.29252/shenakht.5.5.53>
 32. Farhadi A, Movahedi M, Movahedi Y. The efficacy of cognitive therapy based on presence of mind in reduction of anxiety in patients with coronary heart disease: with a 2 month follow-up. *Yafte*. 2014; 15(4):20-29. (Persian). <https://yafte.lums.ac.ir/article-1-1441-en.html>
 33. Saberinia A, Aflatoniyani E, Jannat F, Aminizadeh M. The Effect of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Anxiety of Pre-Hospital Emergency Staff. *Journal of Rehabilitation*. 2019; 20(4):340-349. <https://rehabilitationj.uswr.ac.ir/article-1-2529-fa.html> <https://doi.org/10.32598/rj.20.4.340>
 34. Mittal TK, Evans E, Pottle A, Lambropoulos C, Morris C, Surawy C, Chuter A, Cox F, de Silva R, Mason M, Banya W, Thakrar D, Tyrer P. Mindfulness-based intervention in patients with persistent pain in chest (MIPIC) of non-cardiac cause: a feasibility randomised control study. *Open Heart*. 2022; 9(1):e001970. (Persian). <https://doi.org/10.1136/openhrt-2022-001970>
 35. Butt MK. Effectiveness of Mindfulness Based Cognitive Therapy in Reducing Stress among Senior Medical Students: A Single Subject Experimental Study. *Open Journal of Social Sciences*. 2022. 10, 431-445. <https://doi.org/10.4236/jss.2022.105027>
 36. Pouyanfard S, ParviziFard A, Mohammadpour M, & Sadeghi K. Effectiveness of mindfulness-integrated cognitive behavior therapy on anxiety, depression and hope in multiple sclerosis patients: a randomized clinical trial. *Trends Psychiatry Psychotherapy*. 2020; 42(1): 55-63. <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2018-0105>
 37. Abdolghaderi M, Kafi SM, Saberi A, & Ariaporan S. Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Hope and Pain Beliefs of Patients with Chronic Low Back Pain. *Caspian Journal of Neurological Science*. 2018; 4(1):18-23. <https://doi.org/10.29252/nirp.cjns.4.12.18>
 38. Hayes SC. Acceptance and commitment therapy, relational frame theory and the third wave of behavioral and cognitive therapies - Republished Article. *Behavioral*

- Therapies. 2016; 47(6):869-885. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.11.006>
39. Rahnama M, Sajjadian I, Raoufi A. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Psychological Distress and Medication Adherence of Coronary Heart Patients. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*. 2017; 5(4):34-43. (Persian). <https://doi.org/10.21859/ijpn-05045>
 40. Fattahi A, Mazini F, Jaberghaderi N, Rajabi F, Derakhshani M, Laki M. Effectiveness of acceptance and commitment therapy upon distress, emotion regulation, and self-compassion in patients with cardiovascular disease: a randomized clinical trial. *Trends Psychiatry and Psychotherapy*. 2023; Sep, 1-19. <https://doi.org/10.47626/2237-6089-2023-0685>
 41. Khanbabaee N, Zahedi R, Rafiepoor A. The effectiveness of treatment based on acceptance and commitment on the psychological distress and fear of disease progression in patients with rheumatoid arthritis. *Health Psychology*. 2019; 8(30):117-132. (Persian).
 42. Mousavi M, Hatami M, Nouri Ghasemabadi R. Investigating the effect of acceptance and commitment therapy on fatigue and anxiety of breast cancer patients «report of three cases». *Pezhooesh Dar Pezeshki*. 2017; 41(3):189-198.
 43. Wersebe H, Lieb R, Meyer AH, Hofer P, Gloster AT. The link between stress, well-being, and psychological flexibility during an Acceptance and Commitment Therapy self-help intervention. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2018; 18(1):60-68. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2017.09.002>
 44. Mogadam N, Amraee R, Asadi F, Amani O. The Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Hope and Psychological Well-being in Women with Breast Cancer under Chemotherapy. *IJPN*. 2018; 6(5):1-8. (Persian). <https://ijpn.ir/article-1-1155-fa.html>
 45. Mahmoodi H, & Karbalaee Bagheri Z. Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on a Sense of Hope and Belief to the Just World in Patients with Breast Cancer. *Health Psychology Journal*. 2020; 9(34):155-170. (Persian).
 46. Naseri Garagoun S, Mousavi SM, Shabahang R, & Bagheri Sheykhangafshe F. The Effectiveness of Mindfulness-Based Stress Reduction Intervention on Resilience and Life Expectancy of Gastrointestinal Cancers Patients. *IJPN*. 2021; 9 (2):60-71. (Persian). <https://ijpn.ir/article-1-1759-fa.html>
 47. Saadipour E. *Research Methods in Psychology and Educational sciences*. Tehran: Doran. 2022.
 48. Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: Comparisons of the Depression Anxiety Stress Scale (DASS) with the beck Depression and Anxiety Inventories. *Behavior Research and Therapy*. 1995; 35:79-89. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00075-U](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-U)
 49. Anthony MM, Beiling PJ, Cox BJ, Enns MW, Swinson RP. Psychometric properties of the 42 - items and 21 - items version of the depression, anxiety & stress scale in clinical groups and a community sample. *Psychological Assessment*. 1998; 2:176-181. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.10.2.176>
 50. Asghari Moghaddam MA, Saed F, Dibajnia P, Zangeneh J. A Preliminary Validation of the Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS) in Non-Clinical Sample. *Daneshvat Raftar*. 2008; 15(31):28-32. (Persian).
 51. Afzali A, Delavar A, Borjali A, Mirzamani M. Psychometric Properties of DASS-42 as Assessed in a Sample of Kermanshah High School Students. *Journal of Research in Behavioral Sciences*. 2007; 5 (2):81-92. (Persian). <https://rbs.mui.ac.ir/article-1-123-fa.html>
 52. Snyder CR, Harris C, Anderson JR, Holleran SA, Irving SA, Sigmon S, Yoshinobu L, Gibb J, Langelle C, & Harney P. The will and the ways: Development and validation of an individual-differences measurement of hope. *Journal of Personality, Sociology & Psychology*. 1991; 60(4):570 - 585. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.60.4.570>
 53. Snyder CR, & Lopez SJ. *Handbook of positive psychology*. US: Oxford University Press; 2007.
 54. Kermani Z, Khodapanahi MK, Heidari M. Psychometric Properties of the Snyder's Hope Scale. *Ravanshenasi Karbordi*. 2011; 3(19): 7-23. (Persian).
 55. Hayes SC, Strosahl K. *Practical Guide to Acceptance and commitment Therapy*. New York: Springer Science and Business Media Incorporation; 2010.
 56. Sipe WEB, Eisendarth S. *Mindfulness-Based Cognitive Therapy: Theory and Practice*. Canadian

- Journal of Psychiatry. 2012; 57(2):63-69. <https://doi.org/10.1177/070674371205700202>
57. Neff KD, Germer CK. A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *Journal of Clinical Psychology*. 2013; 69:28-44. <https://doi.org/10.1002/jclp.21923>
 58. Kuyken W, Watkins E, Holden E, et al. How does mindfulness-based cognitive therapy work? *Behavior Research Therapy*. 2010; 48(11):1105-1112. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.08.003>
 59. Teasdale JD, Moore RG, Hayhurst H. Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression: Empirical evidence. *Journal of Consult Clinical Psychology*. 2002; 70(2):275-287. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.70.2.275>
 60. Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression*. New York (NY): Guilford Press; 2002.
 61. Stoddard J, Afari N. *The Big Book of ACT Metaphors: A Practitioner's Guide to Experiential Exercises and Metaphors in Acceptance and Commitment Therapy*. New Harbinger Publications; 2014.
 62. Robinson PJ, Strosahl KD. *The mindfulness and acceptance workbook for depression: Using acceptance and commitment therapy to move through depression and create a life worth living*. Oakland (CA): New Harbinger; 2008.
 63. Zettle RD. *ACT for depression: A clinician's guide to using acceptance and commitment therapy in treating depression*. Oakland (CA): New Harbinger; 2007.
 64. Eifert GH, Forsyth JP. *Acceptance and Commitment Therapy for Anxiety Disorders*. New Harbinger Publication; 2005.
 65. Tang R, Friston KJ, Yi-Yuan Tang Y. Brief Mindfulness Meditation Induces Gray Matter Changes in a Brain Hub. *Neural Plasticity*. 2020; Published online: Article ID 8830005, 8 pages <https://doi.org/10.1155/2020/8830005>
 66. Allen JG, Romate J, & Rajkumar E. Mindfulness-Based Positive Psychology Interventions: A Systematic Review. *BMC Psychology*. 2021; 9(1):116, 1-18. <https://doi.org/10.1186/s40359-021-00618-2>
 67. Heckenberg RA, Hale MW, Kent S, & Wright BJ. An online mindfulness-based program is effective in improving affect, over-commitment, optimism and mucosal immunity. *Physiology & Behavior*. 2019; 199:20 - 27. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2018.11.001>
 68. Tabak NT, Horan WP, & Green MF. Mindfulness in schizophrenia: Associations with self-reported motivation, emotion regulation, dysfunctional attitudes, and negative symptoms. *Schizophrenia Research*. 2015; 168(1-2):537-542. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2015.07.030>
 69. Sari SP, & Dwidiyanti M. Case study: Mindfulness with a spiritual approach in schizophrenic patients with risk of violent behavior. *Proceeding Konferensi Nasional XI Keperawatan Kesehatan Jiwa*. 2014; 290-294.
 70. Chien WT, & Thompson DR. Effects of a mindfulness-based psychoeducation programme for Chinese patients with schizophrenia: 2-Year follow-up. *British Journal of Psychiatry*. 2014; 205(1):52-59. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.134635>
 71. Chien WT, Cheng HY, McMaster TW, Yip ALK, & Wong JCL. Effectiveness of a mindfulness-based psychoeducation group programme for early stage of schizophrenia: An 18-month randomized controlled trial. *Schizophrenia Research*. 2019; 212:140-149. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2019.07.053>
 72. Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, & Lillis J. Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behavior Research Therapy*. 2006; 44(1):1 - 25. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>
 73. Farb NA, Anderson AK, Mayberg H, Bean J, McKeon D, & Segal ZV. Minding one's emotions: Mindfulness training alters the neural expression of sadness. *Emotion*. 2010; 10(1):25-33. <https://doi.org/10.1037/a0017151>