

Original Article

Comparing the Effectiveness of Mindfulness Therapy and Paradox Therapy on Anxiety Sensitivity and Cognitive-Attention Syndrome in Patients with Cardiovascular Disorders

Saloomesh Shafei, Ali Shaker Doulag*, Ali Khademi

Department of Psychology, Ur.C., Islamic Azad University, Urmia, Iran.

* *Corresponding author.* Tel: +989141503762, E-mail: Alishaker@iau.ac.ir

Article info

Article history:

Received: Apr 30, 2025

Accepted: Oct 01, 2025

Keywords:

Mindfulness Therapy
Paradox Therapy
Anxiety Sensitivity
Cognitive/Attention
Syndrome
Cardiovascular
Disorders

ABSTRACT

Background: Heart disease is associated with high levels of anxiety, depression, and stress, and causes cognitive deficits. Therefore, using appropriate psychotherapy methods for these patients is very important. This research was conducted to compare the effectiveness of mindfulness therapy and paradox therapy on anxiety sensitivity and cognitive-attentional syndrome in Patients with Cardiovascular disorders.

Methods: This quasi-experimental study employed a pre-test-post-test design with a control group and a two-month follow-up period. The study population consisted of all patients with coronary heart disease who were referred to Shahid Noorani Hospital in Talesh city in 2023. A total of 60 people were selected through convenience sampling and randomly assigned to three equal groups of 20 people each. Data were collected using a demographic information sheet, anxiety sensitivity index (Reiss et al., 1985), and cognitive-attentional syndrome (Wells, 2009). Each of the experimental groups received mindfulness therapy in 8 sessions or paradox therapy in 6 sessions. Data were analyzed using multivariate analysis of covariance (MANCOVA) using SPSS v26 software.

Results: The total scores of anxiety sensitivity ($F=37.28$, $\eta^2=0.51$), cognitive/attentional syndrome ($F=42.18$, $\eta^2=0.74$) were significantly greater in the experimental groups compared to the control group, and this effect was stable in the follow-up phase ($p<0.05$). Furthermore, Bonferroni's post hoc test showed that mindfulness therapy had a greater effect on reducing anxiety sensitivity than paradox therapy ($p<0.05$). However, both treatment approaches were effective in reducing cognitive-attentional syndrome was the same ($p>0.05$).

Conclusion: Both treatment approaches had a positive effect on reducing anxiety sensitivity and cognitive-attentional syndrome in patients with cardiovascular disorders. Therefore, it is suggested to use more exercises derived from these approaches in planning rehabilitation and therapeutic interventions to enhance the psychological-behavioral performance of these patients.

How to cite this article: Shafei S, Shaker Doulag A, Khademi A. Comparing the Effectiveness of Mindfulness Therapy and Paradox Therapy on Anxiety Sensitivity and Cognitive-Attention Syndrome in Patients with Cardiovascular Disorders. Journal of Health & Care. 2025;27(3):283-296.



Copyright © 2024 by Authors. Published by Ardabil University of Medical Sciences.

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/).

Journal web address: <https://hcjournal.arums.ac.ir/>

مقایسه اثربخشی درمان ذهن آگاهی و پارادوکس درمانی بر حساسیت اضطرابی و سندرم شناختی-توجهی در بیماران عروق کرونری

سالومه شافعی، علی شاکر دولق*، علی خادمی

گروه روانشناسی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران
* نویسنده مسئول. تلفن: ۰۹۱۴۱۵۰۳۷۶۲ ایمیل: Alishaker@iau.ac.ir

چکیده

زمینه و هدف: ابتلا به بیماری‌های قلبی با سطح بالایی از اضطراب، افسردگی و استرس همراه بوده و باعث نقایص شناختی می‌شود. لذا استفاده از روش‌های مناسب روان درمانی برای این بیماران، بسیار حائز اهمیت می‌باشد. این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی درمان ذهن آگاهی و پارادوکس درمانی بر حساسیت اضطرابی و سندرم شناختی-توجهی در بیماران عروق کرونری انجام شد.

روش کار: این مطالعه از نوع نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و دوره پیگیری دوماهه با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی مبتلایان به بیماری عروق کرونری مراجعه‌کننده به بیمارستان شهید نورانی شهر تالش در شش ماهه اول سال ۱۴۰۲ بود که تعداد ۶۰ نفر از آنها با نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌شیوه تصادفی در سه گروه مساوی ۲۰ نفری گمارش شدند. گردآوری داده‌ها با فرم اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه‌های حساسیت اضطرابی (ریس و همکاران، ۱۹۸۶) و سندرم شناختی-توجهی (ولز، ۲۰۰۹) انجام شد. درمان ذهن آگاهی طی ۸ جلسه و درمان پارادوکسی طی ۶ جلسه برای گروه‌های آزمایش اعمال شد. داده‌ها با استفاده از آنالیز کوواریانس چندمتغیری با نرم‌افزار آماری SPSS-26 تحلیل شد.

یافته‌ها: نمرات کل حساسیت اضطرابی ($F=37/28$, $\eta^2=0/51$) و سندرم شناختی/توجهی ($F=42/18$, $\eta^2=0/74$) در گروه‌های آزمایش، در مقایسه با گروه کنترل به‌طور معنی‌داری بهبود یافت و این تأثیر در مرحله پیگیری پایدار بود ($p<0/05$). همچنین، آزمون تعقیبی بن‌فرونی نشان داد درمان ذهن آگاهی نسبت به پارادوکس درمانی در کاهش حساسیت اضطرابی، سودمندی بیشتری داشته است ($p<0/05$)، اما تأثیر دو رویکرد درمانی بر کاهش سندرم شناختی-توجهی یکسان بود ($p>0/05$).

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌ها، هر دو رویکرد درمانی بر کاهش حساسیت اضطرابی و سندرم شناختی/توجهی در مبتلایان به عروق کرونر قلبی، موثر بودند. لذا، پیشنهاد می‌شود در طرح‌ریزی مداخلات توان‌بخشی و درمانی جهت ارتقای عملکرد روان‌شناختی-رفتاری این بیماران از تمرینات برگرفته از این رویکردها بیشتر استفاده گردد.

واژه‌های کلیدی: درمان ذهن آگاهی، پارادوکس درمانی، حساسیت اضطرابی، سندرم شناختی/توجهی، بیماری عروق کرونر

پذیرش: ۱۴۰۴/۷/۹

دریافت: ۱۴۰۴/۲/۱۰

مقدمه

بیماری عروق کرونری^۱ است که در نتیجه باریک شدن یا تنگی این عروق و کاهش خون‌رسانی به عضله

بیماری‌های قلبی-عروقی از جمله بیماری‌های مزمنی هستند که مرگ‌ومیر بالایی را به خود اختصاص می‌دهند (۱). یکی از بیماری‌های قلبی با نرخ شیوع بالا،

^۱ Coronary Artery Disease

قلب اتفاق می افتد (۲) و با علائمی نظیر درد قفسه سینه، تنگی نفس، تپش قلب و نامنظم شدن ضربان، ضعف و سرگیجه، حالت تهوع و عرق کردن شناخته می شود (۳). تلاش های بسیاری برای درک علت بیماری عروق کرونر قلب و سایر بیماری های قلبی صورت گرفته و پیشرفت های پزشکی قابل توجهی در این زمینه به دست آمده است (۱). با این وجود، در سال های اخیر نقش عوامل روانی در بروز و تشدید بیماری های قلبی عروقی به ویژه عروق کرونر، بیش از پیش توجه محققان را به خود جلب نموده است (۵،۴). مروری بر مطالعات در زمینه اختلال های روان شناختی در بیماران قلبی- عروقی، نشان می دهد این بیماری با سطح بالایی از اضطراب، افسردگی و استرس همراه بوده و اضطراب به عنوان عاملی خطر ساز برای این بیماران در نظر گرفته شده است (۱،۶). چنی^۱ و همکاران در همین راستا نشان دادند حساسیت اضطرابی^۲ عاملی آسیب پذیر در ایجاد و تداوم آسیب پذیری های روانی در بیماران مزمن قلبی است (۶). حساسیت اضطرابی به عنوان ترس شدید از احساسات بدنی (فیزیولوژیکی) مربوط به برانگیختگی از قبیل تپش قلب، تعریق و یا لرزش در نظر گرفته می شود که ناشی از باورهای ناکارآمد در مورد معنی و پیامدهای احساسات است (۷). افراد با سطح بالای حساسیت اضطرابی در مواجهه با رویدادهای استرس زا و دردهای ناشی از مشکلات جسمانی، علاوه بر نامطلوب دانستن درد، شرایط را فاجعه آمیز تلقی می کنند که این مساله منجر به افزایش شدت علائم اضطراب و گرفتار شدن در یک چرخه معیوب اضطرابی می گردد (۸). برآیندهای پژوهشی در این زمینه حاکی از آن است که افراد با حساسیت اضطرابی بالا ممکن است شروع احساسات بدنی مانند تپش قلب را به عنوان شاخصی از حمله قلبی و یا داشتن سردرد و

علائم سرگیجه را نشانه ای از وجود مشکلات مغزی تلقی کنند (۹). سطح بالای تنش و اضطراب با اثر گذاری بر عملکردهای شناختی، باعث دریافت های حسی معیوب بیمار می شود که این امر مشکلاتی را در حوزه شناخت و هیجان مبتلایان به بیماری های مزمن جسمانی به وجود می آورد و می تواند عاملی برای تشدید مشکلات جسمانی تلقی گردد (۱۰). در این میان، سندرم شناختی- توجهی^۳ که به عنوان سبک فکری تکراری در نظر گرفته می شود به شکل نگران اندیشی و مکانیسم های مقابله ای ناکارآمد بروز می کند، باعث حفظ پردازش مبتنی بر تهدید یا همان قفل شدگی در رویداد آسیب زا می شود و از آنجا که نشخوارهای فکری و نگرانی ها همواره دارای سوگیری هستند، توجه فرد را بر اطلاعات منفی متمرکز می کنند. از این رو، اضطراب را برای مدت طولانی تری تداوم می بخشد (۱۱). در این راستا یافته ها نشان می دهد افراد مبتلا به دردهای مزمن و مشکلات جسمانی، عملکردهای شناختی معیوبی داشته و نسبت به زمان واکنش انتخاب، رمز گذاری اطلاعات جدید، سازمان دهی پاسخ و توجه انتخابی با دشواری مواجه هستند (۱۲).

با توجه به همراهی بالای علائم روان شناختی با بیماری های قلبی، درمان اختلالات روانی همراه، راهکار مناسبی در جهت بهبود پیش آگهی و طول مدت بستری در این بیماران است. طیف وسیعی از درمان های روان شناختی در بیماران قلبی انجام شده است، اما واقعیت این است که اکنون می توان راه حل های جدیدتری برای درمان مؤثر این بیماری از طریق تلفیق استفاده از دارو و آموزش همراه با تکالیف درون خانگی در رابطه با ذهن افراد مبتلا به وجود آورد که بیشتر به ریشه های آسیب های روانی توجه دارد. از جمله این روش ها می توان به درمان

^۲ Cheney^۳ Anxiety Sensitivity^۳ Cognitive-Attention Syndrome

ذهن‌آگاهی^۱ اشاره کرد (۱۳). ذهن‌آگاهی شیوه‌های متفاوتی از مواجهه با هیجانات، درد و پریشانی را ارائه و به افراد کمک می‌کند تا در زمان حال، حوادث را کمتر از میزانی که ناراحت‌کننده هستند، دریافت کنند. ذهن‌آگاهی می‌تواند در رهاسازی افراد از افکار خودکار و الگوهای رفتاری ناسالم کمک‌کننده باشد و با تأکید بر تغییر آگاهی و ایجاد رابطه جدید با افکار، نقش مؤثری در افزایش حالات روان‌شناختی مثبت و کاهش آشفتگی روانی ایفا نماید (۱۴).

بر طبق شواهد پژوهشی درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی به‌واسطه اینکه بر هر دو بعد جسمانی و ذهنی تمرکز دارند، دارای اثربخشی بالایی هستند. دانس^۲ و همکاران در مطالعه‌ای نشان دادند که شرکت در جلسات درمان ذهن‌آگاهی، نقش مؤثری در کاهش علائم جسمانی و روانی اضطراب در جمعیت نوجوان دارد (۱۵). ژو^۳ و همکاران نیز در پژوهش خود بر روی مبتلایان به درد مزمن، بیان داشتند که استفاده از مهارت‌های ذهن‌آگاهی نقش مؤثری در کاهش علائم خلقی و بهبود کارکردهای جسمانی بیماران دارد (۱۶). در عین حال، مروری بر مطالعات نشان می‌دهد درمان ذهن‌آگاهی با پیامدهای مثبت سلامتی همراه است. میلر^۴ و همکاران (۱۷)، ژری^۵ و همکاران (۱۸) و ریلی^۶ و همکاران (۱۹)، اثربخشی درمان ذهن‌آگاهی را بر کاهش حساسیت اضطرابی و همچنین، مطالعات توره^۷ و همکاران (۲۰)، ویتفیلد^۸ و همکاران (۲۱) و عمادیان و همکاران (۲۲) اثربخشی آن را بر کاهش سندرم شناختی/ توجهی نشان داده‌اند. با این وجود نسبی بودن درمان‌های موجود و تأثیرات چندجانبه‌ای که بیماری عروق کرونر قلبی از طریق

تجربه علائم جسمی، چالش‌های روانی، عوارض جانبی دارو و محدودیت‌های اجتماعی بر کاهش کیفیت زندگی مبتلایان در پی دارد، توجه به مداخلات مقرون به صرفه‌تر و ساختارمند را ضروری می‌سازد. از جدیدترین این رویکردها پارادوکس درمانی^۹ است (۲۳).

این درمان بر دو اصل پارادوکس (تجویز نشانه بیماری یا نشانه رفتاری) و برنامه زمانی (انجام تکالیف تجویز شده پارادوکسی در وقت معین و برای مدت زمان مشخص) تأکید دارد. این دو تکنیک همواره با هم تجویز می‌شوند و تابع اصل جدایی‌ناپذیری هستند که از ترکیب این دو تکنیک، مدل درمان پارادوکسی تشکیل می‌شود (۲۴). از مزیت‌های پارادوکس درمانی، ساده و کوتاه بودن آن است. این ویژگی‌ها احتمال ریزش آزمودنی‌ها را کاهش داده و از نظر اقتصادی نیز برای افراد، بسیار مقرون به صرفه می‌باشد. اثربخشی عمیق و قطعی درمان پارادوکسی، احتمال بازگشت بیماری را نیز به شدت کاهش می‌دهد. این ویژگی‌های انحصاری، درمان پارادوکسی را به روشی نوین و بی‌بدیل در حوزه آسیب‌های روانی در بیماران جسمی تبدیل کرده است (۲۵).

پارادوکس درمانی به‌عنوان یک مدل روان‌درمانی کوتاه‌مدت، توانسته است برای طیف گسترده‌ای از اختلالات روان‌شناختی به کار برده شده و کارآمدی بالایی نشان دهد. نیکان و همکاران در مطالعه‌ای نشان دادند پارادوکس درمانی در کاهش علائم نگرانی و نشخوار فکری مبتلایان به اختلالات اضطرابی مؤثر است (۲۶). همچنین، دیگر نتایج مطالعات حاکی از آن است که این شیوه مداخله بر طیف وسیعی از مشکلات اضطرابی، وسواس، اختلال بدشکلی بدن و بهبود کیفیت زندگی سودمند است (۲۴، ۲۳). سیتاک و همکاران (۲۷)، بابایی و همکاران (۲۸) و بشارت (۲۵) نیز نشان داده‌اند که پارادوکس درمانی

¹ Mindfulness Therapy

² Dones

³ Zhu

⁴ Miller

⁵ Xie

⁶ Reilly

⁷ Torre

⁸ Whitfield

⁹ Paradoxical Treatment

می‌تواند حساسیت اضطرابی را کاهش دهد و اگرچه تحقیقات در مورد تأثیر مستقیم این رویکرد بر سندرم شناختی/ توجهی محدود است، نجفی دهاقانی و همکاران (۲۹) و محبوبی و همکاران (۳۰) نشان داده‌اند که این روش می‌تواند مشکلات شناختی-هیجانی را بهبود بخشد.

در مجموع، ویژگی‌های روان‌شناختی مبتلایان به بیماری‌های قلبی، شیوع بالا و کاهش کیفیت زندگی در این بیماران، دلایل مستدلی هستند که ضرورت رشد درمان‌های مؤثر برای این بیماری و دسترسی گسترده به این درمان‌ها را تبیین می‌کنند (۲۳،۹). همچنین، با وجود شواهد مثبت، نتایج ناهمگونی در مورد تأثیر این درمان‌ها وجود دارد (۲۶،۱۸). این عدم قطعیت نیاز به بررسی بیشتر را توجیه می‌کند. بر این اساس، بررسی مقایسه‌ای آن‌ها می‌تواند به شناسایی سودمندترین روش کمک کند. لذا با توجه به جدید بودن پارادوکس درمانی و محدود بودن مطالعات در زمینه اثربخشی درمان ذهن آگاهی بر متغیرهای مورد مطالعه و همچنین به دلیل مشهود بودن خلأ تحقیقاتی که به‌طور مستقیم به بررسی و مقایسه این دو رویکرد درمانی پرداخته باشند، این مطالعه با هدف مقایسه اثربخشی درمان ذهن آگاهی و پارادوکس درمانی بر حساسیت اضطرابی و سندرم شناختی- توجهی در بیماران عروق کرونری انجام شد.

روش کار

این پژوهش نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون همراه با مرحله پیگیری دوماهه و با گروه کنترل انجام شد. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر قلبی مراجعه‌کننده به بیمارستان شهید نورانی تالش در شش ماهه اول سال ۱۴۰۲ بود. جهت انتخاب نمونه‌ها از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد؛ بدین‌صورت که با مراجعه به بیمارستان شهید نورانی شهر تالش، از بین افراد مبتلا به بیماری قلبی که

آنژیوگرافی شده و تشخیص بیماری عروق کرونری را توسط متخصص مربوطه دریافت کرده بودند، تعداد ۶۰ نفر انتخاب و به‌صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل جای‌گذاری شدند (گروه آزمایش اول، درمان ذهن آگاهی ۲۰ نفر؛ گروه آزمایش دوم، درمان پارادوکسی ۲۰ نفر و گروه کنترل، ۲۰ نفر).

ملاک‌های ورود به پژوهش علاوه بر تشخیص قطعی ابتلا به بیماری عروق کرونری، شامل دامنه سنی ۲۰ الی ۵۰ سال، داشتن حداقل سواد لازم جهت پاسخ‌دهی به سؤالات پرسشنامه‌ها، توانایی شرکت منظم در جلسات درمانی تعیین شده، داشتن حداقل یک سال سابقه بیماری عروق کرونری، داشتن توانمندی جسمی و شناختی لازم مطابق با نظر پزشک متخصص جهت شرکت در جلسات مداخلاتی و دریافت درمان دارویی زیر نظر وی، و اعلام رضایت آگاهانه و کتبی برای شرکت در پژوهش بود. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل داشتن بیماری روان‌پزشکی مستلزم مصرف دارو در زمان انجام پژوهش، داشتن هر یک از اختلال‌های سایکوتیک و شخصیتی براساس مصاحبه بالینی، غیبت بیش از دو جلسه درمانی یا دریافت همزمان روان‌درمانی یا یک برنامه روان‌شناختی دیگر با اجرای پژوهش حاضر بود.

پس از قرار گرفتن آزمودنی‌ها در دو گروه آزمایش و کنترل، گروه آزمایش اول تحت ۸ جلسه برنامه درمان ذهن آگاهی براساس پروتکل کابات-زین^۱ (۳۱) و گروه آزمایش دوم تحت ۶ جلسه برنامه درمان پارادوکسی براساس پروتکل بشارت (۳۲)، به‌صورت جلسات هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای قرار گرفتند، اما گروه کنترل مداخله‌ای را دریافت نکرد و در لیست انتظار درمان قرار گرفت. محتوای جلسات مداخله در جداول ۱ و ۲ ارائه شده است.

^۱ Kabat-Zinn

جهت انجام پژوهش، ابتدا مجوز لازم برای انجام پژوهش دریافت شد و هماهنگی‌های لازم با مسئولان بیمارستان شهید نورانی شهر تالش انجام و مجوز حضور در بیمارستان اخذ شد. سپس، با مراجعه به بیمارستان مذکور، بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونری جهت مشارکت در پژوهش مورد شناسایی قرار گرفتند و با رضایت کتبی از بیماران و گمارش تصادفی آن‌ها در گروه‌های آزمایش (دو گروه) و کنترل (یک گروه) با توزیع ابزارهای خودگزارشی (پرسشنامه) پیش‌آزمون به عمل آمد. در گام بعد، گروه‌های آزمایش در جریان مداخله قرار گرفتند، در حالی که گروه کنترل در جریان هیچ‌گونه مداخله‌ای قرار نگرفت. به این صورت که برای گروه آزمایش اول، درمان ذهن‌آگاهی طی ۸ جلسه و برای گروه آزمایش دوم، درمان پارادوکسی طی ۶ جلسه توسط متخصص دارای تجربه در رویکرد درمانی موردنظر و به‌صورت مجزا در بیمارستان شهید نورانی اجرا شد. بعد از اعمال مداخلات در گروه‌های آزمایش، بلافاصله و دو ماه بعد مجدداً آزمون اخذ شد. جهت رعایت اخلاق در پژوهش، علاوه بر توضیح کامل فرایند پژوهش برای تمامی افراد نمونه، به گروه کنترل اطمینان داده شد که پس از انجام پژوهش، یکی از پروتکل‌های درمانی را به‌صورت رایگان دریافت خواهند نمود.

جهت گردآوری داده‌ها از پرسشنامه‌های حساسیت اضطرابی و سندرم شناختی-توجهی استفاده شد. پرسشنامه حساسیت اضطرابی که توسط ریس^۱ و همکاران طراحی شده است دارای ۱۶ سؤال و ۳ زیرمقیاس «علائم ترس از نگرانی‌های بدنی» (سؤالات ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱)، «عامل ترس از عدم کنترل شناختی» (سؤالات ۲، ۱۲، ۱۵) و «عامل ترس از مشاهده واکنش‌های اضطرابی توسط دیگران» (سؤالات ۱، ۳، ۴، ۵، ۱۲، ۱۳، ۱۴) دارد. پاسخدهی

براساس طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (خیلی کم = صفر نمره تا خیلی زیاد = ۴ نمره) صورت می‌گیرد. دامنه نمرات بین صفر تا ۶۴ بوده و نمرات بالاتر نشان دهنده تجربه ترس از نشانه‌های اضطرابی می‌باشد. بررسی ویژگی‌های روانسجی این پرسشنامه نشان می‌دهد که روایی درونی آن با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۸۰ تا ۰/۹۰ می‌باشد و این امر بیانگر ثبات درونی بالای ابزار است (۳۳). پایایی پرسشنامه در پژوهش داخل کشور با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای نگرانی بدنی ۰/۸۴، نگرانی روانشناختی ۰/۷۷، نگرانی اجتماعی ۰/۷۰ و برای کل پرسشنامه ۰/۸۹ گزارش شد (۳۴). در پژوهش حاضر، پایایی کل ابزار با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۸ تأیید شد.

پرسشنامه سندرم شناختی-توجهی توسط ولز تدوین شد و دارای ۱۶ سؤال است که به صورت طیف لیکرت ۹ درجه‌ای از صفر (کمترین) تا ۸ (بیشترین) نمره‌گذاری می‌شود. این ابزار تنها ابزار شناخته شده‌ای است که تاکنون در زمینه ارزیابی سندرم شناختی-توجهی ساخته شده است. کمترین نمره در این پرسشنامه صفر و بیشترین نمره، ۱۲۸ است. کسب نمرات بالاتر در این پرسشنامه، نشانه فعالسازی بیشتر سندرم شناختی-توجهی است. ولز، روایی همگرایی پرسشنامه را با نشانه‌های وسواس-اجبار، ۰/۴۵ و پایایی پرسشنامه را با ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۸۲ گزارش نمود (۳۵). در پژوهش داخل کشور نیز، پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۷۲ بدست آمد (۳۶). در پژوهش حاضر نیز، ضریب آلفای کرونباخ کل ابزار، ۰/۷۰ محاسبه شد.

تحلیل داده‌های پژوهش با روش‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (کوواریانس چند متغیری) با رعایت پیش‌فرض‌های آماری انجام و جهت مقایسه مراحل زمانی از آزمون تعقیبی بن فرونی استفاده شد. نرم‌افزار آماری تحلیل آماری، SPSS-26 بود. همچنین، سطح معنی‌داری آزمون‌ها نیز ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

¹ Reiss

جدول ۱. خلاصه محتوای جلسات درمان ذهن آگاهی کابات- (۳۱)

جلسه	محتوای جلسه
۱	معرفی اعضا، بیان اهداف و تعدیل انتظارات، خوردن چند عدد کشمش به صورت ذهن آگاهانه و دادن پسخوراند و معرفی سیستم هدایت خودکار، انجام مدیتیشن اسکن بدن و صحبت در رابطه با آن، تمرین های فضای تنفس سه دقیقه ای، ارائه تمرین خانگی، توزیع سی دی مراقبه و جزوه ها
۲	انجام تمرینات کشش یوگا، بحث در مورد تجربه تمرینات خانگی و راه های رفع موانع، مراقبه اسکن بدن، صحبت در مورد تجربه مراقبه، توزیع جزوه ها
۳	انجام یوگای کششی یوگا، بحث در مورد تجربه تمرینات خانگی و راه های رفع موانع، مراقبه اسکن بدن و صحبت در مورد تجربه مراقبه توزیع جزوه ها
۴	تمرین یوگای به هشیار، نشست هشیارانه با آگاهی از هیجانات و افکار، بحث در رابطه با نگرش ذهن آگاهانه، توزیع جزوه ها
۵	انجام مدیتیشن اسکن بدن، بررسی آگاهی از وقایع ناخوشایند و هیجانات و حس های بدنی همراه با آن، تمرین فضای تنفس سه دقیقه ای، توزیع جزوه ها
۶	انجام نشست هشیارانه، بررسی آگاهی از وقایع خوشایند و هیجانات، افکار و حس های بدنی همراه آن، تمرین فضای تنفس سه دقیقه ای، توزیع جزوه ها
۷	تمرین یوگای به هشیار، انجام مراقبه کوهستان، تکرار تمرینات جلسات قبل، توزیع جزوه ها
۸	تمرین واریسی بدن، بازنگری برنامه، بحث در مورد برنامه ها و جمع بندی کل برنامه

جدول ۲. خلاصه محتوای جلسات درمان پارادوکسی بشارت (۳۲)

جلسه	محتوای جلسه
۱	مرحله اجتماعی و مشکل مصاحبه شامل خوشامدگویی، نکاتی که معمولاً ضمن معرفی گفته می شوند مثل وضعیت تاهل، مدت ازدواج، تعداد فرزندان، وضعیت اشتغال؛ در صورت نیاز طرح مسایل خاص خانوادگی و اجتماعی- علت مراجعه و شرح جزئیات مشکل و یا اختلال توسط مراجع/بیمار و همراهان احتمالی؛ شرح برنامه درمان توسط درمانگر و تعیین هدف های درمان؛ تجویز تکالیف متناسب برای اجرا توسط مراجع/بیمار در فاصله بین جلسات
۲	شرح کامل نحوه اجرای تکالیف تجویز شده در جلسه قبل؛ مشکلات و محدودیت های احتمالی اجرای تکالیف برای مراجع/بیمار؛ پیامدهای انجام تکالیف از نقطه نظر مراجع/بیمار و همراهان احتمالی؛ برآورد میزان درصد تغییرات احتمالی درمانی توسط مراجع/بیمار؛ لزوم احتمالی تداوم تکالیف قبلی به تنهایی یا همراه با تکالیف جدید
۳	شرح کامل نحوه اجرای تکالیف تجویز شده در جلسه قبل؛ پیامدهای انجام تکالیف از نقطه نظر مراجع/بیمار و همراهان احتمالی؛ برآورد میزان درصد تغییرات احتمالی درمانی توسط مراجع/بیمار؛ لزوم احتمالی تداوم تکالیف قبلی، تجویز تکنیک مکمل اول در صورت نیاز
۴	شرح کامل نحوه اجرای تکالیف تجویز شده در جلسه قبل؛ پیامدهای انجام تکالیف از نقطه نظر مراجع/بیمار و همراهان احتمالی؛ برآورد میزان درصد تغییرات احتمالی درمانی توسط مراجع/بیمار؛ لزوم احتمالی تداوم تکالیف قبلی، تجویز تکنیک مکمل دوم در صورت نیاز
۵	شرح کامل نحوه اجرای تکالیف تجویز شده در جلسه قبل؛ پیامدهای انجام تکالیف از نقطه نظر مراجع/بیمار و همراهان احتمالی؛ برآورد میزان درصد تغییرات احتمالی درمانی توسط مراجع/بیمار
۶	اعلام پایان دوره در صورت تحقق هدف های درمان یا ادامه جلسات تا تحقق کامل هدف های درمان در صورت نیاز- شرح برنامه خوددرمانی مراجع/بیمار در آینده

یافته ها

خصوص سطح تحصيلات، وضعیت شغلی، تأهل و طول

مدت ابتلا به بیماری نشان داد که بین گروه های آزمایش و کنترل تفاوت معنی داری وجود ندارد.

میانگین سنی گروه کنترل 40.93 ± 8.8 ، گروه درمان پارادوکس 41.95 ± 8.8 و گروه درمان ذهن آگاهی، 40.50 ± 8.71 سال بود. نتایج آزمون مجذور کای در

جدول ۳. آماره‌های توصیفی متغیرهای وابسته در بیماران عروق کرونری برحسب گروه‌های مورد پژوهش

متغیر	گروه	پیش‌آزمون میانگین	پس‌آزمون میانگین	پیگیری میانگین
ترس از نگرانی بدنی	ذهن آگاهی	۱۶/۹۰ ± ۱/۸۳	۱۲/۳۵ ± ۲/۷۵	۱۱/۹۵ ± ۲/۷۰
	پارادوکس درمانی	۱۷/۹۵ ± ۲/۷۹	۱۳/۲۰ ± ۳/۹۹	۱۳/۰۰ ± ۴/۰۵
	کنترل	۱۸/۱۵ ± ۲/۲۷	۱۸/۰۰ ± ۲/۱۷	۱۸/۰۵ ± ۲/۲۳
ترس از عدم کنترل شناختی	ذهن آگاهی	۸/۵۰ ± ۱/۴۶	۴/۹۵ ± ۲/۴۵	۴/۶۵ ± ۲/۶۰
	پارادوکس درمانی	۸/۷۰ ± ۱/۶۵	۵/۱۵ ± ۲/۶۲	۵/۰۵ ± ۲/۷۰
	کنترل	۸/۰۰ ± ۱/۵۵	۸/۱۰ ± ۱/۵۴	۸/۲۰ ± ۱/۶۷
ترس از مشاهده شدن اضطراب	ذهن آگاهی	۱۸/۶۵ ± ۲/۵۳	۱۳/۵۰ ± ۳/۳۴	۱۲/۷۰ ± ۳/۲۷
	پارادوکس درمانی	۱۸/۰۰ ± ۳/۳۸	۱۳/۸۵ ± ۳/۳۴	۱۳/۶۵ ± ۳/۵۱
	کنترل	۱۷/۹۰ ± ۲/۴۲	۱۷/۸۵ ± ۲/۴۹	۱۷/۹۵ ± ۲/۵۰
حساسیت اضطرابی کل	ذهن آگاهی	۴۴/۰۵ ± ۵/۸۲	۳۰/۸۰ ± ۸/۵۴	۲۹/۳۰ ± ۸/۵۷
	پارادوکس درمانی	۴۴/۶۵ ± ۷/۸۲	۳۲/۲۰ ± ۹/۹۵	۳۱/۷۰ ± ۱۰/۲۶
	کنترل	۴۴/۰۵ ± ۶/۲۴	۴۳/۹۵ ± ۶/۲۰	۴۴/۲۰ ± ۶/۴۰
نگران‌اندیشی	ذهن آگاهی	۵/۷۰ ± ۲/۱۵	۳/۲۵ ± ۲/۰۲	۳/۱۰ ± ۲/۰۴
	پارادوکس درمانی	۵/۲۰ ± ۲/۰۹	۲/۶۵ ± ۲/۰۰	۲/۴۰ ± ۱/۸۷
	کنترل	۵/۶۵ ± ۲/۱۸	۶/۱۰ ± ۲/۰۲	۶/۳۰ ± ۱/۵۲
تمرکز بر تهدید	ذهن آگاهی	۴/۵۵ ± ۱/۲۷	۲/۴۵ ± ۱/۷۰	۲/۲۰ ± ۱/۷۶
	پارادوکس درمانی	۴/۴۵ ± ۱/۷۶	۲/۶۵ ± ۱/۹۵	۲/۴۵ ± ۱/۷۹
	کنترل	۴/۶۵ ± ۲/۶۲	۵/۲۵ ± ۲/۵۷	۵/۴۵ ± ۲/۵۴
مقابله ناکارآمد	ذهن آگاهی	۱۴/۸۵ ± ۵/۳۵	۹/۲۵ ± ۳/۸۹	۹/۰۰ ± ۳/۲۶
	پارادوکس درمانی	۱۴/۲۵ ± ۴/۴۳	۱۰/۳۰ ± ۴/۳۶	۹/۹۰ ± ۴/۰۳
	کنترل	۱۵/۹۰ ± ۴/۲۶	۱۵/۸۵ ± ۴/۲۵	۱۵/۹۵ ± ۴/۲۰
باور فراشناختی منفی	ذهن آگاهی	۱۲/۶۵ ± ۳/۰۸	۷/۴۵ ± ۳/۳۷	۶/۸۰ ± ۳/۰۰
	پارادوکس درمانی	۱۲/۲۵ ± ۲/۴۰	۷/۷۵ ± ۳/۵۸	۷/۷۰ ± ۳/۵۷
	کنترل	۱۲/۴۵ ± ۳/۵۶	۱۲/۳۰ ± ۳/۵۷	۱۲/۵۵ ± ۳/۵۶
سندرم شناختی/توجهی کل	ذهن آگاهی	۳۷/۷۵ ± ۱۱/۸۵	۲۲/۴۰ ± ۱۰/۹۸	۲۱/۱۰ ± ۱۰/۰۶
	پارادوکس درمانی	۳۶/۱۵ ± ۱۰/۶۸	۲۳/۳۵ ± ۱۱/۸۹	۲۲/۴۵ ± ۱۱/۲۶
	کنترل	۳۸/۶۵ ± ۱۲/۶۲	۳۹/۵۰ ± ۱۲/۴۱	۴۰/۲۵ ± ۱۱/۸۲

در جدول ۳، آماره‌های توصیفی متغیرهای وابسته در افراد سه گروه در مراحل مختلف سنجش (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) ارائه شده است. براساس نتایج میانگین، نمرات حساسیت اضطرابی و سندرم شناختی/توجهی و مؤلفه‌های آنها در آزمودنی‌های دو گروه مداخله (درمان ذهن آگاهی و درمان پارادوکسی) از مرحله پیش‌آزمون به مراحل پس‌آزمون و پیگیری کاهش یافته است، در حالی که این تغییرات در گروه کنترل قابل توجه نبود. جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها از آزمون شاپیرو-و

ویلک استفاده شد که نتایج نشان داد شرط نرمال بودن داده‌ها برقرار بود ($p > 0.05$). نتایج آزمون لوین نشان داد میزان آن در هیچ یک از متغیرهای وابسته معنی‌دار نشده است. لذا می‌توان اطمینان داشت پراکندگی نمرات در گروه‌های مورد مطالعه مشابه است. بررسی نتایج آزمون ام باکس نیز حاکی از آن بود که مفروضه همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس برقرار است؛ به این صورت که در متغیر حساسیت اضطرابی ($F=7.831$, $p=0.001$) و سندرم شناختی/توجهی این

جایگزین یعنی از آزمون محافظه کارانه گرین-هاوس-گیزر برای بررسی اثرات درون آزمودنی استفاده شد.

مفروضه نیز رعایت شده است ($F=2/640$, $p=0/602$) و $Box's M=34/309$). همچنین، بررسی نتایج آزمون موجلی برقراری شرط کرویت را رد کرد ($p<0/001$). با عدم فرض کرویت، از آزمون‌های

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر در تبیین اثر متغیرهای مستقل بر متغیرهای وابسته در بیماران عروق کرونری

متغیر	منابع تغییر	مجموع مجزورات	میانگین مجزورات	آماره F	P	اندازه اثر
ترس از نگرانی بدنی	گروه	۶۱۹/۳۴۴	۳۰۹/۶۷۲	۱۴/۷۲۲	<0/001	0/۲۴۱
	زمان	۴۲۱/۳۴۴	۳۵۴/۹۵۸	۱۲۲/۵۵۵	<0/001	0/۳۳۸
	گروه*زمان	۱۹۵/۳۵۶	۸۲/۲۸۸	۲۸/۴۱۱	<0/001	0/۱۹۹
ترس از عدم کنترل شناختی	گروه	۱۵۱/۶۴۴	۷۵/۸۲۲	۹/۰۵۵	<0/001	0/۲۴۱
	زمان	۲۲۷/۵۱۱	۲۰۸/۶۶۰	۴۷/۳۴۰	<0/001	0/۴۵۴
	گروه*زمان	۱۲۹/۲۲۲	۵۹/۲۵۸	۱۳/۴۴۴	<0/001	0/۳۰۱
ترس از مشاهده شدن اضطراب	گروه	۳۲۴/۴۱۱	۱۶۲/۲۰۶	۹/۲۸۴	<0/001	0/۲۴۶
	زمان	۴۲۹/۵۴۴	۳۶۹/۷۵۶	۴۳/۸۶۰	<0/001	0/۴۳۵
	گروه*زمان	۲۲۸/۸۸۹	۹۸/۵۱۵	۱۱/۶۸۶	<0/001	0/۲۹۱
حساسیت اضطرابی کل	گروه	۳۳۱۳/۵۶۷	۳۳۱۳/۵۶۷	۲۶/۰۹۹	<0/001	0/۴۷۸
	زمان	۳۱۷۲/۶۷۸	۱۵۸/۱۶۰	۱۵۸/۱۰۲	<0/001	0/۵۳۵
	گروه*زمان	۱۶۱۶/۸۲۲	۷۲۲/۱۵۵	۳۷/۲۸۴	<0/001	0/۵۱۲
نگران‌اندیشی	گروه	۲۲۲/۴۰۰	۱۱۱/۲۰۰	۱۲/۶۸۰	<0/001	0/۲۸۸
	زمان	۹۶/۲۳۳	۸۲/۹۹۱	۲۹/۶۵۶	<0/001	0/۲۴۲
	گروه*زمان	۸۹/۴۶۷	۳۸/۵۷۸	۱۳/۷۸۵	<0/001	0/۱۱۶
تمرکز بر تهدید	گروه	۱۵۹/۰۷۸	۷۹/۵۳۹	۸/۰۶۴	<0/001	0/۲۲۱
	زمان	۵۲/۳۴۴	۴۳/۷۳۲	۱۹/۳۰۳	<0/001	0/۲۵۳
	گروه*زمان	۶۹/۷۵۶	۲۹/۱۳۹	۱۲/۸۶۲	<0/001	0/۳۱۱
مقابله ناکارآمد	گروه	۸۶۷/۸۷۸	۴۳۳/۹۳۹	۹/۴۹۰	<0/001	0/۲۵۰
	زمان	۴۳۴/۴۱۱	۳۲۵/۵۵۱	۴۹/۸۱۸	<0/001	0/۴۰۶
	گروه*زمان	۲۳۴/۵۵۶	۸۷/۸۸۹	۱۳/۴۴۹	<0/001	0/۲۲۱
باور فراشناختی منفی	گروه	۴۴۶/۵۷۸	۲۲۳/۲۸۹	۸/۵۰۳	<0/001	0/۲۳۰
	زمان	۴۵۱/۸۱۱	۳۸۹/۵۵۲	۶۵/۴۰۲	<0/001	0/۳۳۴
	گروه*زمان	۲۳۳/۰۸۹	۱۰۰/۴۸۵	۱۶/۸۷۰	<0/001	0/۱۷۲
سندرم شناختی/توجهی کل	گروه	۶۰۲۰/۴۷۸	۳۰۱۰/۲۳۹	۳۳/۰۷۸	<0/001	0/۵۱۷
	زمان	۳۴۹۷/۶۷۸	۲۷۸۴/۳۸۸	۱۲۷/۹۲۰	<0/001	0/۵۹۲
	گروه*زمان	۲۳۰۷/۱۲۲	۹۱۸/۳۱۳	۴۲/۱۸۹	<0/001	0/۴۷۹

مداخله در نمرات کل حساسیت اضطرابی، سندرم شناختی- توجهی و تمامی مؤلفه‌های این متغیرها نمرات بهتری کسب کرده‌اند و اندازه اثر آن‌ها بر نمره کل حساسیت اضطرابی ۰/۵۱، ترس از نگرانی ۰/۱۹، ترس از عدم کنترل شناختی ۰/۳۰، ترس از مشاهده شدن اضطراب ۰/۲۹، نمره کل سندرم

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که در مورد نمرات کل حساسیت اضطرابی و سندرم شناختی- توجهی و تمامی مؤلفه‌های این متغیرها، هر سه اثر بین گروهی، درون گروهی و تعاملی بین گروهی× درون گروهی معنی‌دار است ($p<0/05$). مقایسه میانگین‌ها نشان می‌دهد در مراحل پس آزمون و پیگیری، گروه‌های

شناختی- توجهی ۰/۴۷، نگران اندیشی ۰/۱۱، تمرکز بر تهدید ۰/۳۱، مقابله ناکارآمد ۰/۲۲ و باور فراشناختی منفی ۰/۱۷ درصد بوده است. نتیجه کلی گویای آن است که مداخلات درمانی بر کاهش نمرات حساسیت

اضطرابی و سندرم شناختی- توجهی و مؤلفه‌های این متغیرها در مبتلایان به بیماری عروق کرونری سودمند بوده‌اند.

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی برای مقایسه زوجی اثر گروه‌ها و زمان‌ها بر متغیرهای پژوهش در بیماران عروق کرونری

متغیر وابسته	زمان‌ها	تفاوت میانگین	خطای معیار	سطح معناداری
حساسیت اضطرابی کل	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۸/۶۰۰*	۰/۶۹۰
	پیش‌آزمون	پیگیری	۹/۱۸۳*	۰/۷۰۰
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۵۸۳*	۰/۱۹۵
سندرم شناختی- توجهی کل	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۹/۱۰۰*	۰/۸۰۰
	پیش‌آزمون	پیگیری	۹/۵۸۳*	۰/۷۸۹
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۴۸۳	۰/۳۳۴
حساسیت اضطرابی کل	ذهن آگاهی درمانی	پارادوکس درمانی	۱/۴۶۷	۱/۳۹۲
	ذهن آگاهی درمانی	گروه کنترل	۹/۳۵۰*	۱/۳۹۲
	پارادوکس درمانی	گروه کنترل	۷/۸۸۳*	۱/۳۹۲
سندرم شناختی- توجهی کل	ذهن آگاهی درمانی	پارادوکس درمانی	-۰/۲۳۳	۱/۷۴۲
	ذهن آگاهی درمانی	گروه کنترل	-۱۲/۳۸۳*	۱/۷۴۲
	پارادوکس درمانی	گروه کنترل	-۱۲/۱۵۰*	۱/۷۴۲

p<۰/۰۵*

نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی در جدول ۵ برحسب مقایسه زوجی گروه‌ها نشان داد تفاوت میانگین دو رویکرد درمان ذهن‌آگاهی و پارادوکس درمانی با گروه کنترل در حساسیت اضطرابی و سندرم شناختی/ توجهی معنی‌دار است. همچنین، نتایج نشان داد درمان ذهن‌آگاهی در مقایسه با پارادوکس درمانی بر کاهش نمره حساسیت اضطرابی در مبتلایان به بیماری عروق کرونری سودمندی بیشتری داشته است ($p<۰/۰۵$). اما بین میزان اثربخشی دو رویکرد درمانی بر کاهش سندرم شناختی- توجهی، تفاوت معناداری وجود نداشت ($p>۰/۰۵$).

بحث

این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی درمان ذهن‌آگاهی و پارادوکس درمانی بر حساسیت اضطرابی و سندرم شناختی- توجهی در بیماران عروق کرونری انجام شد. نتایج نشان داد با وجود اثربخشی هر دو شیوه درمانی بر حساسیت اضطرابی، درمان

ذهن‌آگاهی در مقایسه با درمان پارادوکسی، تأثیر بیشتری بر کاهش حساسیت اضطرابی داشته است. نتیجه حاضر با نتایج برخی از مطالعات پیشین از قبیل میلر و همکاران (۱۷)، ژی و همکاران (۱۸)، ریلی و همکاران (۱۹)، بشارت (۲۵) و نیکان و همکاران (۲۶) همسو بود. در این راستا میلر و همکاران طی پژوهشی نشان دادند شرکت در هشت جلسه درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی در سوء‌مصرف‌کنندگان مواد منجر به کاهش علائم خلقی، حساسیت اضطرابی و علائم جسمانی شده است (۱۷). ژی و همکاران نیز طی یک کارآزمایی تصادفی نشان دادند که آموزش ذهن‌آگاهی بر حساسیت اضطرابی و بهبود عملکرد شناختی مؤثر است (۱۸). همچنین، سیتاک و همکاران (۲۷) و بابایی و همکاران (۲۸) در مطالعات مستقلی همسو با یافته حاضر نشان دادند که درمان پارادوکسی می‌تواند موجب کاهش نگرانی، نشخوار فکری و علائم اضطرابی در مراجعان گردد. در تبیین

این یافته، براساس نظر سگال می‌توان گفت عامل اساسی در تأثیرگذاری درمان ذهن آگاهی، افزایش سطح عاطفه مثبت و خودآگاهی فرد است، بدین معنی که فرد، خودآگاه به دلیل توانایی که در خودنظارتی به دست می‌آورد، با نظارت و آگاهی کامل افکار، احساسات و هیجانات را به سطح ذهن آگاهی می‌رساند و با پذیرش شرایط موجود، پاسخ می‌دهد. در واقع در رویکرد ذهن آگاهی، ارزیابی مجدد روی می‌دهد که خود به معنی فرایند تفسیر مجدد معنای یک محرک برای تغییر واکنش عاطفی فرد به آن است. بنابراین، فرد با آگاهی نسبت به شرایط موجود، پذیرش بالاتری نسبت به آن می‌یابد و به شکل واقع بینانه تر و البته مثبت تری اقدام به برآورد بیماری و پیامدهای مرتبط با آن و پیگیری درمان خواهد کرد. در این نوع درمانگری ابتدا افزایش آگاهی فراشناختی طرح می‌شود (توانایی درک دوباره از افکار و عواطف فردی و نگرستن به آن‌ها به عنوان رویدادهای گذرا به جای اینکه آن افکار به عنوان واقعیت مطلق در نظر گرفته شوند) و این امر منجر به کاهش نشخوار فکری، ادراک تهدید و ترس بدنی و کاهش حساسیت اضطرابی خواهد شد. همچنین، به زعم محققان مطالعه حاضر، تفاوت معنادار بین دو رویکرد درمانی استفاده شده در این مطالعه را می‌توان چنین تبیین کرد که درمان ذهن آگاهی و پارادوکس درمانی تنها در نحوه ارایه راهبردهای درمانی، رویکردهای واقعاً متفاوت و متنوعی دارند و این تکنیک‌های متفاوت به معنی مسیرهای متفاوت و متناقض نیست. با این حال، بررسی مبانی نظری در دو رویکرد موردنظر و البته پروتکل‌های آموزشی-درمانی، گویای محدودیت‌های پژوهشگر و عدم کاربرد روش پارادوکس درمانی به صورت فراگیر در تحقیقات علمی در خصوص بیماران مزمن طبعی مانند بیماران قلبی-عروقی بوده است. بنابراین، خلأ پژوهشی در این زمینه و تازه بودن این روش برای جامعه ایرانی شاید یکی از دلایل اثرگذاری بیشتر روش

درمان ذهن آگاهی نسبت به پارادوکس درمانی بوده است. آنچه در این مسیر اتفاق افتاده، این بود که مبتلایان به بیماری قلبی-عروقی دچار نوعی آگاهی و خودنظارتی می‌شوند و این امر باعث شد که بیماران، مشکلات و محدودیت‌های ناشی از بیماری خود را بپذیرند و با نگرش جدیدی به بیماری، نشانگان و هیجانات همراه با بیماری بنگرند و آن را به عنوان عامل آگاهی‌دهنده و مثبت برای ادامه زندگی بدانند و همین امر منجر به کاهش حساسیت اضطرابی بیماران می‌گردد.

دیگر یافته پژوهش نشان داد علی‌رغم اثربخشی دو رویکرد مداخله ای فوق‌الذکر بر کاهش سندرم شناختی/توجهی، بین دو رویکرد تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد. این یافته همسو با نتایج مطالعه توره و همکاران (۲۰)، ویتفیلد و همکاران (۲۱)، عمادیان و همکاران (۲۲) و محبوبی و همکاران (۳۰) بود. در همین راستا نتیجه مطالعه نیکان و همکاران (۲۶) نشان داد تأثیر برنامه زمانی پارادوکسی و درمان شناختی-رفتاری بر نگرانی و نشخوار فکری بیماران دچار اختلال اضطراب اجتماعی یکسان بوده است. اما نتایج مطالعه نجفی‌دهاقانی و همکاران (۲۹) که نشان داد با وجود اثربخشی دو رویکرد مداخلاتی بر بهبود انسجام درونی و ساختارهای شخصیتی در بیماران پانیک، تأثیر درمان پارادوکسی بیشتر از درمان شناختی-رفتاری است، با نتیجه حاضر ناهمسو می‌باشد. در خصوص این ناهمسوئی نیز می‌توان به ابزار سنجش، تفاوت تجربه درمانگران و اجرای پژوهش در دو گروه متفاوت از بیماران اشاره نمود. در خصوص تأثیرگذاری مثبت دو رویکرد بر سندرم شناختی/توجهی و عدم تفاوت بین تأثیر آن‌ها می‌توان به نحوه اثرگذاری هر یک از دو رویکرد به شکلی مجزا بر سندرم شناختی/توجهی استناد نمود. در رابطه با مکانیسم اثر برنامه زمانی پارادوکس درمانی بر سندرم شناختی/توجهی می‌توان همان مکانیسم اثر چهارگانه در مورد اضطراب را به کار برد. در واقع در

و بیماران سایر شهرها احتیاط شود. کوتاه بودن دوره پیگیری از دیگر محدودیت‌های مطالعه بود. پیشنهاد می‌گردد در مطالعات آتی از دوره‌های پیگیری بلندمدت ۶ ماهه و ۱ ساله استفاده گردد. بعلاوه، در این پژوهش گردآوری اطلاعات با روش خودگزارشی انجام شد که این امر ممکن است با پاسخ‌دهی توأم با سوگیری و تحریف همراه باشد، لذا پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی در کنار پرسشنامه برای گردآوری اطلاعات از مصاحبه بالینی کمک گرفته شود.

نتیجه‌گیری

هر دو شیوه درمان ذهن‌آگاهی و پارادوکس درمانی بر کاهش حساسیت اضطرابی و سندرم شناختی/توجهی در مبتلایان به بیماری عروق کرونری اثربخش بودند. این رویکردهای مداخلاتی به ویژه درمان ذهن‌آگاهی می‌توانند به عنوان مداخلاتی کارآمد در کنار درمان دارویی متداول برای بهبود کارکردهای شناختی و کاهش اضطراب بیماران قلبی مورد توجه قرار گیرند.

تعارض منافع

هیچگونه تعارض منافی توسط نویسندگان بیان نشده است.

تشکر و قدردانی

این پژوهش مصوب دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارومیه با کد اخلاق IR.IAU.URMIA.REC.1402.049 بود. نویسندگان مقاله از مسئولان محترم بیمارستان شهید نورانی شهر تالش جهت پشتیبانی و همکاری در اجرای پژوهش و نیز تمامی بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونری جهت مشارکت در پژوهش، تشکر و قدردانی می‌کنند.

این‌جا نیز ابتدا دستوری‌سازی و مصنوعی‌سازی، نشخوارهای فکری و نگرانی‌های بیمار را که باعث تشدید اضطراب و استفاده نابجا از راهبردهای مقابله‌ای می‌شود، کاهش می‌بخشد. در ادامه، فرایند درمان تبدیل نشانه واقعی به مصنوعی می‌تواند با قطع رابطه بین نشانه و اضطراب، میزان سندرم‌های شناختی و رفتاری را در فرد تحت تأثیر قرار داده و کاهش دهد. در واقع باورهای غلط بیمار در رابطه با نشانه‌ها و علائمی که از محیط، دریافت می‌کند سبب می‌شود تا نتواند فکر خود را منسجم سازد و در نتیجه فرایند سندرم شناختی/توجهی را در وی راه اندازه می‌کند. به نظر می‌رسد وقتی معنای نشانه تغییر می‌کند، این افکار نیز تغییر نموده و میزان و شدت سندرم شناختی/توجهی رو به کاهش می‌گذارد. همچنین، به زعم محققان پژوهش حاضر به نظر می‌رسد در تمرینات ذهن‌آگاهی، بیماران متوجه وجود ارتباط بین افکار، احساس و حس‌های بدنی در هر لحظه می‌شوند. در نتیجه این آگاهی افکار و حالات مرتبط با علائم شناختی/توجهی شناسایی شده و با تمرین رها کردن و پذیرش این افکار به تدریج این سندرم‌ها رو به کاهش می‌گذارند. طی تمرینات، حالات بدنی و ذهنی معیوب شناسایی می‌شوند و فرد یاد می‌گیرد که در لحظه، از وقوع این افکار و احساسات و حس‌های بدنی آگاه شود و به جای واپس زنی و کنترل، آن‌ها را بپذیرد و در زمان حال نگه دارد و کنار بگذارد، یعنی وجود آن‌ها را به جای انکار می‌پذیرد و همین پذیرش، بار منفی این حالات را پایین آورده و مانع پیشرفت علائم شناختی-توجهی در فرد بیمار می‌شود.

در مطالعه حاضر پژوهشگر با محدودیت‌هایی مواجه بود؛ نخستین محدودیت پژوهش مربوط به نمونه‌گیری در دسترس و انتخاب جمعیت مطالعه تنها از بین مبتلایان به بیماری عروق کرونری مراجعه‌کننده به بیمارستان شهید نورانی شهر تالش بود، لذا باید در تعمیم نتایج به سایر بیماری‌های قلبی

References

- 1- Singh A, Zhang RS, Bangalore S. Percutaneous coronary intervention for heart failure due to coronary artery disease. *Heart Failure Clinics*. 2025;21(2):273-85.
- 2- Gedefaw A, Ayele YY, Wudie G, Tefera A, Yirdaw AK, Demilew T. Prevalence of pulmonary hypertension and associated factors among rheumatic heart disease patients in Ethiopia. *BMC Cardiovascular Disorders*. 2025;25(1):20-36.
- 3- Molossi S, Doan T, Sachdeva S. Anomalous coronary arteries: A state-of-the-art approach. *Cardiac Electrophysiology Clinics*. 2024;16(1):51-69.
- 4- Tulloch H, Bouchard K, Brownrigg J, Coutinho T. Depression and anxiety before and after cardiac rehabilitation: Comparing patients with and without spontaneous coronary artery dissection. *The Canadian Journal of Cardiology*. 2023;39(3):350-52.
- 5- Patsalis PC, Malik-Patsalis AB, Rauscher HG, Schaefer C, Useini D, Strauch JT, et al. Efficacy of auricular acupuncture and lavender oil aromatherapy in reducing preinterventional anxiety in cardiovascular patients: A randomized single-blind placebo-controlled trial. *Journal of Integrative and Complementary Medicine*. 2022;28(1):45-50.
- 6- Cheney MK, Alexander AC, Garey L, Gallagher MW, Hébert ET, Vujanovic AA, et al. Adapting a mobile health app for smoking cessation in black adults with anxiety through an analysis of the mobile anxiety sensitivity program proof-of-concept trial: Qualitative Study. *JMIR Formative Research*. 2025;1(5):41-59.
- 7- Clark HL, Dixon LJ, Ramachandran S, Leukel PJ, Lee AA. Psychometric properties of the short scale anxiety sensitivity index among adults with chronic respiratory disease. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*. 2024;31(1):186-96.
- 8- Shokrolahi M, Hashemi SE, Mehrabizadeh Honarmand M, Zargar Y, Naaime A. Comparison of the effectiveness of emotion focused therapy (EFT) and cognitive analytic therapy (CAT) on anxiety sensitivity, pain catastrophizing, experiential avoidance and cognitive emotion regulation in patients with chronic pain and alexithymia. *Journal of Research in Behavioral Sciences*. 2022;19(4):739-52. [Persian]
- 9- Cernik R, Journault AA, Charbonneau S, Sauvageau C, Giguère CÉ, Raymond C, et al. When talking goes awry: association between co-rumination and trait anxiety, test anxiety, and anxiety sensitivity in early and late adolescents. *Anxiety, Stress, & Coping*. 2025;38(1):115-24.
- 10- Goulabchand R, Castille E, Navucet S, Etchecopar-Etchart D, Matos A, Maria A, et al. The interplay between cognition, depression, anxiety, and sleep in primary sjogren's syndrome patients. *Scientific Reports*. 2022;12(1):1-12.
- 11- Hashemi Z, Eyni S, Shahjoe T. The effectiveness of metacognitive therapy on psychological distress and cognitive-attention syndrome in spouses of brain tumors patients. *Journal of Clinical Psychology*. 2022;14(2):1-11. [Persian]
- 12- Sadlon A, Takousis P, Ankli B, Alexopoulos P, Perneczky R. Association of chronic pain with biomarkers of neurodegeneration, microglial activation, and inflammation in cerebrospinal fluid and impaired cognitive function. *Annals of Neurology*. 2024;95(1):195-206.
- 13- Fortes PP, dos Santos-Ribeiro S, de Salles-Andrade JB, Moreira-de-Oliveira ME, de Abreu-Cervone F, de Faro LF, et al. Mindfulness interventions and quality of life in anxiety-related disorders: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*. 2025;1(3):383-93.
- 14- Bürkle JJ, Schmidt S, Fendel JC. Mindfulness and acceptance-based programs for obsessive-compulsive disorder: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*. 2025;17(6):45-61.
- 15- Dones III VC, Yamat KS, Santos KE, Concepcion AV, Lacson MA. The effectiveness of mindfulness-based interventions versus cognitive behavioral therapy on social anxiety of adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Acta Medica Philippina*. 2025;59(2):15-28.
- 16- Zhu M, Wong SY, Zhong CC, Zeng Y, Xie L, Lee EK, et al. Which type and dosage of mindfulness-based interventions are most effective for chronic pain? A systematic review and network meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*. 2025;8(3):75-89.

- 17- Miller MA, Ye L, Van Pelt M, Pavone KJ. Effects of mindfulness on postoperative pain, anxiety, and opioid use: An integrative review. *Pain Management Nursing*. 2025;96(6):189-213.
- 18- Xie Q, Guan Y, Hofmann SG, Jiang T, Liu X. The potential mediating role of anxiety sensitivity in the impact of mindfulness training on anxiety and depression severity and impairment: A randomized controlled trial. *Scandinavian Journal of Psychology*. 2023;64(1):21-29.
- 19- Reilly A, Sharif A, Bhagra O, Dominari A, Katsos K, Nathani KR, et al. Evaluation of mindfulness-based interventions for pain, anxiety, and depression in spinal cord injury patients: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Neurology and Neurosurgery*. 2025;7(1):82-103.
- 20- Torre E, Auster-Gussman LA, Welch W, Solk P, Murphy K, Whitaker M, et al. Effects of acute aerobic exercise, mindfulness training and combined mindfulness and exercise on cognitive performance. *American Journal of Lifestyle Medicine*. 2023;1(3):25-39.
- 21- Whitfield T, Barnhofer T, Acabchuk R, Cohen A, Lee M, Schlosser M, et al. The effect of mindfulness-based programs on cognitive function in adults: A systematic review and meta-analysis. *Neuropsychology Review*. 2022;32(3):677-702.
- 22- Emadian SO, Emadian SA, Dehrouyeh S, Hosseini Tabaghdehi SL. The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on anxiety, rumination and fatigue in women with multiple sclerosis. *Journal of Jiroft University of Medical Sciences*. 2022;9(1):863-74. [Persian]
- 23- Peimanpak F, Pourshahriari M, Abdollahi A. Comparison of the effectiveness of paradoxical timetable therapy and cognitive behavioral therapy on reducing symptoms in women with generalized anxiety disorder. *Women and Family Studies*. 2023;16(59):47-63. [Persian]
- 24- Mohammadpour M, Aslami E. Evaluating the effectiveness of paradox therapy on components of psychological well-being of conflicting couples. *Journal of Psychology New Ideas*. 2022;14(18):1-24. [Persian]
- 25- Besharat MA. The application of paradox therapy for the treatment of body dysmorphic disorder: A case report. *Journal of Psychological Science*. 2020;19(95):1371-87. [Persian]
- 26- Nikan A, Lotfi Kashani F, Vaziri S, Mojtabaie M. Comparison of paradoxical timetable and cognitive behavioral therapy on worry and rumination of individuals with social anxiety. *Journal of Rooyesh-e-Ravanshenasi*. 2021;10(1):1-14. [Persian]
- 27- Çitak S, Avci SH, Kahraman BB. The effectiveness of short-term psychodynamic psychotherapy in depression and anxiety disorders. *Psychodynamic Practice*. 2021;27(4):372-83.
- 28- Babaie V, Abolmaali Alhosseini K, Hobbi MB. Investigating the efficacy of paradoxical time table therapy on anxiety sensitivity and focused-attention in people with social anxiety disorder. *Journal of Psychological Science*. 2023; 22(125):967-83. [Persian]
- 29- Najafi Dehaghani J, Makvan Hosseini S, Mehrinezhad A. Comparing the efficacy of paradox therapy and cognitive-behavioral therapy in internal coherence, ego strength and panic disorder symptoms. *Journal of Clinical Psychology Studies*. 2024;15(56):17-34. [Persian]
- 30- Mahboubi E, Shakerdiulagh A, Khademi A, Asayesh M. The impact of paradox therapy on body image and negative motions in women with body dysmorphic disorder. *Iranian Journal of Nursing Research*. 2024;19(5):72-82. [Persian]
- 31- Kabat-Zinn J. Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology Science Practice*. 2003;10(2):144-56.
- 32- Besharat MA. Evaluating the effectiveness of paradox therapy for the treatment of social anxiety disorder: A case study. *Journal of Psychological Science*. 2019;18(76):383-96. [Persian]
- 33- Reiss S, Peterson RA, Gursky DM, McNally RJ. Anxiety sensitivity, anxiety frequency and the prediction of fearfulness. *Behavior Research and Therapy*. 1986;24(1):1-8.
- 34- Khodapanah M, Golshani F, Taghiloo S, Baghdassarians A. Structural model of pain catastrophizing in emotional eating: The mediating role of anxiety sensitivity and pain-related fear in people with chronic pain. *Journal of Applied Psychological Research*. 2021;12(2):321-39. [Persian]
- 35- Wells A. *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. Guilford press; 2009.
- 36- Sendi F, Ehteshamzadeh P, Asgari P, Kafie M. The relationship cognitive attentional syndrome (CAS), with anxiety and depression in burned patients: the mediating role of coping styles. *Quarterly Journal of Health Psychology* 2017;6(23):74-91. [Persian]