

صفحه اختصاصی دانلود پایان نامه های روانشناسی شناختی و موضوعات مشابه با این پایان نامه

دانلود فایل کامل این پایان نامه همراه با منابع فارسی و لاتین

بسم الله الرحمن الرحيم



دانشگاه آزاد اسلامی
پردیس علوم و تحقیقات (هرمزگان)

پایان نامه درجه کارشناسی ارشد (M.A)
رشته: روانشناسی
گرایش: بالینی

عنوان :

**اثربخشی برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی (MBSR) بر کیفیت زندگی، استرس
ادراک شده و بهزیستی روان شناختی بیماران قلبی-عروقی**

استاد راهنما :

دکتر کبری حاجی علیزاده

نگارش :

جاسم کریم پور

تابستان ۱۳۹۳



معاونت پژوهش و فن آوری

به نام خدا

مشور اخلاق پژوهش

یاداری از خداوند سبحان و معتقد به این که عالم صغیر خداست و مولود مظهر بر افعال انسان بوده، مستلزم پاس داشت تمام مبدء دانش و پژوهش و تفکر به ایت جامع و دانشگاه و اخلاقی فرهنگ و تمدن بشری، مادی انجمن و احصاء بیات علمی

و احصاء بیات دانشگاه از لوازم اسلامی مهدی کریم اصول زیر را در انجام رعایت بی پژوهشی مد نظر قرار داده و از آن تعقیب کنیم:

۱- اصل حقیقت جویی: تلاش در راستای بی جویی حقیقت و وفاداری به آن و دوری از حرکت بهمان سازی حقیقت.

۲- اصل رعایت حقوق: التزام بر رعایت کامل حقوق پژوهشگران و پژوهشگران (انسان، حیوان و نبات) و سایر صاحبان حق.

۳- اصل مالکیت مادی و معنوی: تمهید بر رعایت کامل حقوق مادی و معنوی دانشگاه و یکدیگر به کاران پژوهش.

۴- اصل منافع ملی: تمهید بر رعایت مصالح ملی و در نظر داشتن بهره بردار و توسعه کشور و یکدیگر مراکز پژوهش.

۵- اصل رعایت انصاف و امانت: تمهید بر اجتناب از حرکت به جانب داری غیر علمی و حفاظت از اموال، تجسیرات و منابع در اختیار.

۶- اصل رازداری: تمهید بر صیانت از اسرار و اطلاعات محرمانه افراد، سازمان ها و کشور و یکدیگر افراد و نهادهای مرتبط با تحقیق.

۷- اصل احترام: تمهید بر رعایت حریم با حرمت با انجام تحقیقات و رعایت جانب تعد و خودداری از حرکت به حرمت شکنی.

۸- اصل ترویج: تمهید بر رواج دانش و ابداع نتایج تحقیقات و انتقال آن به کاران علمی و دانشجویان به غیر از مولودی که منع قانونی دارد.

۹- اصل برات: التزام بر رات جویی از حرکت به رفتار غیر خردی و اعلام موضع نسبت به کسانی که حوزه علم و پژوهش را به مثابه بی غیر علمی آگاهند.



بسمه تعالی

تعهد اصالت پایان نامه

- اینجانب جاسم کریم پور دانش آموخته مقطع کارشناسی ارشد ناپیوسته در رشته روانشناسی بالینی که در تاریخ / / از پایان نامه خود تحت عنوان اثربخشی برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی (MBSR) بر کیفیت زندگی، استرس ادراک شده و بهزیستی روان شناختی بیماران قلبی-عروقی با کسب نمره و درجه دفاع نموده ام بدینوسیله متعهد می شوم:
- ۱- این پایان نامه حاصل تحقیق و پژوهش انجام شده توسط اینجانب بوده و در مواردی که از دستاوردهای علمی و پژوهشی دیگران (اعم از پایان نامه، کتاب، مقاله و...) استفاده نموده ام مطابق ضوابط و رویه موجود نام منبع مورد استفاده و سایر مشخصات آن را در فهرست مربوطه ذکر و درج کرده ام.
 - ۲- این پایان نامه / رساله قبلاً برای دریافت هیچ مدرک تحصیلی (هم سطح، پایین تر یا بالاتر) در سایر دانشگاه ها و موسسات آموزش عالی ارائه نشده است.
 - ۳- چنانچه بعد از فراغت از تحصیل قصد استفاده و هر گونه بهره برداری اعم از چاپ کتاب، ثبت اختراع و... از این پایان نامه داشته باشم از حوزه معاونت پژوهشی واحد مجوزهای مربوطه را اخذ نمایم.
 - ۴- چنانچه در هر مقطعی زمانی خلاف موارد فوق ثابت شود عواقب ناشی از آن را می پذیرم و واحد دانشگاهی مجاز است با اینجانب مطابق مقررات و ضوابط رفتار نموده و در صورت ابطال مدرک تحصیلی ام هیچگونه ادعایی نخواهم داشت.

نام و نام خانوادگی: جاسم کریم پور

تاریخ و امضاء

این پایان نامه را ضمن تشکر و سپاس بیکران و در کمال افتخار و امتنان تقدیم می نمایم به:

محضر ارزشمند پدر و مادر عزیزم به خاطر همه ی تلاشهای محبت آمیزی که در دوران مختلف زندگی،
بی دریغ نثارم کرده اند و بامهربانی چگونه زیستن را به من آموخته اند.

به همسر مهربانم وفرزندم(الهام وفرزان) که در تمام طول تحصیل، شکیبا و صبور، همراه و همگام من
بوده اند.

به استادان فرزانه و فرهیخته ای که در راه کسب علم و معرفت مرا یاری نمودند.

به آنان که در راه کسب دانش راهنمایم بودند.

به آنان که نفس خیرشان و دعای روح پرورشان بدرقه ی راهم بود.

الها به من کمک کن تا بتوانم ادای دین کنم و به خواسته ی آنان جامه ی عمل بپوشانم

تقدیر و تشکر

شکر شایان نثار ایزد منان که توفیق را رفیق راهم ساخت تا این پایان نامه را به پایان برسانم. از استاد فاضل و اندیشمندم دکتر کبری حاجی علیزاده، به عنوان استاد راهنما که همواره نگارنده را مورد لطف و محبت خود قرار داده اند، کمال تشکر را دارم

همچنین از استاتید بزرگوار دکتر مرضیه نیک پرور و جناب آقای دکتر فرشیدی متخصصین قلب و عروق که با بنده در انتخاب جامعه آماری مناسب و گزینش بیماران، کمال همکاری نمودند، تشکر و قدردانی می نمایم.

از همسرم که با صبر و شکیبایی نبودن های مرا با بودن، و همراهی تمام، به سرانجام رساند تشکر و قدردانی می نمایم.

فهرست مطالب

صفحه

عنوان

چکیده.....

فصل اول: کلیات تحقیق

۱-۱- مقدمه.....

۱-۲- بیان مسأله.....

۱-۳- اهمیت و ضرورت تحقیق.....

۱-۴- اهداف تحقیق.....

۱-۵- سوالات تحقیق.....

۱-۶- فرضیه‌های تحقیق.....

۱-۷- متغیرهای تحقیق.....

۱-۸- تعاریف نظری و عملیاتی متغیرها.....

۱-۸-۱- تعاریف مفهومی.....

۱-۸-۲- تعاریف عملیاتی.....

فصل دوم: مبانی نظری و پیشینه تحقیق

۱-۲- مقدمه.....

۲-۲- مبانی نظری تحقیق.....

۲-۲-۱- بیماری قلبی.....

۲-۲-۱-۱- عوامل خطرزا.....

- ۱-۱-۱-۲-۲- سابقه خانوادگی
- ۲-۱-۱-۲-۲- جنسیت
- ۳-۱-۱-۲-۲- سن
- ۴-۱-۱-۲-۲- سیگار
- ۵-۱-۱-۲-۲- فشارخون بالا
- ۶-۱-۱-۲-۲- عدم فعالیت بدنی
- ۷-۱-۱-۲-۲- بیماری قند
- ۸-۱-۱-۲-۲- چاقی
- ۹-۱-۱-۲-۲- تنش های روانی (استرس)
- ۲-۱-۲-۲- پیامدهای بیماری قلبی
- ۱-۲-۱-۲-۲- افسردگی
- ۲-۲-۱-۲-۲- استرس
- ۳-۲-۱-۲-۲- ترس و اضطراب
- ۴-۲-۱-۲-۲- خشم
- ۳-۲-۱-۲-۲- روش های درمان
- ۲-۲-۲- کیفیت زندگی
- ۱-۲-۲-۲- تعاریف کیفیت زندگی
- ۲-۲-۲-۲- ویژگی های کیفیت زندگی
- ۳-۲-۲-۲- ابعاد کیفیت زندگی

- ۱-۳-۲-۲-۲-بعد فیزیکی
- ۲-۳-۲-۲-۲-بعد اجتماعی
- ۳-۳-۲-۲-۲-بعد روانی
- ۴-۳-۲-۲-۲-بعد جسمی
- ۵-۳-۲-۲-۲-بعد روحی
- ۶-۳-۲-۲-۲-بعد محیطی
- ۴-۲-۲-۲-شاخص‌های کیفیت زندگی
- ۵-۲-۲-۲-خانواده و کیفیت زندگی
- ۳-۲-۲-بهبودی روانشناختی
- ۱-۳-۲-۲-تعریف بهبودی روانشناختی
- ۲-۳-۲-۲-مولفه‌های بهبودی روانی
- ۳-۳-۲-۲-نظریات در خصوص بهبودی روانی
- ۱-۳-۳-۲-۲-نظریه ریف
- ۲-۳-۳-۲-۲-نظریه فرانکل
- ۳-۳-۳-۲-۲-نظریه ویسینگ و وان دان
- ۴-۲-۲-استرس ادراک شده
- ۱-۴-۲-۲-تعریف استرس
- ۲-۴-۲-۲-اثرات استرس
- ۳-۴-۲-۲-عوامل مؤثر در بروز استرس

.....	۴-۲-۲-۲-منابع استرس
.....	۵-۲-۲-۴-علائم استرس
.....	۱-۵-۲-۲-۴-علائم جسمانی
.....	۲-۵-۲-۲-۴-علائم روانی و رفتاری
.....	۶-۲-۲-۴-نظریه های استرس
.....	۱-۶-۲-۲-۴-نظریه روانکاوی
.....	۲-۶-۲-۲-۴-نظریه ضعف جسمانی
.....	۳-۶-۲-۲-۴-نظریه تکوین و تعادل خودکار
.....	۴-۶-۲-۲-۴-نظریه پردازش اطلاعات
.....	۷-۲-۲-۴-نقش استرس در بروز بیماری ها
.....	۵-۲-۲-۲-ذهن آگاهی
.....	۱-۵-۲-۲-۲-تعریف ذهن آگاهی
.....	۲-۵-۲-۲-کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی
.....	۳-۲-۲-پیشینه ادبیات

فصل سوم: روش تحقیق

.....	۱-۳-مقدمه
.....	۲-۳-روش تحقیق
.....	۳-۳-جامعه آماری
.....	۴-۳-برآورد حجم نمونه و روش نمونه گیری

..... ۳-۵-۳ ابزار گردآوری داده ها

..... ۳-۵-۱ پرسشنامه SF-36

..... ۳-۵-۲ پرسشنامه بهزیستی روانشناختی

..... ۳-۵-۳ مقیاس استرس ادراک شده

..... ۳-۶ شیوه اجرا

..... ۳-۷ تکنیک های کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی

..... ۳-۷-۱ تکنیک تنفس

..... ۳-۷-۲ تنفس شکمی (دیافراگمی)

..... ۳-۷-۳ تکنیک تفکر نشسته (مراقبه)

..... ۳-۷-۴ تکنیک اسکن بدن (بررسی بدن)

..... ۳-۷-۵ تکنیک پیاده روی متفکرانه

..... ۳-۷-۶ تکنیک یوگا

..... ۳-۸ روش تجزیه و تحلیل اطلاعات

فصل چهارم: تجزیه و تحلیل آماری داده ها

..... ۴-۱ مقدمه

..... ۴-۲ تحلیل توصیفی داده ها

..... ۴-۳ تحلیل استنباطی داده ها (آزمون فرضیه ها)

فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری

..... ۵-۱ خلاصه ای از نتایج پژوهش

.....۱-۵-مقدمه

.....۲-۵-خلاصه تحقیق

.....۳-۵-نتیجه گیری و بحث

.....۴-۵-نتیجه گیری

.....۵-۵-محدودیت های پژوهش

.....۶-۵-پیشنهادهات

.....منابع

.....الف- منابع فارسی

.....ب- منابع لاتین

.....چکیده لاتین

فهرست جداول

عنوان

صفحه

جدول ۱-۲: تعاریف ذهن آگاهی.....	
جدول ۱-۳: تحلیل آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌ها SF-36 در نمونه ایرانی.....	
جدول ۲-۳: برنامه تمرین هشت هفته ای آموزش ذهن آگاهی	
جدول ۱-۴: توزیع فراوانی و درصدی بیماران مورد مطالعه بر حسب متغیر جنسیت (مرد - زن).....	
جدول ۲-۴: توزیع فراوانی و درصدی بیماران مورد مطالعه بر حسب متغیر سن.....	
جدول ۳-۴: توزیع فراوانی و درصدی بیماران مورد مطالعه بر حسب متغیر وضعیت تاهل.....	
جدول ۴-۴: توزیع فراوانی و درصدی بیماران مورد مطالعه بر حسب متغیر میزان تحصیلات.....	
جدول ۵-۴: توزیع فراوانی متغیر شغل در نمونه آماری مورد مطالعه.....	
جدول ۶-۴: توزیع فراوانی و درصدی بیماران مورد مطالعه بر حسب متغیر محل سکونت.....	
جدول ۷-۴: توزیع فراوانی و درصدی بیماران مورد مطالعه به تفکیک وضعیت گروهی.....	
جدول ۸-۴: میانگین و انحراف معیار نمرات بیماران در پیش آزمون و پس آزمون برای کیفیت زندگی.....	
جدول ۹-۴: میانگین و انحراف معیار نمرات بیماران در پیش آزمون و پس آزمون برای متغیر بهزیستی روانشناختی.....	
جدول ۱۰-۴: میانگین و انحراف معیار نمرات بیماران در پیش آزمون و پس آزمون برای متغیر استرس ادراک شده.....	
جدول ۱۱-۴: نتایج تحلیل واریانس یک طرفه نمرات بهزیستی روانشناختی در گروه آزمایش و کنترل....	
جدول ۱۲-۴: نتایج تحلیل واریانس یک طرفه نمرات کیفیت زندگی در دو گروه آزمایش و کنترل.....	
جدول ۱۳-۴: نتایج تحلیل واریانس یک طرفه نمرات استرس ادراک شده در گروه آزمایش و کنترل.....	

فهرست نمودارها

صفحه

عنوان

- نمودار ۴-۱: نمایش درصدی بیماران مورد مطالعه بر حسب متغیر جنسیت (مرد - زن).....
- نمودار ۴-۲: نمایش درصدی بیماران مورد مطالعه بر حسب متغیر سن.....
- نمودار ۴-۳: نمایش درصدی بیماران مورد مطالعه بر حسب متغیر سن.....
- نمودار ۴-۴: نمایش درصدی بیماران مورد مطالعه بر حسب متغیر میزان تحصیلات.....
- نمودار ۴-۵: نمودار ستونی توزیع فراوانی متغیر شغل در نمونه آماری مورد مطالعه.....
- نمودار ۴-۶: نمایش درصدی بیماران مورد مطالعه بر حسب متغیر محل سکونت.....
- نمودار ۴-۷: نمایش درصدی بیماران مورد مطالعه بر حسب وضعیت گروهی (آزمایش و کنترل).....

چکیده

از آنجا که قلب یکی از مهم ترین و حساس ترین اعضای بدن آدمی است، آسیب به آن بر وضعیت روحی و روانی فرد تأثیر نامطلوب می گذارد. عدم توجه به استرس ها و واکنش های روانی مبتلایان، سبب توسعه بیماری آنان می گردد. هدف این پژوهش بررسی اثربخشی برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی (MBSR) بر کیفیت زندگی، استرس ادراک شده و بهزیستی روان شناختی بیماران قلبی-عروقی است. این پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل و با استفاده از گمارش تصادفی است. نمونه این پژوهش را ۳۰ بیمار قلبی تشکیل داد که با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. جامعه آماری این تحقیق شامل کلیه بیماران قلبی (مرد و زن) شهرستان بندرعباس بود ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه کیفیت زندگی (SF-36)، بهزیستی روانشناختی ریف و استرس ادراک شده (۱۹۸۳) بود. به منظور تجزیه و تحلیل داده ها از آزمون کوواریانس استفاده شد. نتایج نشان داد که آموزش روش MBSR در کاهش استرس ادراک شده و بهبود بهزیستی روانشناختی بیماران قلبی در سطح ۹۹٪ مؤثر است و همچنین اثربخشی معناداری در سطح ۹۵٪ در بهبود کیفیت زندگی بیماران قلبی مشاهده شد. بنابراین می توان این روش درمانی را برای کاهش مشکلات روانشناختی این بیماران توصیه کرد.

واژگان کلیدی: کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی، استرس ادراک شده، بهزیستی روانشناختی، کیفیت زندگی، بیماری قلبی

فصل اول

کلیات تحقیق

بیماری های قلب و عروق از علل اصلی مرگ و میر در جهان به شمار می رود. در کشورهای پیشرفته سالیانه ۵۰ درصد مرگ ها یا ۵ میلیون از ۱۲ میلیون مرگ از بیماری های قلبی-عروقی ناشی می شود (بکسندال^۱، ۲۰۰۰). علت اصلی ۱۵ تا ۲۵ درصد مرگ ها در کشورهای گسترش نیافته ناشی از بیماری های قلبی است (عالی نژاد، ۱۳۷۶). بیماری قلبی-عروقی شایع ترین بیماری های جدی در جوامع توسعه یافته را تشکیل می دهند و شیوع آن در کشورهای در حال توسعه به سرعت در حال افزایش است. اگرچه میزان مرگ به علت بیماری کرونری از حداکثر خود در سال ۱۹۶۵ به میزان دو سوم کاهش یافته اما در طی چهار دهه گذشته در ایالات متحده هم چنان بیماری قلبی-عروقی شایع ترین علت مرگ بوده و مسئول ۴۰ درصد از تمام موارد مرگ در هر سال محسوب می شود. تقریباً یک چهارم از این موارد مرگ ناگهانی است (خدایی، ۱۳۸۸). از آنجا که قلب یکی از مهمترین و حساس ترین اعضای بدن آدمی است، آسیب به آن بر وضعیت روحی و روانی فرد تأثیر نامطلوب می گذارد. عدم توجه به استرس ها و واکنش های روانی مبتلایان، سبب توسعه بیماری آنان می گردد (براسکوت، بنسچوب، گودی و همکاران^۲، ۱۹۹۴). افسردگی، اضطراب، یا انکار بیش از اندازه، روند بهبود بیماری را به تأخیر می اندازد. همچنین آن دسته از بیماران قلبی که دچار اضطراب و استرس شدید باشند، با احتمال بیشتری به مشکلات بعدی مبتلا می شوند و نیز احتمال مرگ آنان در ماه های اول، از کسانی که استرس کمتری دارند، بیشتر می شود (بشارت، ۱۳۸۷). بنابراین از جمله مسائل مهمی که بیماران قلبی با آن مواجه هستند مشکلات روحی و روانی آنهاست، که باید حائلهای روحی آنها را شناخته و در کاهش ناراحتی ناشی از آن اقدام کرد، بطوری که عدم توجه به استرس ها و واکنش های روانی مبتلایان سبب وسعت بیماری آنان می گردد (رحیمی، ۱۳۷۹). استرس روزمره زندگی به تدریج سیستم ایمنی را تضعیف کرده، و فرد را دچار انواع بیماری های جسمی و روانی می سازد (لازاروس و فولکمن، 1984؛ به نقل از بشارت، ۱۳۸۷).

یکی از متغیرهای تاثیرگذار بر این بیماری، کیفیت زندگی می باشد. اندازه گیری کیفیت زندگی به عنوان یک بحث علمی در سالهای اخیر توجه افراد زیادی را به خود معطوف کرده است. این واقعیت، همواره به عنوان یک پیامد نهایی در مطالعات بالینی، مداخلات و مراقبت های بهداشتی مدنظر می

¹ - Bexendale

² - Brosschot, Benschop, Godaei, Olff

باشد(مکوندی و زمانی، ۱۳۸۹). به طور کلی کیفیت زندگی از واژه هایی است که تعریف مشخص و یکسانی ندارد؛ اگر چه مردم به شکل غریزی معنای آن را به راحتی درک می کنند. نظریات متفاوتی در مورد کیفیت زندگی وجود دارد. اغلب صاحب نظران در این زمینه توافق دارند که کیفیت زندگی جنبه های مثبت و منفی زندگی را در کنار یکدیگر در نظر میگیرد و چند بعد دارد. از طرفی آن را یک مفهوم ذهنی و پویا قلمداد می نمایند(مکوندی و زمانی، ۱۳۸۹).

بنا به تعریف سازمان بهداشت جهانی، کیفیت زندگی درک افراد از موقعیت خود در زندگی از نظر فرهنگ، سیستم ارزشی که در آن زندگی می کنند، اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت هایشان است. پس موضوعی کاملاً فردی بوده و توسط دیگران قابل مشاهده نیست و بر درک افراد از جنبه های مختلف زندگی استوار است.

محققان معتقدند که بررسی کیفیت زندگی و تلاش برای ارتقای آن نقش مهمی در سلامت زندگی فردی و اجتماعی افراد خواهد داشت(مکوندی و زمانی، ۱۳۸۹). کیفیت زندگی موضوعی چند بعدی و پیچیده دارد و دربرگیرنده عوامل عینی و ذهنی است و ارزیابی فرد در مورد رفاه و آسایش در جنبه های مهم زندگی را مورد توجه قرار می دهد. ویژگی مهم کیفیت زندگی که مورد توافق اغلب صاحب نظران علوم اجتماعی است، شامل چند بعدی بودن، ذهنی بودن و پویا بودن آن است. در مطالعات مختلف، مولفه های متنوعی از کیفیت زندگی را در نظر گرفته اند همچون موقعیت سلامت عمومی، قابلیت کارکردی، کارکردهای عاطفی، میزان احساس خوشبختی، رضایت از زندگی، شادکامی، میزان هوشیاری، میزان نشانگان فعالیت های اجتماعی، ایفای مناسب عملکرد جنسی، میزان حافظه، موقعیت های مالی و شغلی (پروتکین، ۲۰۰۲).

دیگر متغیر مورد بررسی در این پژوهش بهزیستی روانشناختی می باشد. دینر(۱۹۸۴)، برگرفته از بنکه و مک درمید، ۲۰۰۰) معتقد است که بهزیستی روانی، همانند ادراکاتی از عاطفه و بهزیستی معنوی و نیز اندازه گیری های عینی، نظیر راهنماهای سلامتی جسمانی (فشار خون و...)، می تواند با ارزیابی های ذهنی افراد از تجارب خودشان سنجیده شود. احساس بهزیستی دارای مولفه های عاطفی و مولفه های شناختی است. افراد با احساس بهزیستی بالا هیجانات مثبت را تجربه می کنند و از حوادث و وقایع پیرامون خود ارزیابی مثبتی دارند؛ درحالی که افراد با احساس بهزیستی پایین، حوادث و وقایع زندگی شان را نامطلوب ارزیابی کرده، بیشتر هیجانات منفی نظیر اضطراب، افسردگی و خشم را تجربه می کنند؛ بر این اساس، از آنجا که

بهزیستی درونی و ذهنی، شامل ارزش های شناختی افراد از زندگی شان می شود و مردم و شرایطشان را بسته به انتظارات، ارزش ها و تجربیات قبلی شان ارزش گذاری می کنند، پژوهش گران هم در ارزیابی ها باید تفکرات افراد و احساسات شان را مورد بررسی کنند (دینر و لوکاس، ۲۰۰۰).

ریف (۱۹۹۵) بهزیستی روانشناختی را «تلاش برای کمال در جهت تحقق توانایی های بالقوه واقعی فرد» می داند. از این منظر، عدم وجود نشانه های بیماری روانی، شاخص سلامتی نیست. بلکه سازگاری، شادمانی، اعتماد به نفس و ویژگی های مثبتی از این دست نشان دهنده ی سلامت بوده و هدف اصلی فرد در زندگی، شکوفاسازی قابلیت های خود است (حسینی، ۱۳۹۱).

دیگر متغیر مورد بررسی استرس ادراک شده می باشد. تنیدگی روانی و بحران های روزمره از جمله تهدیدهای بهداشت جسمانی و روانی است (بتت و ویلز، ۲۰۱۰). واقعیت این است که تنیدگی در زندگی روزمره امری اجتناب ناپذیر است (بوندرس، ۲۰۰۶). ولی مهم آن است که چگونه انسان با این بحران ها کنار آید؟ مطالعه پاسخ انسان در موقعیت های فشارزا، نشان می دهد که انسان در برابر تهدیدها و سمبل های خطر با استرس واکنش نشان می دهد (رینز و همکاران، ۲۰۰۵). اما شدت این واکنش (استرس) بسته به اینکه یک موقعیت معین را تا چه حد استرس زا ادراک می کنند، نوسان دارد (کونواوس و دالاس، ۲۰۰۹). استرس ادراک شده حالت یا فرایندی روانشناختی است که طی آن فرد بهزیستی جسمی و روانشناختی خود را تهدید آمیز ادراک می کند. در واقع ایجاد استرس بستگی به چگونگی برداشت و درک فرد از موقعیت ها و حوادث دارد. ممکن است، یک موقعیت برای فردی بی خطر و برای فرد دیگری به صورت یک تهدید درک شود (کلارک، ۲۰۱۰). فولکمن و لازاروس (۱۹۸۴) اعتقاد دارند، افرادی که باور دارند هنگام مقابله با استرس، منابع کمکی در اختیار دارند، نسبت به استرس آسیب پذیری کمتری نشان می دهند.

لازاروس تعریف لغوی استرس را به صورت زیر تعریف کرده است استرس به طبقه وسیعی از مشکلات اشاره می کند که به این خاطر از مشکلات دیگر متمایز نشده است که با هر نوع تقاضایی که نظام را تحت فشار قرار می دهد، از نظام فیزیولوژیکی گرفته تا نظام اجتماعی یا نظام روانشناختی و پاسخ آن نظام سروکار دارد (لازاروس، ۱۹۷۱) او در ادامه می گوید که "واکنش شخص بستگی به این دارد که وی

چگونه اهمیت یک رویداد آسیب‌زا، تهدید‌کننده یا چالش‌انگیز را آگاهانه یا ناآگاهانه تفسیر و ارزیابی می‌نماید" (تروج و سیمون؛ ترجمه توزنده جانی و کمال پور، ۱۳۸۶).

استرس مزمن، که معمولاً با درجات مختلفی از اضطراب ضمنی همراه است، دارای آثار فیزیولوژیکی است که همراه با ناتوانی یا آسیب‌پذیری ژنتیکی عضو، برخی افراد خاص را مستعد اختلالات روان‌تنی می‌سازد. این عضو آسیب‌پذیر می‌تواند در هر قسمتی از بدن واقع شده باشد. برخی افراد واکنش‌دهنده‌های معده‌ای هستند و بعضی دیگر واکنش‌دهنده‌های قلبی-عروقی، واکنش‌دهنده‌های پوستی و یا نظایر آنها. این کم‌بینگی یا آسیب‌پذیری احتمالاً نشانه ژنتیکی دارد، ولی می‌تواند ناشی از آسیب‌پذیری اکتسابی نیز باشد و مثل ریه‌هایی که به علت سیگار کشیدن ضعیف شده‌اند (کاپلان و سادوک، ۱۹۹۶؛ ترجمه پورافکاری، ۱۳۸۴).

نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد فرآیندهای روانشناختی نه تنها در سبب‌شناسی و سیمای بالینی بیماری‌های قلبی-عروقی سهیم هستند، بلکه در چگونگی مقابله بیماران با بیماری نیز، نقش ایفا می‌کنند (سارافینو، ۲۰۰۲). برنامه بازتوانی قلبی یک رویکرد تهاجمی به عوامل خطر ساز مؤثر در عود بیماری محسوب می‌شود، به طوری که طی انجام مراحل، امکان مدیریت صحیح درمان را برای این بیماران فراهم می‌کند و ضمن انجام آموزش و تقویت رفتارهای سالم، برگشت به فعالیت حرفه‌ای و فعالیت‌های روزمره را تسهیل کرده، به بهبود بیمار کمک می‌کند (سعیدی، ۱۳۸۳).

ذهن‌آگاهی مبنی بر کاهش استرس^۱ یک برنامه مراقبه‌استاندارد شده است که در سال ۱۹۷۹ از تلاش برای یکپارچه کردن مراقبه ذهن‌آگاهانه بودایی با تمرینات روانشناختی و بالینی معاصر بوجود آمد. اگرچه در ابتدا به عنوان یک برنامه گروهی برای بیماران مبتلا به دردهای مزمن گسترش یافت ولی در دو دهه گذشته به عنوان یک شیوه درمان در بسیاری از بیماری‌ها مطرح شده است و تأثیرات خوبی در درمان بسیاری از اختلالات جسمانی و روانی از آن گزارش شده است (چیزا و سیرتی، ۲۰۰۹).

¹ -troj, simon

² - Kaplan & Sadock

³ -sarafino

⁴ - Mindfulness-Based stress reduction (MBSR)

⁵ -Chiesa and Serretti

۲-۱- بیان مساله

طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی (WHO) بیماری های قلبی عروقی علت اصلی مرگ و میر در کل دنیا است و 82 درصد این مرگ و میرها در کشورهای در حال توسعه مشاهده می شود. بر اساس اعلام سازمان بهداشت جهانی سالانه در جهان بیش از 17 میلیون نفر در اثر بیماری های قلبی عروقی جان خود را از دست می دهند. بیماری های قلبی عروقی به عنوان یک اپیدمی مطرح است و از لحاظ مورتالیتی، موربیدیتی، ناتوانی هزینه اقتصادی به عنوان مهم ترین بیماری و عامل مرگ و میر تا سال 2020 مطرح شده است (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۰).

بیماری قلبی - عروقی یکی از بیماری های بسیار حساس به حالت های روانشناختی است. این بیماری در دنیای غرب، بیش از هر بیماری دیگری مردم را می کشد. در ایالات متحده بیش از نیمی از افراد بالای چهل و پنج سال به علت بیماری قلبی یا بیماری مربوط به گردش خون می میرند (سلیگمن و روزنهان، ۱۹۹۴). تا سال ها تصور می شد که شیوع بیماری قلبی - عروقی در مردان بیشتر از زنان است ولی پژوهش ها نشان می دهد درصد تمام مرگ و میرهای ناشی از بیماری های قلبی - عروقی در زنان (۴۳ درصد) کمی بیشتر از مردان (۳۷ درصد) است. با این وجود در حالی که تعداد مطلق مرگ میر های ناشی از بیماری های قلبی - عروقی در طی دهه های گذشته در مردان کاهش یافته ولی تعداد آن ها در زنان در طی این مدت افزایش داشته است. به نظر می رسد نقش التهاب و عوامل خطر ساز نظیر چاقی، دیابت نوع دو^۲ و سندرم متابولیک^۳ در ایجاد آترواسکلروز^۴ در زنان مهم تر از مردان است. همراهی بیماری های عروق کرونر^۵ با اختلال عملکرد عروق ریز کرونر در زنان بیشتر از مردان است (خدایی، ۱۳۸۸).

پژوهش های پیشین درباره سبب شناسی بیماری های قلبی - عروقی، برطیفی از عوامل خطر ساز و ایجاد کننده، مانند: مصرف دخانیات، فشارخون بالا، دیابت قندی، ازدیاد چربی خون و سابقه خانوادگی مثبت و برخی عوامل خطر ساز و جدیدتر از جمله چاقی، کاهش فعالیت های جسمی درزندگی روزانه و رژیم غذایی تاکید داشته اند (کاسپر، فائوسی، براون و همکاران، ۲۰۰۵). تنها در سال های اخیر بود که محققان

1- Seligman, Rosenhan
2 -Diabetes type II
3 - Metabolic Syndrome
4 - Atherosclerosis
5- Coronary artery

متوجه شدند که علاوه بر متغیرهای پزشکی و بالینی متغیرهای روانی نیز می تواند در شیوع اختلالات قلبی نقش مهمی داشته باشند (مسعودنیا، ۱۳۸۹، به نقل از آقایوسفی و شاهده، ۱۳۹۱).

بیشتر بیماران در هفته اول پس از بیماری در بیمارستان بعد از بهبودی از سکته قلبی دستخوش یک رشته تنش ها و ناآرامی های روانی می شوند، روشن است که این تجربه سخت که جان بیمار را به خطر انداخته است پرسش ها و واهمه های زیادی را در او بیدار می کند. تنش های پس از حمله قلبی از نظر درجه ژرفا متفاوت است گاهی دیده شده که برخی از بیماران زیر تنش های روانی خرد و فلج شده و بعضی دیگر بی تاب می گردند، به این معنی که آرزو دارند هرچه زودتر این رویداد را پشت سر گذاشته و به زندگی روزمره بازگردند (هربرت، کوهن، مارسلند و همکاران، ۱۹۹۴).

ذهن آگاهی به عنوان یک مداخله روانشناختی توجه روانشناسان بسیاری را که علاقمند به تحقیقات بالینی هستند به خود جلب کرده است، ذهن آگاهی^۲ مبتنی بر کاهش استرس یک برنامه راهنما است که تکنیک های ذهن آگاهی متنوعی را آموزش می دهد. در موقعیت های پزشکی مختلف نظیر بیماران با دردهای مزمن، سرطان و بیماری های قلبی بکار گرفته شده و نتایج دلگرم کننده ای داشته است (شیگاکي، کلس و اسکوپ^۳، ۲۰۰۶) لذا با توجه به اینکه استرس، کیفیت زندگی و بهزیستی روانشناختی نقش مهمی را در ایجاد و حتی فرایند بهبود بیماری ها از جمله بیماری قلبی ایفا می کنند، لذا سوال اصلی پژوهش حاضر این است که آیا روش ذهن آگاهی منجر به کاهش استرس ادراک شده، بهبود کیفیت زندگی و بهزیستی روانشناختی در بیماران قلبی می شود یا خیر؟

^۱ - Herbert, Cohen, Marsland, Bachen, Rabin, & Muldoon.

^۲ - Mindfulness

^۳ - Shigaki, Class, Schopp

۳-۱- اهمیت و ضرورت تحقیق

بیماری قلبی منجر به مشکلات تندرستی در افراد می شود. در طول یکسال ۴۲ درصد از زنان و ۲۴ درصد از مردان بر اثر حمله قلبی ناشی از آن از بین می روند (انجمن آمریکایی بیماری های قلبی، ۱۹۹۹). مشکلات روحی که در مقاطعی از زمان گریبان گیر انسانها می شود توانایی آنها را در روبرو شدن با مسائل و مشکلات حتی بسیار ساده زندگی کاهش می دهد. امروزه، به نقش استرس های عاطفی و روانشناختی در ایجاد بیماری های قلبی توجه بیشتری شده است (اسمیت^۲، ۱۹۹۱؛ گلرنت و هوچمن^۳، ۱۹۹۲؛ تاوازی و دیگران^۴، ۱۹۹۱؛ تادلر و دیگران^۵، ۱۹۹۰). استرس های مزمن و رام نشدنی می توانند اثرات زیانباری را روی سلامت جسمانی و روانشناختی داشته باشند. استرس ممکن است منجر به اختلالات و بیماریهای بدتری نظیر بیماریهای قلبی، اضطراب، افسردگی، دلشوره، سوء مصرف مواد، و اختلالات معده - روده ای شود (استین^۶، ۱۹۹۷؛ برنان^۷ و موس^۸، ۱۹۹۰؛ لوی و کاین^۹، چارت و هیت کمپر^{۱۰}، ۱۹۹۰؛ شپیرو و گلدستین^{۱۱}، ۱۹۸۲؛ وایت هد^{۱۲}، ۱۹۹۲، نقل از کریستوفر^{۱۳}، ۲۰۰۸).

رایان و دسی^{۱۴} نشان دادند که ذهن آگاهی به افراد در تعدیل الگوهای رفتاری منفی و افکار اتوماتیک و تنظیم رفتارهای مثبت مرتبط با سلامتی کمک می کند (جانکین^{۱۵}، ۲۰۰۷). به عبارت دیگر، ذهن آگاهی از طریق ترکیب سرزندگی و واضح دیدن تجربیات می تواند تغییرات مثبتی را در شادکامی و بهزیستی ایجاد نماید (براون و رایان^{۱۶}، ۲۰۰۳). پژوهش ها نشان داده اند که مراقبه ذهن آگاهی خلق را بهبود بخشیده و آموزش کوتاه مدت آن خستگی و اضطراب را کاهش می دهد (زیدان، دیاموند، دیوید و همکاران^{۱۷}، ۲۰۱۰). آموزش ذهن آگاهی بر افسردگی، اضطراب و سازگاری روان شناختی تاثیر دارد (بهلیمجر، برنجر، تال و

1 - American Heart association.

2 - Smith.

3 - Gelernet, Hochman

4 - Tavazzi

5 - Todler

6 - Astin

7 - Brennan

8 - Moos

9 - Levy and cain

10 - Jarret and Heat kemper

11 - Goldstein

12 - White head

13 - Christopher

14 - Ryan, dsi

15 - Junkin

16 - Brown, K. W., & Ryan, R. M.

17 - Zeidan, F., Johnson, S. K., Diamond, B. J., David, Z. & Goolkasian, P.

همکاران^۱، ۲۰۱۰) و درمان مبتنی بر ذهن آگاهی به بهبود نشانه های استرس، اضطراب و عزت نفس منجر می شود (گلدین و گراس^۲، ۲۰۱۰). بر اساس تحقیقات آموزش ذهن آگاهی باعث کاهش نشانه های اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر می شود (اوانس، فرانکو، فیندلر و همکاران^۳، ۲۰۰۸) و از عود و بازگشت افسردگی و اضطراب پیشگیری می کند (کاویانی و دیگران، ۱۳۸۷). بنابراین با توجه به مطالب فوق و اثرگذاری حالت های روانی بر بیماری قلبی و برعکس و با توجه به اینکه امروزه جمعیت این بیماران افزایش یافته و مشکلات جسمانی و روانی این قشر روند رو به افزایشی را دارد، ضرورت ارائه روش های بهتر و مؤثرتر برای مقابله با مسائل روحی-روانی آنان بیش از پیش افزایش یافته است و این مسأله پژوهشگران را بر آن داشته است تا در جستجوی راه حل های بهتر برآیند، از طرفی تحقیقات موجود در زمینه آموزش ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس مخصوصاً در ایران بسیار اندک بوده و کمتر مورد توجه بوده است که این خود یکی دیگر از ضرورت های تحقیق حاضر می باشد.

۴-۱- اهداف تحقیق

۱. بررسی اثربخشی روش ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس (MBSR) بر بهبود بهزیستی روانشناختی بیماران قلبی
۲. بررسی اثربخشی روش ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس (MBSR) بر بهبود کیفیت زندگی بیماران قلبی
۳. بررسی اثربخشی روش ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس (MBSR) بر کاهش استرس ادراک شده بیماران قلبی

1 - Bohlmeijer, E., Prenger, R., Taal, E. & Cuijpers, P

2 -Goldin, Gross

3 - Evans, S., Ferrando, S., Findler, M., Stowell, C., Smart, C. & Haglin, D.

۵-۱-سوالات تحقیق

۱. آیا روش ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس (MBSR) بر بهبود بهزیستی روانشناختی بیماران قلبی اثر مثبت و معناداری دارد؟
۲. آیا روش ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس (MBSR) بر بهبود کیفیت زندگی بیماران قلبی اثر مثبت و معناداری دارد؟
۳. آیا روش ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس (MBSR) بر کاهش استرس ادراک شده بیماران قلبی اثر مثبت و معناداری دارد؟

۶-۱-فرضیه های تحقیق

۱. روش ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس (MBSR) بر بهبود بهزیستی روانشناختی بیماران قلبی اثر مثبت و معناداری دارد.
۲. روش ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس (MBSR) بر بهبود کیفیت زندگی بیماران قلبی اثر مثبت و معناداری دارد.
۳. روش ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس (MBSR) بر کاهش استرس ادراک شده بیماران قلبی اثر مثبت و معناداری دارد.

۷-۱-متغیرهای پژوهش

ویژگی هایی را که پژوهشگر مشاهده یا اندازه گیری می کند، متغیر نامیده می شوند(دلاور، ۱۳۸۵).

۱-۷-۱-متغیر مستقل یا پیش بین

متغیری است که محقق می تواند در آن دخل و تصرف داشته باشد و تأثیرات آن بر روی متغیر وابسته مشخص شود(دلاور، ۱۳۸۵)؛ که در این پژوهش، متغیر مستقل، «آموزش ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس» می باشد.

۲-۷-۱-متغیر وابسته یا ملاک

متغیری است که محقق در آن دخل و تصرف ندارد و متغیر مستقل بر آن تأثیر می گذارد(دلاور، ۱۳۸۵)؛ که در این پژوهش، « کیفیت زندگی، بهزیستی روانشناختی و استرس ادراک شده» متغیر وابسته می باشد.

۳-۷-۱-متغیر کنترل

در مطالعه متغیرها را نمی توان هم زمان مطالعه کرد، باید برخی متغیرها را خنثی نمود، متغیرهایی را که اثر آنها خنثی یا حذف می گردد، متغیر کنترل کننده گویند(دلاور، ۱۳۸۵)؛ که در این پژوهش متغیرهای کنترل در انتخاب آزمودنی ها عبارتند از :

- دامنه سنی آزمودنی ها بین ۳۰ تا ۶۰ سال
- نداشتن سابقه بیماری روانی و مصرف داروهای روان گردان
- عدم استفاده از مداخلات روانشناسی و مشاوره ای دیگر
- عدم ابتلاء به اختلالات سایکوتیک، دمانس و عقب ماندگی ذهنی
- هوشیاری و توانایی شرکت در جلسات ذهن آگاهی و توانایی تکلم به زبان فارسی.

۴-۷-۱-متغیر تعدیل کننده

عاملی است که توسط پژوهشگران انتخاب، اندازه گیری یا دستکاری می شود تا مشخص شود که تغییر آن موجب تغییر همبستگی بین متغیر مستقل و پدیده مشاهده شده می شود یا خیر. به عبارت دیگر متغیر مستقل ثانوی است که انتخاب می گردد(دلاور، ۱۳۸۵)؛ که در این پژوهش، جنسیت به عنوان متغیر تعدیل کننده محسوب می شود.

۸-۱- تعاریف نظری و عملیاتی متغیرها

۸-۱-۱- تعاریف نظری

الف) کیفیت زندگی: دونالد (۲۰۰۱) کیفیت زندگی را اصطلاحی توصیفی عنوان می کند که به سلامت و ارتقاء عاطفی، اجتماعی و جسمی افراد و توانایی آنها برای انجام وظایف روزمره اشاره دارد.

ب) بهزیستی روانشناختی: احساس ذهنی خرسندی، شادکامی و رضایت از تجربیات زندگی، احساس موفقیت و تعلق پذیری است (سیگ و دینا، ۲۰۰۹).

ج) استرس ادراک شده: حالت یا فرایندی روانشناختی است که طی آن فرد بهزیستی جسمی و روانشناختی خود را تهدید آمیز ادراک می کند. در واقع ایجاد استرس بستگی به چگونگی برداشت و درک فرد از موقعیت ها و حوادث دارد. ممکن است، یک موقعیت برای فردی بی خطر و برای فرد دیگری به صورت یک تهدید درک شود (کلارک، ۲۰۱۰).

د) بیمار قلبی: بیماری قلبی و عروقی، نامی است عام و همگانی و منظور از آن هر نوع بیماری قلب و رگ است، فشارخون، بیماری کرونری قلب، سکته مغزی و تب های روماتیسمی از نمونه های بیماری قلب و عروقی هستند. این بیماری در دنیای غرب، بیش از هر بیماری دیگری مردم را می کشد. در ایالات متحده بیش از نیمی از افراد بالای چهل و پنج سال به علت بیماری قلبی یا بیماری مربوط به گردش خون می میرند (سلیگمن و روزنهان، ۱۹۹۴) و فردی که به این بیماری مبتلا است بیمار قلبی نامیده می شود.

ه) ذهن آگاهی: ذهن آگاهی مستلزم راهبردهای رفتاری، شناختی و فراشناختی ویژه برای متمرکز کردن فرآیند توجه است که به نوبه خود به جلوگیری از مارپیچ فروکاهنده خلق منفی - فکر منفی - گرایش به پاسخ های نگران کننده و رشد دیدگاه جدید و پدیدآیی افکار و هیجانهای خوشایند منجر میشود (سگال، تیزدل و ویلیامز^۱، ۲۰۰۲).

^۱ - Segal, Z. V., Teasdale, J. D. & Williams, J. M.

۲-۸-۱- تعاریف عملیاتی

الف) کیفیت زندگی: میزان نمره ای است که آزمودنی (زنان و مردان بیمار قلبی) در پرسشنامه کیفیت زندگی (SF-36) (۱۹۹۲) می گیرد.

ب) بهزیستی روانشناختی: میزان نمره ای است که آزمودنی (زنان و مردان بیمار قلبی) در پرسشنامه بهزیستی روانشناختی ریف (۱۹۸۹) می گیرد.

ج) استرس ادراک شده: میزان نمره ای است که آزمودنی (زنان و مردان بیمار قلبی) در پرسشنامه استرس ادراک شده (PSS) (۱۹۸۳) می گیرد.

د) بیمار قلبی: عبارتست از فردی که طبق تشخیص های پزشکی به عنوان بیمار قلبی تشخیص داده شده است.

ه) ذهن آگاهی: عبارتست از تکنیک های آموزشی کابات زین (۲۰۰۵) که برای افزایش آگاهی افراد در لحظه حال استفاده می شود.

فصل دوم

ادبیات و پیشینه تحقیق

¹ - Jaarsma, T., Halfens, R., Tan, F., Abu-Saad, H., Dracup, K. & Diederiks, J
² - Zambroski, Moser, Bhat, Ziegler

-
- ¹ - Dunderdale, Thompson, Miles, Beer, Furze
 - ² - Martensson, Dracup, Canary, Fridlund
 - ³ - Diuretics
 - ⁴ - Zambroski, C. H., & Kenticky
 - ⁵ - Molly, Jhonston, Witham

-
- 1 - Riedinger, Dracup, Brecht, Padilla, Sarna, Ganz.
 - 2 - Johansson, Dahlström, Broström
 - ٢- Heart failure
 - ٣- Arthritis
 - ٤- unstable angina
 - 6- King, Hinds
 - 7 - Kasper, Braunwald, Fauci, Hauser, Longo, Jameson

1 - Reddy
౨ - Sarafynu

-
- 1 -Coronary Artery Disease(CAD)
 - 2- Myocardial Ischemia(MI)

-
- ١- Metabolic syndrome
 - ٢- Atherosclerosis
 - ٣- Acute Myocardial Infarction
 - ٤ - Hyperlipidemia
 - 5 - hypertension
 - ٦ -Arrhythmias

1 - arking
۲- Whitebern
3 -Berk

¹- Donald
2- king
3- Dalkey

¹- Karademas
²-king

-
- 1 - Stress
 - 2 - Walter konon
 - 3 -Autonomic nervous system
 - 4 -sympathetic system
 - 5 -tachycardia
 - 6- Santrak

-
- 1 -Holmes
 - 2- rahe
 - 3 - Selye
 - 4 - Lazarus
 - 5 - Steptoe

¹ - Stoyva, J. M., & Carlson, J. C.
¹ - Dejong

¹ - Goldberger & Bereznitz

¹ -Plunket, M., Raymond, M. W., Moser, R. & Nannis, E. D.
² - Kubasa

¹ - Kutash

۱ -Pure Attention

-
- 1 - Kerry J
 - 2 - Third Wave
 - 3 - Meditation
 - 4 - Buddhism
 - 5 - Ost
 - 6 - Rygh & Sanderson

1 - Myers
2 - Vebysrtesyky

1 - Williams
2 - Baer

-
- 1 - Karlen and Langer
 - 2 - Beddoe and Murphy
 - 3 - Bruce and Davies
 - 4 - Gazella
 - 5 - Smith and Richardson
 - 6 - Haffman and Pilkington
 - 7 - Tacon
 - 8 - Praissman

۲- Vastd
2 - Marlatt, Kristeller

١- Brantly, Garrison
٢- Salzbrg, Goldstein

-
- 1 - Acceptance
 - 2 - openness
 - ३- un judgment
 - ॔ -interest
 - °-kindness
 - ० -curiosity

-
- 1 -hallet
2 Teasdale, J. D., Williams, J. M., Segal, Z. V., & Soulsby, J-
3 - Carlson, L. E., Specia, M., Patel, K. D. & Goodey, E.
4 -Mood disturbance
5 - Overall stress level
6 - Stefan
7 - Sears and kraus
5- Benson
9 - Orem - Johnson

1 - Wallace, Benson, Wilson

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

³ -Scat

4 - Carlson, Specca, Patel, Goodey

¹ - Taccon. A. M, R. Mccob, E. Randolph
2 - Blaine

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

² - Schulman

³ - Schulman

¹ - Chang, Palesh, Calddwell, Gasgow, Abramson, Luskin, Gill, Bruke & Koopman
^٢ - Molly, Jhonston & Witham

³ -Hobbs, Kenkre, Roalfe, Davis, Hare & Davies

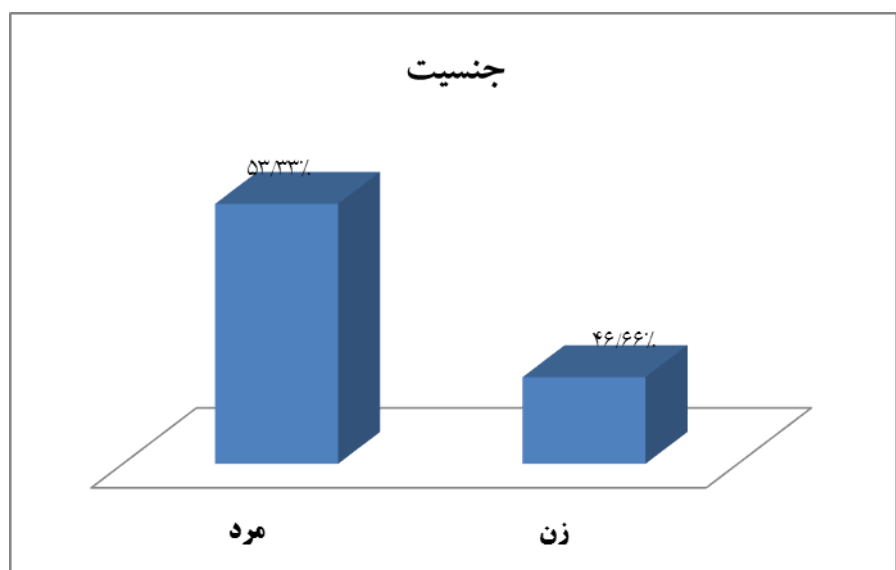
⁴ - Juenger, Schellberg, Kraemer, Haunstetter, Zugck, Herzog & Haass

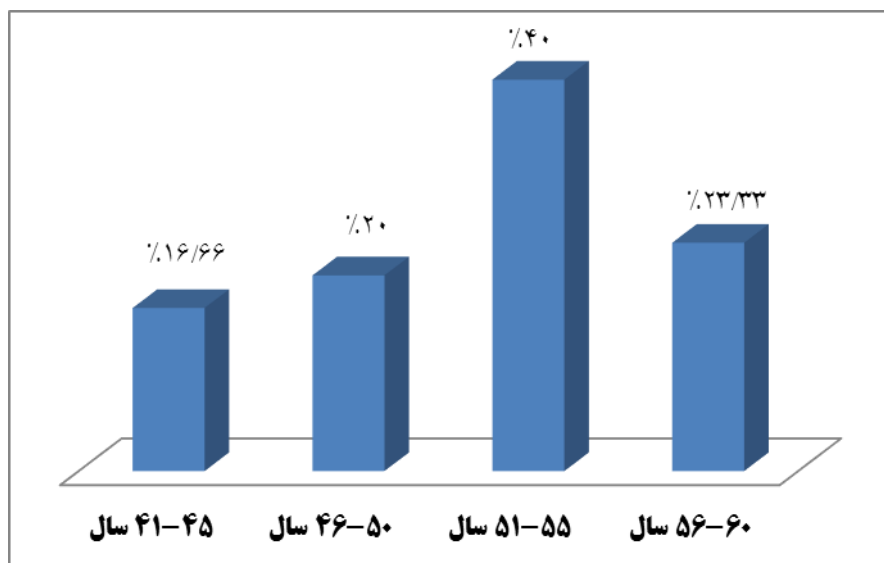
⁵ - Jaarsma, Halfens, Huijer, bu-Saad, Dracup, Gorgels, van Ree & Stappers

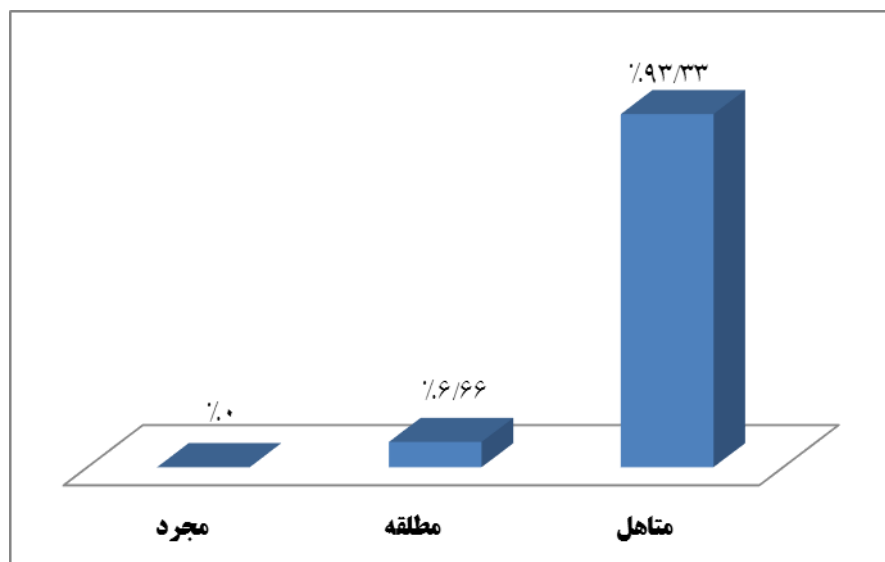
¹-Awaiting-time control group

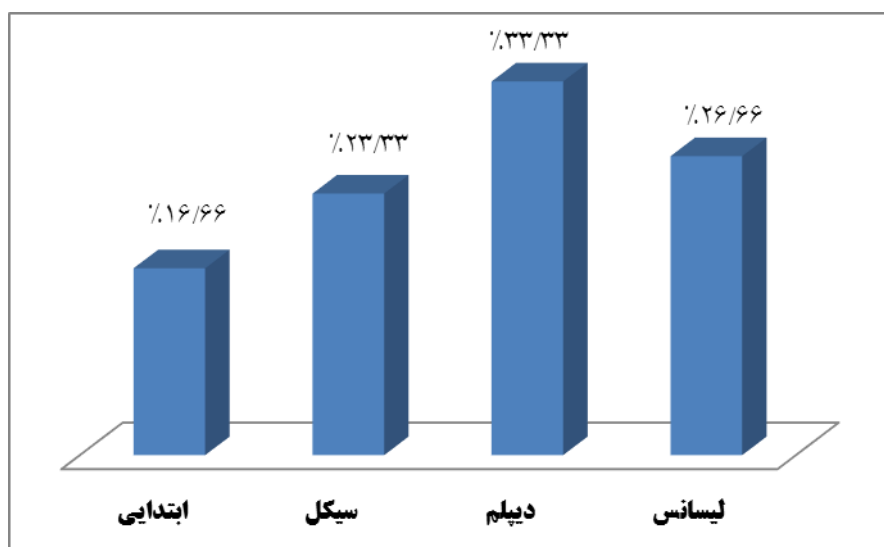
$$a <$$

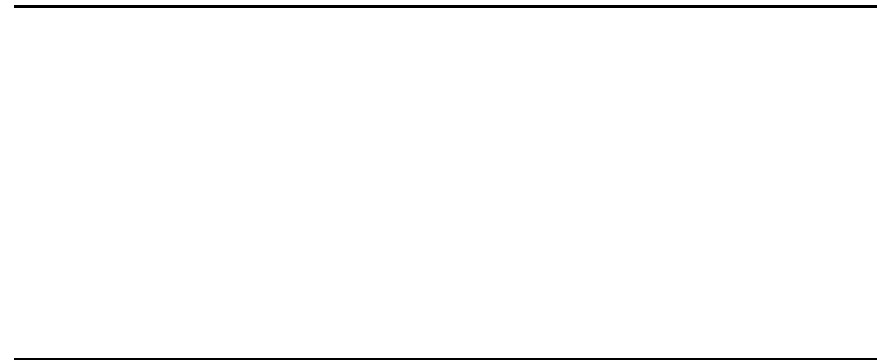
¹ -Perceived stress scale

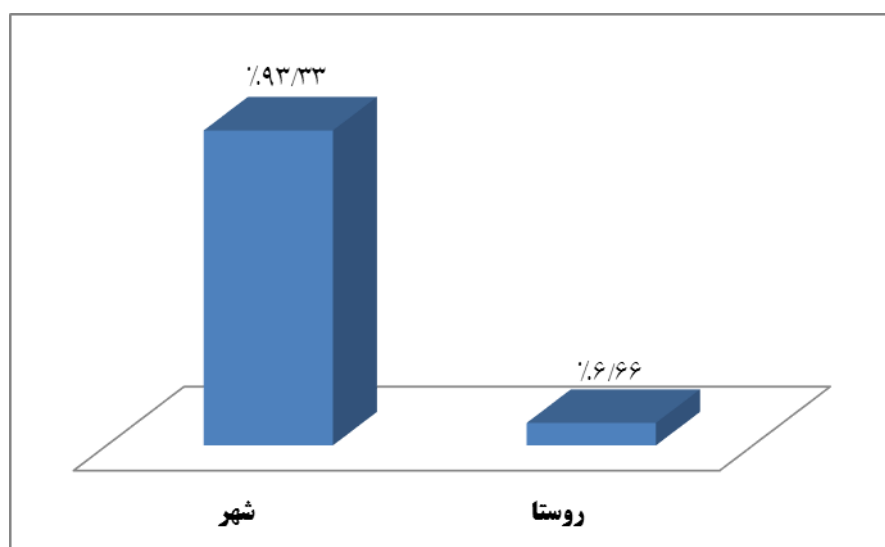


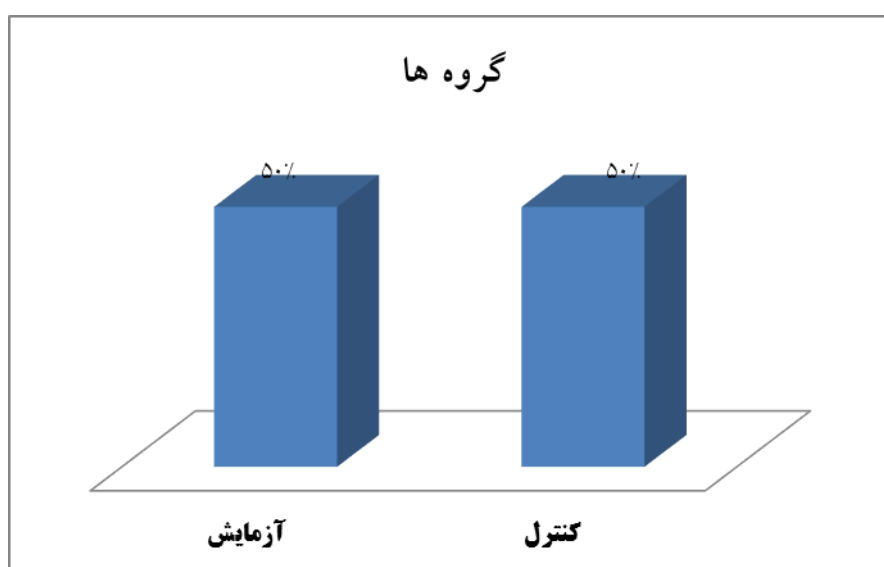












[illegible]

¹ - Tacon and Randolph

1 - Brown & Ryan

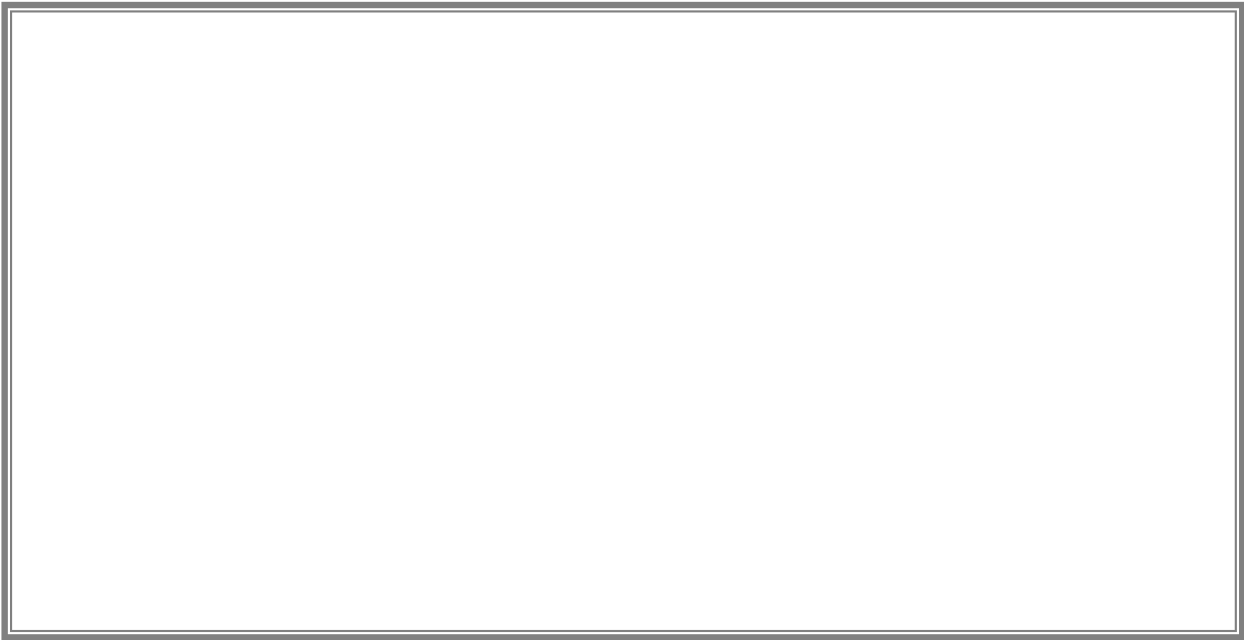
2 - Neff

3 - Junkin

4 - Mace

⁵ - Bohlmeijer, Prenger, Taal & Cuijpers

⁶ - Ogden, Minton & Pain.



--

--	--	--	--	--	--	--



