مقاله پژوهشی اصیل

مقایسه تاثیر شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت خواب و رفتارهای ارتقاءدهنده سبک زندگی در افراد مبتلا به نارسایی قلبی

سید احسان کاظمینی[۱]، دانشجوی دکترای روان‌شناسی
***طاهره رنجبری‌پور[۲]، دکترای روان‌شناسی سلامت**
عاطفه نژادمحمد نامقی[۳]، دکترای مشاوره
شیدا سوداگر[۴]، دکترای روان‌شناسی سلامت
پریسا پیوندی[۵]، دکترای روان‌شناسی عمومی

خلاصه

هدف. این پژوهش با هدف مقایسه تاثیر شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت خواب و رفتارهای سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت در افراد مبتلا به نارسایی قلبی انجام شد.

زمینه. پیامدهای نارسایی قلبی ایجادکننده مشکلاتی در زمینه کیفیت خواب و سبک زندگی افراد است که بر سیر بیماری تاثیر می گذارد.. شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، از مداخله‌های موثر بر این دو هستند.

روش کار. پژوهش حاضر، از نوع نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و دارای گروه کنترل و پیگیری سه ماهه بود. تعداد ۴۵ نفر از افراد مبتلا به نارسایی قلبی به صورت هدفمند انتخاب و سپس با روش تصادفی ساده در دو گروه آزمون (هر گروه ۱۵ نفر) و یک گروه کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. مداخله‌های شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای گروه‌های آزمون انجام شد. داده‌ها در سه مرحله با استفاده از شاخص کیفیت خواب پیتزبورگ بویس و همکاران (۱۹۸۹) و پرسشنامه سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت واکر و همکاران (۱۹۸۷) جمع‌آوری شد. تحلیل داده‌ها در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۵ با تحلیل کوواریانس انجام شد.

یافته‌ها. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در پس‌آزمون و پیگیری ($F=۱۸۱/۲۲۴$ و $P\leq۰/۰۰۰۱$)، ($F=۶۲/۳۱۵$ و $P\leq۰/۰۰۰۱$) در مقایسه با گروه کنترل، بر کیفیت خواب و سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت در مبتلایان به نارسایی قلبی موثر بودند. با وجود تاثیر هر دو مداخله، برتری درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ($P\leq۰/۰۰۰۱$) بر سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت و عدم تفاوت معنادار بین دو مداخله در تاثیر کیفیت خواب در آزمون تعقیبی مشخص شد.

نتیجه‌گیری. با توجه به نتایج، در مراکز درمانی می‌توان هر دو مداخله، به ویژه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، را به عنوان مداخله‌هایی موثر بر کیفیت خواب و رفتارهای سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت همراه با درمان‌های پزشکی برای مبتلایان به نارسایی قلبی به کار گرفت.

کلیدواژه‌ها: شناخت‌درمانی مبتنی ذهن‌آگاهی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، کیفیت خواب، سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت، نارسایی قلبی

۱ دانشجوی دکترای روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران
۲ استادیار، گروه روان شناسی سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران (* نویسنده مسئول) پست الکترونیک:
t.ranjbaripour@gmail.com
۳ استادیار، گروه مشاوره و راهنمایی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران
۴ استادیار، گروه روان شناسی سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران
۵ استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-04]

مقدمه

شیوع بالا و تأثیرهای منفی نارسایی قلبی، مثل نرخ بالای بستری، مرگ در اثر نارسایی قلبی، افزایش تاثیرهای اقتصادی و اجتماعی برای بیماران و خانواده‌ها و سیستم‌های بهداشتی، و افزایش افراد مسنی که با نارسایی قلبی به زندگی ادامه می‌دهند، چالشی بهداشتی برای جهان است (بنجامین و همکاران، ۲۰۱۹؛ زو و همکاران، ۲۰۲۰). در ایالات متحده آمریکا، ۲/۶ میلیون نفر از پیامدهای نارسایی قلبی تاثیر پذیرفته‌اند که تعداد تا سال ۲۰۳۰ به بیش از ۸ میلیون نفر می‌رسد (بنجامین و همکاران، ۲۰۱۹). در ایران نیز نارسایی قلبی مهم‌ترین عامل ناتوانی و مرگ است (حیدری و همکاران، ۲۰۱۷؛ سراجی و رخشانی، ۲۰۱۶، ۲۰۱۷). انجمن قلب آمریکا نارسایی قلبی را نشانگان بالینی پیچیده‌ای تعریف کرده است که در اثر هرگونه اختلال ساختاری یا عملکردی در تخلیه و خروج جریان خون بطنی ایجاد می‌شود. علایم اصلی نارسایی قلبی از جمله خستگی و تنگی نفس که می‌توانند تحمل بیمار نسبت به فعالیت را محدود کنند و احتباس خونی که می‌تواند باعث احتقان ریوی و ادم محیطی شود، هستند. بعضی بیماران عدم تحمل به فعالیت دارند و ادم را نشان نمی‌دهند و برخی دیگر از بیماران علایم ادم، تنگی نفس یا خستگی را گزارش می‌کنند (یانسی و همکاران، ۲۰۱۳).

کمبود خواب باعث افزایش بروز آسیب‌های مرتبط با خواب مثل بی‌خوابی، دندان قروچه و سایر عوارض مثل بیماری‌های عصبی، بیماری‌های قلبی، پرفشاری خون و دیابت می‌شود (تریپاتی و آچاریا، ۲۰۱۸؛ تریپاتی و همکاران، ۲۰۲۰). بی‌خوابی از مشکلات مبتلایان به نارسایی قلبی مزمن و پیش‌رونده است (چیملویانگ و همکاران، ۲۰۱۷). شیوع بی‌خوابی مزمن در مبتلایان به نارسایی قلبی از جمعیت عمومی بیشتر است (پاراتی و همکاران، ۲۰۱۶). بی‌خوابی، افزایش مشکلات قلبی، کاهش توانایی و ظرفیت فعالیت در مبتلایان به ناسایی قلبی را در پی دارد (کائو و همکاران، ۲۰۱۱). کیفیت خواب به عنوان شاخصی پیش‌بینی سلامت عمومی فردی در افراد مختلف متفاوت است (زیلهوفر و همکاران، ۲۰۰۰) و ساختاری بالینی ذهنی دارد که نشان‌دهنده احساس رضایت کلی از روند خواب است (کریستال و ادینگر، ۲۰۰۸). افراد با کیفیت خواب پایین در مورد پریشانی، افسردگی، اضطراب و مشکلات کلی سلامتی شکایت بیشتری دارند (استرین و چپمن، ۲۰۰۵؛ میجر و همکاران، ۲۰۰۰؛ رابرتس و همکاران، ۲۰۰۰).

سبک زندگی به‌عنوان الگوی رفتاری سازمان‌دهنده اجزای رفتاری و دربرگیرنده هدف تلاش‌های افراد (صالحی، ۱۳۹۳ به‌نقل از کافتری، ۱۳۹۷) دارای ۱۰ مولفه سلامت جسمی، ورزش و تندرستی، کنترل وزن و تغذیه، پیشگیری از بیماری‌ها، سلامت روان–شناختی، معنویت، سلامت اجتماعی، اجتناب از داروها و مواد مخدر، پیشگیری از حوادث و سلامت محیطی است (استین، ۲۰۱۵). هنگ و همکاران (۲۰۰۷) ارتباطی واضح بین شیوه زندگی افراد و بروز عوامل خطر مرتبط با سلامتی و علل مهم مرگ و ابتلا به بیماری مشخص کردند و انجام رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت را بهترین رویکرد برای حفظ سلامت دانستند. رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت فعالیت‌هایی هستند که افراد توانایی نظارت بر سلامت‌شان را کسب می‌کنند (خداویسی و همکاران، ۲۰۱۷). نتایج پژوهش‌ها در بیماری‌های مزمن مثل سرطان و بیمارهای قلبی عروقی نشان دادند که سبک زندگی و رفتارهای منفی افراد در درازمدت از دلایل عمده مرگ در اغلب کشورها است (کوهن و آزایزا، ۲۰۰۷؛ ریچموند، ۱۹۷۸، به‌نقل از کافتری، ۱۳۹۷).

مدل ارتقای سلامت پندر پرکاربردترین مدل برنامه‌ریزی و تغییر رفتارهای ناسالم و ارتقاء سلامت است (پندر، ۲۰۱۴). این مدل با شش بعد ورزش، مسئولیت سلامتی، مدیریت تنش، روابط بین فردی، تغذیه و رشد معنوی می‌تواند کیفیت زندگی و سلامتی را افزایش و هزین های مراقبت‌های سلامتی را کاهش دهد (بهانداری و کیم، ۲۰۱۶). سبک زندگی نامناسب از عوامل تاثیرگذار بر بروز بیماری‌های مزمن مثل سرطان روده بزرگ، پرفشاری خون، بیماری‌های انسدادی ریوی مزمن، سیروز کبدی، زخم معده، ایدز و بیماری‌های قلبی عروقی است (بلک و همکاران، ۲۰۰۱). در نارسایی قلبی، خودمراقبتی اهمیت زیادی دارد (منصوری و همکاران، ۱۳۹۶، به‌نقل از محمدی‌هریس و همکاران، ۱۳۹۹). خودمراقبتی مجموعه‌ای از رفتارها شامل رعایت رژیم غذایی و دارویی، محدودیت دریافت سدیم و مایعات، میزان فعالیت‌های مجاز، توزین روزانه و جستجو و تصمیم‌گیری جهت اقدامات مناسب درمانی به هنگام شدت یافتن بیماری است (شهباز و همتی مسلک‌پاک، ۱۳۹۶). در دهه گذشته پژوهش‌ها در زمینه ارتباط متغیرهای سبک زندگی و خطر نارسایی قلبی در جمعیت عمومی نشان داده‌اند که سبک زندگی سالم با حفظ فعالیت بدنی منظم، الگوی تغذیه سالم، شاخص توده بدنی طبیعی، و عدم مصرف دخانیات، باعث کاهش ۴۵ تا ۸۱ درصدی بروز نارسایی قلبی می‌شود (وانگ و همکاران، ۲۰۱۱؛ آقا و همکاران، ۲۰۱۴؛ دل‌گابو و همکاران، ۲۰۱۵؛ فلگ، ۲۰۱۷).

مداخله‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی به‌عنوان رویکردی برای بهبود سلامت روان‌شناختی و جسمی پیشنهاد شده‌اند (کراسول، ۲۰۱۷). تمرین‌های ذهن‌آگاهی در زمینه مشکلات سلامت، بر پریشانی‌های جسمی ناشی از مشکلات سلامت تاثیر دارند (زیمرمن و

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-04]

همکاران، ۲۰۱۸). در شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، جنبه‌هایی از شناخت‌درمانی با روش‌های مراقبه ذهن‌آگاهی ترکیب می‌شوند و هدف آن آموزش کنترل توجه برای شناسایی تغییرات خلقی جزئی است که مستلزم راهبردهای رفتاری، شناختی و فراشناختی ویژه برای متمرکز کردن فرآیند توجه است که باعث جلوگیری از عوامل ایجادکننده خلق منفی، فکر منفی، گرایش به پاسخ‌های نگران‌کننده، رشد دیدگاه جدید و شکل‌گیری افکار و هیجان‌های خوشایند می‌شود (سگال و همکاران، ۲۰۱۳). علاوه بر بهبود نسبی افسردگی، این مداخله منجر به کاهش زمان بیداری و افزایش کارآیی خواب نیز می‌شود (بریتون و همکاران، ۲۰۱۲). همچنین، نتایج پژوهش هایندریچ و همکاران (۲۰۰۶) درباره تاثیر این مداخله بر بی‌خوابی، بهبود قابل توجهی در کل زمان خواب و شروع به خواب رفتن را نشان داد و علاوه بر این، کاهش نگرانی و تمرکز بر خواب را نیز گزارش کردند (تایلر، هایلس و اونگ، ۲۰۱۵).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بر زندگی مبتنی بر ارزش‌ها تمرکز دارد و مبتنی بر بافت‌گرایی عملکردی است که ریشه در نظریه زبان و شناخت دارد. از هدف‌های اصلی این درمان، افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است (هیز، ۲۰۰۴) که از طریق شش فرآیند اصلی پذیرش و رضایت، هم‌جوش‌زدایی شناختی، ذهن‌آگاهی، خود همچون بافتار، ارزش‌ها و اقدام متعهدانه عمل می‌کند و تمرکز آن بر شناسایی افکار و احساس‌هایی است که موانعی در مسیر زندگی ارزش‌مدارانه هستند و هدفش این است که به جای تعقیب تجربه‌های درونی رابطه ما را با این تجربه‌ها تغییر دهد (استودارد و افاری، ۲۰۱۴). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای کمک به بی‌خوابی به‌طور معنادار اثربخش بود (دالریمپل و همکاران، ۲۰۱۰؛ هرنستین و همکاران، ۲۰۱۴). تاثیر شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خستگی، بهبود کیفیت خواب و تاب‌آوری در افراد مبتلا به سرطان پروستات نشان داد که هر دو مداخله بر شدت خستگی، کیفیت خواب و تاب‌آوری تاثیر دارند (پیرنیا و گلشنی، ۲۰۱۹).

با توجه به اهمیت کیفیت خواب در افراد مبتلا به نارسایی قلبی و تاثیری که سبک زندگی بر بی‌خوابی، پیامدهای سلامت و مشکلات ناشی از نارسایی قلبی دارد و با عنایت به افزایش روزافزون شیوع نارسایی قلبی در جهان و اینکه براساس پژوهش‌های قبلی، شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پیامدهای سلامتی در شرایط بالینی مختلف تاثیرگذار هستند، این پژوهش با هدف مقایسه تاثیر شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت خواب و سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت در افراد مبتلا به نارسایی قلبی انجام شد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر، از نوع نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و دارای گروه کنترل و پیگیری سه ماهه بود. تعداد ۴۵ نفر از افراد مبتلا به نارسایی قلبی به صورت هدفمند انتخاب و سپس با روش تصادفی ساده در دو گروه آزمون (هر گروه ۱۵ نفر) و یک گروه کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. معیارهای ورود به پژوهش شامل ابتلا به نارسایی قلبی مرحله B طبق پرونده پزشکی، عدم مصرف مواد و الکل، عدم مصرف داروهای روان‌پزشکی، عدم دریافت روان‌درمانی‌های دیگر، دامنه سنی بین ۳۵ تا ۵۵ سال، عدم دریافت مداخلات پزشکی جراحی مرتبط با نارسایی قلبی، و در کنترل بودن دیابت و پرفشاری خون بودند. معیارهای خروج از پژوهش شامل عدم تمایل به ادامه جلسات درمان و عدم شرکت در بیش از یک جلسه از درمان بود. مداخله‌های شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برای گروه‌های آزمون انجام شد و گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد.

در مرحله اجرای پژوهش، ابتدا در مورد پرسشنامه‌ها و نحوه تکمیل‌شان، و هدف پژوهش و محرمانه ماندن اطلاعات توضیح داده شد و پس از گرفتن رضایت کتبی از شرکت‌کنندگان، آزمون‌ها در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری اجرا شد و داده‌ها جمع‌آوری شدند. پس از پایان مداخله‌ها و پیگیری، موثرترین درمان براساس نتایج، برای افرادی از گروه کنترل که تمایل داشتند به‌صورت رایگان اجرا شد. این پژوهش با کد اخلاق IR.IAU.CTB.REC.1400.038 در دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی مورد تصویب قرار گرفت. در این پژوهش شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی طبق راهنمای درمان شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی سگال و همکاران (۲۰۱۳) در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (جدول شماره ۱) و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد طبق راهنمای درمان درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هیز و استروسهال (۲۰۱۰) در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (جدول شماره ۲) انجام شد.

به منظور ارزیابی کیفیت خواب، از شاخص کیفیت خواب پیتزبورگ بویس و همکاران (۱۹۸۹) استفاده شد که دارای ۹ گویه است و سئوال پنجم آن ۱۰ گویه فرعی دارد. به‌طورکلی این پرسشنامه دارای ۱۹ گویه و ۷ زیرمقیاس کیفیت ذهنی خواب، تأخیر در به خواب رفتن، مدت زمان خواب، میزان بازدهی خواب، اختلالات خواب، استفاده از داروهای خواب‌آور و اختلالات عملکردی روزانه است.

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-04]

جدول شماره ۱: خلاصه محتوای جلسات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی

جلسه	محتوای جلسه
۱	آشنایی و معارفه؛ آشنایی با تشخیص و علائم افسردگی، معرفی مؤلفه‌های پژوهش؛ معرفی درمان و شرح مختصری.از روند جلسه-های درمان، انجام مدیتیشن‌های خوردن یک عدد کشمش و سپس به مدت ۳۰ دقیقه مدیتیشن اسکن بدن و صحبت در مورد احساس‌های ناشی از انجام این مدیتیشن‌ها. تکلیف خانگی شامل پیاده کردن آنچه در خوردن یک دانه کشمش آموخته شده در مورد مسواک زدن یا شستن ظروف یا فعالیت انتخابی دیگر مثل دوش گرفتن است.
۲	انجام مدیتیشن اسکن بدن و بحث در مورد این تجربه، بررسی و بحث در مورد تکلیف‌های خانگی، موانع تمرین و راه حل‌های برنامه ذهن‌آگاهی برای آن؛ بحث در مورد تفاوت بین افکار و احساسات؛ انجام مدیتیشن در حالت نشسته؛ تکلیف‌های این جلسه شامل ذهن‌آگاهی یک رویداد خوشایند، انجام مدیتیشن نشسته و اسکن بدن و ذهن‌آگاهی یک فعالیت روزمره است.
۳	تمرین دیدن و شنیدن (در این تمرین از شرکت‌کنندگان 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 تکالیف خانگی، تمرین مدیتیشن سه دقیقه‌ای فضای تنفسی که سه مرحله دارد و شامل توجه به تمرین در لحظه انجام، توجه به تنفس و توجه به بدن است؛ انجام یکی از تمرین‌های حرکات ذهن‌آگاه؛ تکلیف‌های این جلسه مدیتیشن نشسته، اسکن بدن، تمرین سه دقیقه‌ای فضای تنفسی، ذهن‌آگاهی یک فعالیت روزمره جدید و ذهن آگاهی رویداد ناخوشایند است.
۴	مدیتیشن نشسته با توجه به تنفس، صدای بدن و افکار (مدیتیشن نشسته چهاربعدی)، بحث در مورد پاسخ‌های استرس و واکنش فرد به موقعیت‌های دشوار و نگرش‌ها و رفتارهای جایگزین؛ تمرین قدم زدن ذهن‌آگاه؛ تکلیف‌های این جلسه شامل مدیتیشن نشسته، اسکن بدن یا یکی از حرکات بدنی ذهن‌آگاه و تمرین فضای تنفسی سه دقیقه‌ای، انجام مدیتیشن نشسته؛ ارائه و اجرای حرکات ذهن‌آگاه بدن؛ تکلیف‌های خانگی این جلسه شامل مدیتیشن نشسته، فضای تنفسی سه دقیقه‌ای در یک رویداد ناخوشایند و ذهن‌آگاهی یک فعالیت جدید روزمره است.
۵	تمرین فضای تنفسی سه دقیقه‌ای، بحث در مورد تکالیف خانگی در گروه‌های دوتایی؛ ارائه 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 پی‌درپی ارائه می‌شود، تکلیف‌های این جلسه شامل انتخاب ترکیبی از مدیتیشن‌ها که ترجیح شخصی است، انجام فضای تنفسی سه دقیقه‌ای در یک رویداد ناخوشایند و ذهن‌آگاهی یک فعالیت جدید روزمره است.
۶	مدیتیشن چهاربعدی و آگاهی نسبت به هر آنچه در لحظه به هشیاری وارد می‌شود، مضمون این جلسه این است که بهترین راه مراقبت از خودم چیست؛ ارائه تمرینی که در آن شرکت‌کنندگان مشخص می‌کنند کدام یک از رویدادهای زندگی‌شان خوشایند و کدام یک ناخوشایند است و علاوه بر آن چگونه می‌توان برنامه‌ای داشت که به اندازه کافی رویدادهای خوشایند در آن باشد، فضای تنفسی سه دقیقه‌ای، تکلیف‌های این جلسه شامل انجام ترکیبی از مدیتیشن، تمرین تنفسی سه دقیقه‌ای در یک رویداد ناخوشایند و تمرین ذهن‌آگاهی یک فعالیت روزمره جدید است.
۷	بحث در رابطه با تکلیف جلسه قبل، مرور مباحث گذشته و استفاده از آنچه تاکنون افراد یاد گرفته‌اند، تمرین فضای تنفسی سه دقیقه‌ای، بحث در مورد روش‌های کنار آمدن با موانع انجام مدیتیشن، مطرح شدن سؤال‌هایی درباره کل جلسه‌ها مانند آیا شرکت-کنندگان به انتظارات خود دست یافته‌اند؟ آیا احساس می‌کنند شخصیت‌شان رشد کرده است؟ آیا احساس می‌کنند مهارت‌های مقابله‌ای‌شان افزایش یافته است و آیا دوست دارند تمرین‌های مدیتیشن‌شان را ادامه دهند؟
۸	آماده‌سازی آزمودنی‌ها برای پایان درمان، جمع‌بندی جلسات، ارائه نکات تکمیلی و اجرای پس آزمون

نمره‌گذاری براساس طیف لیکرت ۴ گزینه‌ای از صفر تا ۳ است که در هر زیرمقیاس نمره بین صفر تا ۳ خواهد بود. نمره صفر نشان‌دهنده نبود مشکل خواب و نمره ۳ نشان‌دهنده مشکل خواب بسیار جدی است. نمره کل نیز از جمع نمره زیر مقیاس‌ها به دست می‌آید که بین صفر تا ۲۱ است و نمره کل بالاتر از ۵ نشان‌دهنده کیفیت خواب پایین است. بویس و همکاران (۱۹۸۹) ضریب پایایی را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۳ گزارش کردند و شهری‌فر (۱۳۸۸) نیز در نسخه ایرانی شاخص کیفیت خواب پیتزبورگ، روایی و پایایی را به ترتیب ۰/۸۶ و ۰/۸۹ گزارش کرد. در پژوهش حاضر نیز آلفای کرونباخ ۰/۸۴ به دست آمد.

برای ارزیابی سبک زندگی و رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت، از نیم‌رخ سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت واکر و همکاران (۱۹۸۷) استفاده شد. این ابزار ۵۲ عبارت و شش زیرمقیاس تغذیه، فعالیت جسمی (ورزش)، مسئولیت‌پذیری در مورد سلامت، مدیریت استرس (شناسایی منابع استرس و اقدامات مدیریت استرس)، حمایت بین فردی (حفظ روابط همراه با احساس نزدیکی)، خودشکوفایی (داشتن

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-04]

حس هدفمندی، به دنبال پیشرفت فردی بودن و تجربه خودآگاهی و رضایتمندی) دارد و نسخه فارسی آن به دلیل پایین بودن روایی ۳ عبارت آن، دارای ۴۹ عبارت است. نمره‌گذاری آن طیف لیکرت چهار گزینه‌ای از صفر تا ۴ و نمره کل که از جمع نمره تمام سئوال‌ها به‌دست می‌آید بین ۴۹ تا ۱۹۶ است که نمره بیشتر، سبک زندگی سالم‌تر را نشان می‌دهد.

جدول شماره ۲: خلاصه محتوای جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسه	محتوای جلسه
معرفی	آشنایی با بیماران و برقراری رابطه خوب با آنان برای اعتمادسازی و تکمیل مناسب پرسشنامه‌های اطلاعات جمعیت‌شناختی و
۱	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، ارایه 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، تعیین تکلیف خانگی
۲	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 تعیین تکلیف خانگی
۳	مرور تجربه بیماران از جلسه قبل و دریافت بازخورد از آنان، شناسایی راهبردهای ناکارآمد و یادگیری کنترل آنها و درک بی‌فایده 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 سکته قلبی، توضیح نحوه اجتناب از تجارب دردناک و ذهن‌آگاه بودن از تاثیرات اجتناب، کشف موقعیت‌هایی که از آنها اجتناب شده است و ارتباط با آنها از طریق پذیرش، توضیح مقابله و معرفی
۴	مرور تجربه بیماران از جلسه قبل و دریافت بازخورد از آنان، استراحت، رفتار متعهدانه، معرفی و توضیح خود مفهوم‌سازی‌شده 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 مطرح‌شده در جلسه، معرفی موارد جلسه بعد و تعیین تکلیف خانگی
۵	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 شرکت‌کنندگان بر فعالیت‌هایشان مقل راه رفتن و تنفس تمرکز کنند و ذهن‌آگاه بمانند و یاد می‌گیرند که هیجان‌ها، احساسات و شناخت خود را درک کنند و آنها را بدون قضاوت فرآیند کنند و از این طریق یاد می‌گیرند به افکار و هیجان‌هایشان توجه کنند؛ بدون اتصال و درگیر شدن در محتوای آنها، استراحت،
۶	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 مطرح‌شده در جلسه، معرفی موارد جلسه بعد و تعیین تکلیف خانگی
۷	مرور تجربه بیماران از جلسه قبل و دریافت بازخورد از آنان، ارزیابی ارزش‌های هر بیماران 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 به‌منظور پیگیری ارزش‌ها، هر کدام از اعضای گروه فهرست ارزش‌های خود و راهکارهای بالقوه برای پیگیری ارزش‌هایش را با دیگر اعضاء به اشتراک بگذارد، بحث در مورد اهداف مرتبط با ارزش‌ها و ویژگی‌های اهداف در میان گروه، هر یک از اعضای گروه سه ارزش مهم خود را شناسایی کند و اهدافی را تعیین کند که در راستای حفظ ارزش‌ها باشد، تعیین قدم بعدی برای رسیدن به اهداف، استراحت، جمع‌بندی موارد مطرح‌شده در جلسه، معرفی موارد جلسه بعد و تعیین تکلیف خانگی
۸	آموزش عمل متعهدانه (درک تعهد و تمایل)، شناسایی مدل‌های رفتاری سازگار با ارزش‌ها و افزایش تعهد به رفتار بر اساس آنها، بحث 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 گذارند و در مورد آنچه به دست آورده‌اند و انتظارات برآورده نشده با هم بحث کنند، اجرای پس آزمون

واکر و هیل- پولرکی (۱۹۹۷) ضریب پایایی را با روش آلفای کرونباخ برای نمره کل ۰/۹۷ و چو و همکاران، (۲۰۱۴) نیز ضریب پایایی را با روش آلفای کرونباخ برای نمره کلی ۰/۹۱ گزارش کردند. در پژوهش حاضر، ضریب پایایی با روش آلفای کرونباخ برای

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-04]

نمره کلی این پرسشنامه ۰/۹۱ و برای زیرمقیاس‌های تغذیه، فعالیت جسمی، مسئولیت‌پذیری در قبال سلامت، مدیریت استرس، روابط بین فردی و رشد معنوی و خودشکوفایی به ترتیب، ۰/۷۸، ۰/۸۲، ۰/۸۳، ۰/۸۲، ۰/۷۳، و ۰/۷۰ به دست آمد.

محمدی زیدی و همکاران (۱۳۹۰) در نسخه فارسی، ضریب پایایی را با روش آلفای کرونباخ برای نمره کلی این پرسشنامه را ۰/۸۲ و برای زیرمقیاس‌های تغذیه، فعالیت جسمی، مسئولیت‌پذیری در قبال سلامت، مدیریت استرس، روابط بین فردی و رشد معنوی و خودشکوفایی به ترتیب، ۰/۸۱، ۰/۷۹، ۰/۸۶، ۰/۹۱، ۰/۷۵، و ۰/۶۴ به دست آوردند.

داده‌ها در سه مرحله با استفاده از شاخص کیفیت خواب پیتزبورگ بویس و همکاران (۱۹۸۹) و پرسشنامه سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت واکر و همکاران (۱۹۸۷) جمع‌آوری شد. تحلیل داده‌ها در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۵ با تحلیل کوواریانس انجام شد.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر، ۴۵ نفر در دو گروه آزمون و یک گروه کنترل شرکت داشتند که میانگین و انحراف استاندارد سن آنها در گروه‌های شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه کنترل به ترتیب، ۴۶/۶۰ سال با انحراف معیار ۶/۲۷، ۴۷/۰۰ سال با انحراف معیار ۶/۲۱ و ۴۶/۶۶ سال با انحراف معیار ۶/۵۱ سال بود. بیشترین فراوانی در هر سه گروه مربوط به افراد متاهل و با تحصیلات لیسانس بود. شاخص‌های توصیفی گروه‌های آزمون و کنترل در جدول شماره ۳ نشان می‌دهد کیفیت خواب در گروه شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، در پس‌آزمون (۱/۶۷ با انحراف معیار ۱/۲۳) و پیگیری (۴/۶۰ با انحراف معیار ۱/۰۶) نسبت به پیش‌آزمون (۵/۶۷ با انحراف معیار ۱/۲۳) افزایش یافته است. همچنین، کیفیت خواب در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، در پس‌آزمون (۱/۷۳ با انحراف معیار ۱/۰۳) و پیگیری (۴/۷۳ با انحراف معیار ۱/۰۳۳) نسبت به پیش‌آزمون (۵/۷۳ با انحراف معیار ۱/۱۰) افزایش یافته است؛ اما بین کیفیت زندگی گروه کنترل در پیش‌آزمون (۵/۶۰ با انحراف معیار ۰/۹۹)، پس‌آزمون (۵/۷۳ با انحراف معیار ۰/۸۸) و پیگیری (۵/۶۷ با انحراف معیار ۱/۱۱) تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد (کاهش نمره به معنای افزایش کیفیت خواب است).

جدول شماره ۳: میانگین و انحراف معیار کیفیت خواب و سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت در گروه‌ها به تفکیک مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون، و پیگیری

متغیر	مرحله	شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی میانگین (انحراف معیار)	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد میانگین (انحراف معیار)	گروه کنترل میانگین (انحراف معیار)
کیفیت خواب	پیش‌آزمون	۵/۶۷ (۱/۲۳)	۵/۷۳ (۱/۱۰)	۵/۶۰ (۰/۹۹)
	پس‌آزمون	۱/۶۷ (۱/۲۳)	۱/۷۳ (۱/۰۳)	۵/۷۳ (۰/۸۸)
	پیگیری	۴/۶۰ (۱/۰۶)	۴/۷۳ (۱/۰۳)	۵/۶۷ (۱/۱۱۳)
سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت	پیش‌آزمون	۱۱۰/۴۰ (۱۰/۵۳)	۱۱۳/۰۷ (۱۰/۹۸)	۱۱/۸۷ (۱۳/۰۸)
	پس‌آزمون	۱۳۹/۳۳ (۸/۳۵)	۱۵۱/۸۷ (۸/۱۳)	۱۰۹/۶۰ (۹/۹۹)
	پیگیری	۱۲۴/۱۳ (۷/۸۷)	۱۴۰/۲۰ (۸/۲۳)	۱۱۰/۴۷ (۱۱/۲۸)

میانگین نمره سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت در گروه شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، در پس‌آزمون (۱۳۹/۳۳ با انحراف معیار ۸/۳۵) و پیگیری (۱۲۴/۱۳ با انحراف معیار ۷/۸۷) نسبت به پیش‌آزمون (۱۱۰/۴۰ با انحراف معیار ۱۰/۵۳) افزایش یافته است. همچنین، میانگین نمره سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، در پس‌آزمون (۱۵۱/۸۷ با انحراف معیار ۸/۱۳) و پیگیری (۱۴۰/۲۰ با انحراف معیار ۸/۲۳) نسبت به پیش‌آزمون (۱۱۳/۰۷ با انحراف معیار ۱۰/۹۸) افزایش داشته است، اما میانگین نمره سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت در گروه کنترل، در پیش‌آزمون (۱۱۱/۸۷ با انحراف معیار ۱۳/۰۸)، پس‌آزمون (۱۰۹/۶۰ با انحراف معیار ۹/۹۹)، و پیگیری (۱۱۰/۴۷ با انحراف معیار ۱۱/۲۸) تفاوت معنی‌داری نداشتند که نشان‌دهنده تاثیر هر دو مداخله بر افزایش کیفیت خواب و رفتارهای سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت و افزایش بیشتر رفتارهای سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت در نتیجه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در مبتلایان به نارسایی قلبی است.

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-04]

پیش از اجرای آزمون تحلیل کواریانس، برای رعایت پیش‌فرض‌های تحلیل کواریانس، نرمال بودن توزیع داده‌ها با آزمون شاپیرو – ویلک ارزیابی شد که یافته‌ها نشان‌دهنده نرمال بودن توزیع داده‌ها بود. همچنین، نتایج آزمون لوین نشان داد که متغیرهای کیفیت خواب و سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت معنادار نیستند و بنابراین، فرض یکسانی واریانس‌ها برقرار است. برای ارزیابی پیش‌فرض خطی بودن همبستگی متغیر پیش‌آزمون و متغیر مستقل، مقدار F تعامل متغیر مستقل و هم‌پراش در متغیرهای پژوهش در بیماران معنادار است؛ پس، همبستگی متغیر هم‌پراش و مستقل رعایت شده است و می‌توان با توجه به تحقق پیش‌فرض‌ها از تحلیل کوواریانس استفاده کرد. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری داده‌ها نشان داد که در ترکیب خطی متغیرهای وابسته کیفیت خواب و سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت بین تاثیر گروه شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، و گروه کنترل پس از مداخله (F=۱۸۱/۲۲۴, P≤۰/۰۰۰۱) و در پیگیری (F=۶۲/۳۱۵, P≤۰/۰۰۰۱) تفاوتی معنادار وجود دارد و بر اساس مجذور جزیی ایتا (اندازه اثر)، در پس‌آزمون ۹۰/۲ درصد، و در پیگیری ۷۶/۲ درصد از واریانس تفاوت گروه‌ها توسط متغیر مستقل تبیین می‌شود (جدول شماره ۴).

جدول شماره ۴: نتیجه آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری

مرحله	آزمون	مقدار	F	درجه آزادی فرض	درجه آزادی خطا	معنی‌داری	میزان تاثیر
پس‌آزمون	لامبدای ویلکز	۰/۰۰۹	۱۸۱/۲۲۴	۴	۷۸	۰/۰۰۰	۰/۹۰۳
پیگیری		۰/۰۵۷	۶۲/۳۱۵	۴	۷۸	۰/۰۰۰	۰/۷۶۲

نتایج تحلیل کواریانس تک متغیری که در متن تحلیل کواریانس چند متغیری انجام شد نشان داد که برای متغیر کیفیت خواب، در مرحله پس‌آزمون (F=۶۴۷/۵۰۴, P≤۰/۰۰۰۱) و پیگیری (F=۵۵۸/۱۵۶, P≤۰/۰۰۰۱) و برای رفتارهای سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت در مرحله پس‌آزمون (F=۲۲/۰۱۵, P≤۰/۰۰۰۱) و پیگیری (F=۱۹۹/۰۳۵, P≤۰/۰۰۰۱) بین گروه‌های شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه کنترل تفاوت معنادار وجود دارد و مداخله‌های انجام شده اثربخش هستند. بنابراین، در پس‌آزمون و پیگیری، هر دو مداخله در مقایسه با گروه کنترل بر افزایش کیفیت خواب و رفتارهای سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت در مبتلایان به نارسایی قلبی اثربخش هستند (جدول شماره ۵).

جدول شماره ۵: نتیجه آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیری

مرحله	منابع	متغیر	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	F	معنی‌داری	اندازه اثر
پس‌آزمون	گروه‌ها	کیفیت خواب	۸۴/۳۶۸	۲	۱۶۸/۷۳۷	۶۴۷/۵۰۴	۰/۰۰۰	۰/۹۷۰
		سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت	۶۷۴۴/۸۸۸	۲	۱۳۴۸۹/۷۷۶	۵۵۸/۱۵۶	۰/۰۰۰	۰/۹۶۵
	خطا	کیفیت خواب	۰/۱۳۰	۴۰	۵/۲۱۲	–	–	–
		سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت	۱۲/۰۸۴	۴۰	۴۸۳/۳۷۰	–	–	–
پیگیری	گروه‌ها	کیفیت خواب	۵/۸۶۱	۲	۱۱/۷۲۱	۲۲/۰۱۵	۰/۰۰۰	۰/۵۲۴
		سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت	۳۰۰۷/۰۴۷	۲	۶۰۱۴/۰۹۴	۱۹۹/۰۳۵	۰/۰۰۰	۰/۹۰۹
	خطا	کیفیت خواب	۰/۲۶۶	۴۰	۱۰/۶۴۹	–	–	–
		سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت	۱۵/۱۰۸	۴۰	۶۰۴/۳۲۶	–	–	–

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-04]

نتایج آزمون تعقیبی بون‌فرونی برای مقایسه تفاوت بین گروه‌های آزمون و کنترل نشان داد که دو مداخله شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با گروه کنترل بر بهبود کیفیت خواب تاثیر دارند (P≤۰/۰۰۰۱) و تفاوت معناداری بین تاثیر دو مداخله بر بهبود کیفیت خواب وجود ندارد. همچنین، دو مداخله شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با گروه کنترل بر افزایش رفتارهای سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت (P≤۰/۰۰۰۱) تاثیر دارند و تفاوت معناداری بین تاثیر دو مداخله بر افزایش رفتارهای سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت (P≤۰/۰۰۰۱) وجود دارد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تاثیر بیشتری داشت. مقایسه گروه‌های آزمون و کنترل در مرحله پیگیری نیز نتایجی مشابه با مقایسه گروه‌ها در مرحله پس‌آزمون نشان داد.

بحث

این پژوهش برای مقایسه تاثیر شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت خواب و سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت در افراد مبتلا به نارسایی قلبی انجام شد. یافته‌ها نشان داد که هر دو مداخله بر افزایش کیفیت خواب و رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت تاثیر دارند و بین تاثیر دو مداخله بر کیفیت خواب تفاوتی نیست، اما درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت تاثیر بیشتری دارد که این یافته‌ها با یافته‌های پژوهش گلشنی و پیرنیا (۲۰۱۹)؛ هرنستین و همکاران (۲۰۱۴)؛ ورسب و همکاران (۲۰۱۸) مطابقت دارد.

بر اساس پژوهش‌ها خواب نقش مهمی در حفظ سلامت روانی و جسمی دارد (تریپاتی و همکاران، ۲۰۲۰؛ سینگ و همکاران، ۲۰۲۰؛ تریپاتی و همکاران، ۲۰۲۰). خواب کافی و با کیفیت، توانایی یادگیری و عملکرد را افزایش می‌دهد و خواب ناکافی و با کیفیت نامناسب افزایش بروز آسیب‌های مرتبط با خواب مثل بی‌خوابی، دندان قروچه و سایر عوارض مثل بیماری‌های عصبی، بیماری‌های قلبی، پرفشاری خون و دیابت را در پی دارد (تریپاتی و آچاریا، ۲۰۱۸؛ تریپاتی و همکاران، ۲۰۲۰). با توجه به پژوهش‌های بام و همکاران (۲۰۱۴)؛ کاپوسیو و همکاران (۲۰۱۰)؛ فریمن و همکاران (۲۰۱۷)؛ رابرتس و دونگ (۲۰۱۷)، مدت و کیفیت خواب با متغیرهای سلامت جسمی و روانی ارتباط دارد و بین سلامت خواب و فعالیت‌های شغلی، سلامت جسمی و روانی و حتی مرگ همبستگی قابل توجهی وجود دارد (گروگر و همکاران، ۲۰۰۴). در افراد مبتلا به نارسایی قلبی، علاوه بر آپنه خواب و حمله تنگی نفس که انجمن قلب نیویورک، با بی‌خوابی مرتبط در نظر گرفته است، براساس پژوهش‌ها، متغیرهای پیش‌بین دیگری شامل اضطراب، افسردگی، وضعیت تاهل، تنگی نفس، باورهای غیرکارکردی و رفتار خواب، نیز به‌طور معناداری با بی‌خوابی ارتباط دارند (چیملویانگ و همکاران، ۲۰۱۷).

شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی با تمرین‌های ذهن‌آگاهی شامل اسکن بدن و مراقبته ذهن‌آگاهانه در ترکیب با روش‌های شناختی، آگاهی، توجه و پذیرش را از طریق تجربه لحظه حال پرورش می‌دهد و در نتیجه آن، خودتنظیمی، پریشانی‌های روان‌شناختی و جسمی افراد بهبود می‌یابد (کابات زین، ۲۰۱۳). همچنین، پژوهش زیمرمن و همکاران (۲۰۱۸) نیز مزایای تمرین‌های ذهن‌آگاهی را برای افرادی که با انواع پریشانی‌های سلامتی مواجه هستند، نشان داده‌اند. بنابراین، با توجه به تاثیر تمرین‌های ذهن-آگاهی بر پریشانی‌های جسمی و روان‌شناختی، کاهش نشخوار فکری و تنظیم هیجان (متغیرهای پیش‌بین موثر بر بی‌خوابی و کیفیت خواب) در افراد از طریق ایجاد توانایی تمرکز عامدانه بر لحظه حال، بر بی‌خوابی تاثیری مثبت می‌گذارد که باعث افزایش کیفیت خواب می‌شود. سازوکار احتمالی تاثیر شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، افزایش آگاهی فراشناختی از طریق تشویق به اتخاذ حالت متمایزی از وجود، یعنی حالت انجام دادن است که در آن، ذهن تفاوت بین نحوه نگرش فرد در مقایسه با نحوه انجام آنها را ثبت می‌کند و در حالت بودن، با تمرکز توجه بر توجه و پذیرش در لحظه حال، نیازی به ارزیابی تجربه برای کاهش تفاوت بین حالت‌های واقعی و مطلوب نیست (سگال و همکاران، ۲۰۱۳).

در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نیز تمرین‌های ذهن‌آگاهی به‌عنوان بخشی از فرآیند درمان، از طریق آگاهی از لحظه حال با پذیرش، هم‌جوشی‌زدایی شناختی و خود همچون بافتار، ارتباطی مستقیم دارند که آگاهی از لحظه حال به‌عنوان عنصری اساسی به فرآیندهای ذهن‌آگاهی در درمان کمک می‌کند و افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و یا توانایی ایجاد پاسخ‌های متفاوت در زمان مواجهه با مشکلات را در پی دارد (زتل، ۲۰۰۷، به‌نقل از استودارد و افاری، ۲۰۱۴). هدف‌های اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-04]

که تشویق به پذیرش افکار و احساس‌های ناخواسته، و تعهد و عمل در راستای زندگی ارزشمدارانه هستند باعث یادگیری افراد برای داشتن افکار ناخواسته و احساس‌های ناخواسته قابل پذیرش و قابل‌قبول می‌شود (ایفرت و فورسیث، ۲۰۰۵). بنابراین، افراد در مواجهه با خلق منفی، اضطراب و استرس به دلیل افزایش یافتن انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و یادگیری پذیرش افکار ناخواسته و احساس‌های ناخواسته، می‌توانند پاسخ‌هایی متفاوت ابراز کنند که در نتیجه این پاسخ متفاوت به موقعیت‌ها، پریشانی روان‌شناختی کاهش می‌یابد. با توجه به نتایج پژوهش زیمرمن و همکاران (۲۰۱۸) و ارتباط تمرین‌های ذهن‌آگاهی با سایر اجزای فرآیند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد که باعث کاهش پریشانی‌های جسمی و روان‌شناختی، کاهش نشخوار فکری و تنظیم هیجان (متغیرهای پیش‌بین موثر بر بی‌خوابی و کیفیت خواب) از طریق افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در افراد می‌شوند، تاثیر مثبت بر بی‌خوابی قابل پیش‌بینی است که به دنبال آن، کیفیت خواب افزایش می‌یابد. در تبیین عدم تفاوت در تاثیر دو مداخله بر کیفیت خواب می‌توان بیان کرد با توجه به اینکه تمرین‌های ذهن‌آگاهی اصلی‌ترین و مهم‌ترین جزء تاثیرگذار هر دو مداخله پژوهش حاضر برای بهبود کیفیت خواب است و این تاثیرگذاری از طریق تاثیر آن بر سایر عامل‌های بیان شده مرتبط موثر بر کیفیت خواب است، بنابراین، تفاوتی در تاثیر دو مداخله مشاهده نشد.

هاکت و کاسیم (۱۹۶۹) سلامتی را مستلزم ترویج سبک زندگی سالم دانستند و سبک زندگی به دلیل تأثیر بر کیفیت زندگی و جلوگیری از بیماری اهمیت دارد. سبک زندگی، فعالیت‌های روزمره عادی است که در طول زندگی انجام می‌شوند. این فعالیت‌ها می‌توانند بر سلامت افراد تاثیر بگذارند (تل و همکاران، ۲۰۱۳). براساس نظریه یادگیری شناخت اجتماعی بندورا، در مدل ارتقای سلامت پندر، ویژگی‌های فردی، رفتارهای خاص شناختی و خلقی، شناخت‌های خاص رفتاری و رویدادهای پیش‌بینی نشده رفتاری، عامل‌های موثر بر رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت هستند که می‌توانند تاثیر مستقیم و غیرمستقیم بر رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت داشته باشند (وو و پندر، ۲۰۰۲؛ وو و همکاران، ۲۰۰۲). بنابراین، همان‌طور که بیان شد، شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی از طریق تمرین‌های مراقبه ذهن‌آگاهی و روش‌های شناختی، بر رفتارهای خاص شناختی، خلقی و شناخت‌های خاص رفتاری با ایجاد توانایی عامدانه تمرکز بر لحظه حال (هیز و همکاران، ۲۰۰۶) تاثیرگذار است. بنابراین، با افزایش توانایی تمرکز عمدی توجه در لحظه حال، امکان ایجاد پاسخ‌های شناختی و رفتاری انعطاف‌پذیرتر به رویدادهای پیش‌بینی نشده رفتاری را می‌دهد. پس با توجه به تاثیر تمرین‌های ذهن‌آگاهی بر متغیرهای وابسته این مطالعه که مرتبط با رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت هستند، بر افزایش آنها تاثیرگذار هستند.

علاوه بر این، با توجه به اینکه سبک زندگی مجموعه رفتارهای روزمره افراد است و در شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی افراد با انجام تمرین‌های ذهن‌آگاهانه مرتبط با فعالیت روزمره، یاد می‌گیرند که امور روزمره را آگاهانه و با تمرکز بر لحظه حال انجام دهند، ممکن است مداومت بر انجام این تمرین‌ها بتواند رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت را نیز افزایش دهند . علاوه بر این، از آنجا که طبق نظر آدلر سبک زندگی، انعکاس روش ابراز مسائل روان‌شناختی افراد است، زمانی‌که با روش‌های شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی مشکلات روان‌شناختی افراد کاهش پیدا می‌کند، امیدوارتر می‌شوند و به دلیل ارتباط بین خوش‌بینی یا امید و سلامت جسمی (چیاوون و همکاران، ۲۰۱۷) سبک زندگی افراد نیز می‌تواند بهبود پیدا کند.

در نظریه انتظار– ارزش، انتظار نقشی مهم دارد و باورهای انتظار، ارزش رفتار و تکلیف پیش‌بینی‌کننده عمده رفتار، باعث پیشرفت می‌شوند. باورهای انگیزشی نیز باورهای انتظار و ارزش ذهنی تکلیف باورهایی را تعیین می‌کنند که موثر بر رفتارهای پیشرفت هستند (ویگفیلد و همکاران، ۲۰۰۴). با توجه به فرض این نظریه که فرآیندهای شناختی بر باورهای انگیزشی افراد تاثیرگذار هستند و باورهای انگیزشی، انتظار موفقیت و ارزش ذهنی ادراک‌شده به‌عنوان متغیرهایی میانجی در رابطه فرآیندهای شناختی و رفتارهای پیشرفت تاثیرگذار هستند (قدسی و همکاران، ۱۳۹۸)، بنابراین، شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی با به‌کارگیری روش‌های شناختی بر فرآیندهای شناختی موثر بر باورهای انگیزشی، ارتقای رفتارهای مرتبط با سلامت را در پی دارد.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق فرآیندهای شش‌گانه این درمان منجر به افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌شود (هیز و همکاران، ۲۰۰۶). پس با افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، افراد در موقعیت‌های مختلف به ویژه در تنش‌ها و بحران‌ها، پاسخ‌های متفاوتی خواهند داد (زتل، ۲۰۰۷، به‌نقل از استودارد و افاری، ۲۰۱۴). بنابراین، با بهبود انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، افراد سبک زندگی متفاوتی نسبت به قبل از درمان خواهند داشت. علاوه بر این، در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، افراد در مسیر ارزش‌های‌شان اهداف خود را انتخاب می‌کنند و به‌صورت متعهدانه در مسیر ارزش‌ها اقدام می‌کنند (استودارد و افاری، ۲۰۱۴). سبک زندگی به‌عنوان روش مشخص افراد در زندگی است (قربانعلی‌پور، ۱۳۸۴ به‌نقل از کافتری، ۱۳۹۷) و بنابراین، زمانی‌که افراد با شناسایی ارزش‌هایشان،

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-04]

اهداف خود، به ویژه اهداف مرتبط با سلامت را بر اساس آن ارزش‌ها تعیین می‌کنند و در راستای آنها اقدام متعهدانه انجام می‌دهند، سبک زندگی‌شان تغییر می‌کند و ارتقاء می‌یابد. باید توجه شود که در سبک زندگی به دلیل ارتباط بین مولفه‌ها، زمانی‌که یکی از ابعاد آن بهبود یابد در بهبود سایر ابعاد نیز تاثیرگذار است (استین، ۲۰۱۵). بنابراین، همان‌طور که بیان شد، با توجه به اینکه جزء پذیرش و ذهن‌آگاهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مدیریت استرس به عنوان یکی از ابعاد شش‌گانه سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت به‌طور خاص تاثیرگذار است می‌تواند تاثیری که در نتیجه شناسایی ارزش‌ها و اقدام متعهدانه در مسیر ارزش‌ها ایجاد شده است را تقویت کند.

تاثیر بیشتر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت را می‌توان به افزایش پذیرش شرایط و در کنار آن تاثیر درمان بر حرکت متعهدانه در مسیر زندگی ارزشمدارانه از طریق شناسایی ارزش‌های مرتبط با سلامت و کمک به حرکت در آن مسیر دانست که می‌تواند رفتارهای سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت را افزایش دهد. علاوه بر این، می‌تواند به دلیل تاثیر ارزش‌ها، اقدام متعهدانه و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بر سایر ابعاد سبک زندگی، از شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی موثرتر باشد. پایداری تاثیر هر دو درمان را نیز می‌توان مرتبط با (۱) کسب توانایی ایجاد عامدانه تمرکز بر لحظه حال (هیز و همکاران، ۲۰۰۶) و (۲) تحریک پلاستیسیتی مغز از طریق تمرین‌های ذهن‌آگاهی (فارب و همکاران، ۲۰۱۰) دانست.

اجرای این پژوهش با محدودیت‌هایی مواجه بود. داده‌های این پژوهش با استفاده از پرسشنامه‌های خودگزارشی به دست آمد و این پژوهش فقط روی مردان مبتلا به نارسایی قلبی مرحبه B انجام شد که باعث محدودیت در روایی بیرونی و تعمیم نتایج به گروه‌های دیگر می‌شود. با توجه به تاثیرگذاری عامل‌های دیگر بر ابتلا به نارسایی قلبی پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آینده عامل‌های اجتماعی اقتصادی، شخصیتی، خانوادگی و ارتباطی به‌عنوان متغیر وابسته بررسی شوند و انجام پژوهش مقایسه‌ای مداخله‌های این پژوهش در گروه سنی سالمندان در هر دو جنس و زنان در گروه سنی غیر سالمند انجام شود.

نتیجه‌گیری

شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، هر دو کیفیت خواب و رفتارهای سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت را در افراد مبتلا به نارسایی قلبی بهبود می‌دهند و با توجه به تاثیر هر دو مداخله، به ویژه تاثیر بیشتر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت، پیشنهاد می‌شود که در کنار درمان‌های پزشکی در مراکز درمانی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نیز برای افراد مبتلا به نارسایی قلبی استفاده شود.

تقدیر و تشکر

این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول است. بدین وسیله از شرکت‌کنندگان در پژوهش و افرادی که در اجرای این پژوهش همکاری داشتند، تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع فارسی

شهابی، ع.، احتشام‌زاده، پ.، عسگری، پ.، و مکوندی، ب. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و تصویرسازی ذهنی هدایت شده بر تاب آوری بیماران قلبی مراجعه کننده به بخش بازتوانی قلب. مجله افق دانش، ۲۶(۳)، ۲۷۶ – ۲۹۷.

شهباز، الف.، و همتی مسلک پاک، م. (۱۳۹۶). ارتباط رفتارهای خودمراقبتی با بستری مجدد در افراد با نارسایی قلبی. نشریه پرستاری قلب و عروق، ۶(۳)، ۲۴ – ۳۳.

شهری‌فر، م. (۱۳۸۸). تأثیر آرام‌سازی بر کیفیت خواب و میزان خواب‌آلودگی پرستاران نوبت کار. پایان‌نامه کارشناسی ارشد پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور.

صالحی، س. (۱۳۹۳). بررسی رابطه‌ی بین سبک‌های زندگی والدین با خلاقیت و پایستگی تحصیلی فرزندان آنان در سال تحصیلی ۹۳-۹۲. پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته روان‌شناسی تربیتی دانشگاه آزاد اسلامی.

قدسی، الف.، طالع‌پسند، س.، محمدرضایی، ع.، و محمدی‌فر، م. ع. (۱۳۹۸). پیشایندهای درگیری تحصیلی: آزمون مدلی بر اساس نظریه انتظار-ارزش. فصلنامه روان‌شناسی تربیتی، ۱۵، ۵۱، ۲۳۱ - ۲۵۷.

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-04]

قربانعلی‌پور، م. (۱۳۸۴). بررسی اثر بخشی رویکرد زوج درمانی، تغییر سبک زندگی بر افزایش رضایت زناشویی زوجین ساکن شهر اصفهان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی دانشکده دانشگاه اصفهان.

کافتری، ز. (۱۳۹۷). رابطه شخصیت و سبک زندگی با امید به زندگی در مبتلایان به مولتیپل اسکروزیس. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران جنوب.

محمدی زیدی، ع.، پاکپور حاجی‌آقا، الف.، محمدی و زیدی، ب. (۱۳۹۰). روایی و پایایی نسخه فارسی پرسشنامه سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت. مجله علوم پزشکی دانشگاه مازندران، ۲۱، ۱۰۳ - ۱۱۳.

محمدی‌هریس، و.، شاکر دولق، ع.، خادمی، ع.، زینالی، ع.، و صفایی، ن. (۱۳۹۹). تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر درد مزمن، تاب‌آوری و خودمراقبتی زنان مبتلا به بیماری عروق کرونر. نشریه پرستاری قلب و عروق، ۹(۱)، ۱۵۲ – ۱۶۳.

منصوری، س.، هاساواری، ف.، صدقی ثابت، م.، کاظم‌نژاد لیلی، الف.، و قلی‌پور، م. (۱۳۹۶). بررسی وضعیت خودمراقبتی و عوامل مرتبط با آن در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی. مجله سلامت و مراقبت، ۱۹(۴)، ۲۳۲ – ۲۴۱.

منابع انگلیسی

Agha, G., Loucks, E. B., Tinker, L. F., Waring, M. E., Michaud, D. S., Foraker, R. E., Li, W., Martin, L. W., Greenland, P., Manson, J. E., & Eaton, C. B. (2014). Healthy lifestyle and decreasing risk of heart failure in women: the Women's Health Initiative observational study. Journal of American College of Cardiology, 64, 1777 - 1785. [PubMed: 25443698]

Baum, K. T., Desai, A., Field, J., Miller, L. E., Rausch, J., & Beebe, D. W. (2014). Sleep restriction worsens mood and emotion regulation in adolescents. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 55(2), 180 - 190. Doi:10.1111/jcpp.12125

Benjamin, E. J., Muntner, P., & Bittencourt, M. S. (2019). Heart disease and stroke statistics-2019 update: A report from American heart Association. Circulation, 139(10): e56 - e528.

Bhandari, P., & Kim, M. (2016). Predictors of the health promoting behaviors of Nepalese migrant workers. Journal of Nursing Research, 1, 24(3), 232 - 239.

Black, J., Hawk, J. H., & Keene, A. M. (2001). Medical surgical of nursing. Philadelphia: W.B. Saunders.

Britton, WW. P., Haynes, P. L., Fridel, K. W., & Bootzin, R. R. (2012). Mindfulness based cognitive therapy improves polysomnographic and subjective sleep profiles in antidepressant user with sleep complaints. Psychotherapy in Psychosomatics, 81(5), 296 – 304.

Buysse, D. J., Reynolds, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R., & Kupfer, D. J. (1989). The Pittsburgh sleep quality index: A new instrument for psychiatric practice and research. Psychiatry Research, 28(2), 193 - 213.

Cappuccio, F. P., D'Elia, L., Strazzullo, P., & Miller, M. A. (2010). Quantity and quality of sleep and incidence of type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis. Diabetes Care, 33(2), 414 - 420. Doi:10.2337/dc09-1124

Chimluang, J., Aungsuroch, Y., & Jitpanya, C. (2017). Descriptors of Insomnia among Patients with Heart Failure. Journal of Medicine Association of Thailand, 100(4), 403 – 409.

Cho, J. H., Jae, S. Y., Choo, I. L., & Choo, J. (2014). Health promoting behavior among women with abdominal obesity: a conceptual link to social support and perceived stress. Journal of advanced nursing, 70 (6), 1381 – 1390.

Cohen, M., & Azaiza, F. (2007). Health-promoting behaviors and health locus of control from a multicultural perspective. Ethnicity & Disease, 17(4), 636 - 642.

Creswell, J. D. (2017). Mindfulness interventions. Annual Review of Psychology, 68, 491 - 516.

Dalrymple, K. L., Clark, H., Chelminski, I., & Zimmerman, M. (2018). The interaction between mindfulness, emotion regulation, and social anxiety and its association with emotional eating in bariatric surgery candidates. Mindfulness, 9(6), 1780 - 1793.

Del Gobbo, L. C., Kalantarian, S., Imamura, F., Lemaitre, R., Siscovick, D. S., Psaty, B. M., & Mozaffarian, D. (2015). Contribution of major lifestyle risk factors for incident heart failure in older adults: The Cardiovascular Health Study. Journal of American College of Cardiology: Heart Failure, 3, 520 - 528. [PubMed: 26160366]

Eifert, G. H., & Forsyth, J. P. (2005). Acceptance & Commitment Therapy for Anxiety Disorders. New Harbinger Publication.

Farb, N. A., Anderson, A. K., Mayberg, H., & et al. (2010). Minding one's emotions: Mindfulness training alters the neural expression of sadness. Emotion, 10(1), 25 - 33.

Fleg, J. L. (2017). Healthy Lifestyle and Risk of Heart Failure: An Ounce of Prevention Well Worth the Effort. Circulation: Heart Failure, 9(4), e003155. doi:10.1161/CIRCHEARTFAILURE.116.003155.

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-04]

Freeman, D., Sheaves, B., Goodwin, G. M., Yu, L. M., Nickless, A., Harrison, P. J., & Espie, C. A. (2017). The effects of improving sleep on mental health (OASIS): A randomised controlled trial with mediation analysis. Lancet Psychiatry, 4(10), 749 - 758. Doi:10.1016/ s2215-0366(17)30328-0

Gallicchio, L., & Kalesan, B. (2009). Sleep duration and mortality: A systematic review and meta-analysis. Journal of Sleep Research, 18(2), 148 - 158.

Gau, F. Y., Chen, X. P., Wu, H. Y., Lin, M. L., & Chao, Y. F. (2011). Sleep related predictors of quality of life in the elderly versus younger heart failure patients: a questionnaire survey. International Journal of Nursing Studies, 48, 419 - 428.

Golshani, G., & Pirnia, B. (2019). Comparison of Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) with Acceptance and Commitment Therapy (ACT) On the Severity of Fatigue, Improvement of Sleep Quality and Resilience in a Patient with Prostate Cancer: A Single-Case Experimental Study. International Journal of Cancer management, 12(2), e88416.

Groeger, J. A., Zijlstra, F. R. H., & Dijk, D. J. (2004). Sleep quality, sleep difficulties and their perceived consequences in representative sample of some 2000 British adults. Journal of Sleep Research, 13(4), 359 - 371.

Hackett, T. P., & Cassem, N. H. (1969). Factors contributing to delay in responding to the signs and symptoms of acute myocardial infarction. American Journal of Cardiology, 1, 651 - 658.

Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory and the third wave of behavioral and cognitive therapies. Behavior Therapy, 35(4), 639 - 665.

Hayes, S. C., & Strosahl, K. (2010). Practical Guide to Acceptance and commitment Therapy. New York: Springer Science and Business Media Inc.

Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. Behavior Research Therapy, 44, 1 - 25. doi: 10.1016/ j.brat.2005.06.006

Heidari, M., Sarvandian, S., Moradbeigi, K., Akbari Nassaji, N., & Vafaizadeh M. (2017). 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, 23(1), 44 - 58.

Heindenreich, T., Tuin, I., Pflug, B., Michal, M., & Michalak, J. (2006). Mindfulness based cognitive therapy for persistent insomnia: a pilot study. Psychotherapy in Psychosomatics, 75(3), 188 – 189.

Hertenstein, E., Thiel, N., Lükin, M., & et al. (2014). Quality of life improvements after acceptance and commitment therapy in non-responders to cognitive behavioral therapy for primary insomnia. Psychotherapy of Psychosomatics, 83(6), 371 - 373.

Hong, J. F., Sermsri, S., & Keiwkarnka, B. (2007). Health-promoting lifestyles of nursing students in Mahidol University. Journal of Public Health Division, 5(1), 27 - 40.

Kabat-Zinn, J. (2013). Full catastrophe living (revised edition): using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness. New York, US: Random House Publishing Group.

Khodaveisi, M., Omidi, A., Farokhi, Sh., & Soltanian, A. R. (2017). The Effect of Pender's Health Promotion Model in Improving the Nutritional Behavior of Overweight and Obese Women. International Journal of Community Based Nursing and Midwifery, (2), 165 - 174.

Krystal, A. D., & Edinger, J. D. (2008). Measuring sleep quality. Sleep Medicine Supply, 1, 10 - 17.

Meijer, A. M., Habekothe, H. T., & Van Den Wittenboer, G. L. H. (2000). Time in bed, quality of sleep and school functioning of children. Sleep Research, 9(2), 145 - 153.

Parati, G., Lombardi1, C., Castagna1, F., Mattaliano, P., Filardi, P. P., & Agostoni, P. (2016). Heart failure and sleep disorders. Nature Reviews of Cardiology, 13(7), 389 - 403.

Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2014). Health Promotion in Nursing Practice. 7th Edition. Boston, MA: Pearson.

Roberts, R. E., & Duong, H. T. (2017). Is there an association between short sleep duration and adolescent anxiety disorders? Sleep Medicine, 30, 82 - 87.

Roberts, R. E., Roberts, C. R., & Chen, R. G. (2000). Ethnocultural differences in sleep complaints among adolescents. Journal of Nervous Mental Disorder, 188(4), 222 - 229. Schiavon, C. C., Marchetti, E., Gurgel, L. G., Busnello, F. M. & Reppold, C. T. (2017). Optimism and Hope in Chronic Disease: A Systematic Review. Frontiers Psychology, 7, 2022. doi:10.3389/fpsyg.2016.02022

Segal, Z. V., Teasdale, J. D., Williams, J. & Mark G. (2013). Mindfulness-based cognitive therapy for depression. Guilford Press.

Seraji, M., & Rakhshani, F. (2016). Evaluation of the Effect of Educating Self Care Behavior of Heart failure Patients on Economy of Health. Journal of Medical Research and Health Sciences, 5(8), 279 - 284.

Seraji, M., & Rakhshani, F. (2017). On the consideration of self-care behaviors in patients affected by congestive heart failure and factors related to it. Iranian Journal of Health Sciences, 5(2), 25 - 31.

Singh, H., Tripathy, R. K., & Pachori, R. B. (2020). Detection of sleep apnea from heart beat interval and ECG derived respiration signals using sliding mode singular spectrum analysis. Digital Signal Process, 104, 102796.

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-04]

Stein, T. H. (2015). Twelve stages of creative adlerian Psychotherapy. Individual Psychology, 44, 130 - 143.
Stoddard, J., & Afari, N. (2014). The Big Book of ACT Metaphors: A Practitioner's Guide to Experiential Exercises and Metaphors in Acceptance and Commitment Therapy. New Harbinger Publications.
Strine, T. W., & Chapman, D. P. (2005). Associations of frequent sleep insufficiency with health-related quality of life and health behaviors. Sleep Medicine, 6(1), 23 - 27.
Tol, A., Tavassoli, E., Shariferad, G. R., & Shojaeezadeh, D. (2013). Health-promoting lifestyle and quality of life among undergraduate students at school of health, Isfahan University of medical sciences. Journal of Education Health Promotion, 2, 29 - 32.
Treleaven, D. A. (2018). Trauma-Sensitive Mindfulness: Practice for Safe and Transformative Healing. W. W. Norton & Company.
Tripathy, R. K., Ghosh, S. K., Gajbhiye, P., & Acharya, U. R. (2020). Development of Automated Sleep Stage Classification System Using Multivariate Projection-Based Fixed Boundary Empirical Wavelet Transform and Entropy Features Extracted from Multichannel EEG Signals. Entropy, 22, 1141, 1 - 23. doi:10.3390/e22101141
Tripathy, R., & Acharya, U. R. (2018). Use of features from RR-time series and EEG signals for automated classification of sleep stages in deep neural network framework. Biocybernetics and Biomedical Engineering, 38, 890 - 902.
Tripathy, R., Gajbhiye, P., & Acharya, U. R. (2020). Automated sleep apnea detection from cardio-pulmonary signal using bivariate fast and adaptive EMD coupled with cross time-frequency analysis. Computers in Biology and Medicine, 120, 103769.
Tylor, H. L., Hailes, H. P., & Ong, J. (2015). Third Wave Therapies for Insomnia. Current Sleep Medicine Report, 1, 166 - 176.
Walker, S. N., Sechrist, K. R., & Pender, N. J. (1987). The health-promoting lifestyle profile: development and psychometric characteristics. Nursing Research, 36(2), 76 - 78.
Walker, S., & Hill-Polerecky D. M. (1996). Psychometric Evaluation of the Health- Promoting Lifestyle Profile II. Unpublished manuscript University of Nebraska Omaha NE.
Wang, Y., Tuomilehto, J., Jousilahti, P., Antikainen, R., Mahonen, M., Katzmarzyk, P. T., & Hu, G. (2011). Lifestyle factors in relation to heart failure among Finnish men and women. Circulation: Heart Failure, 4, 607 - 612. [PubMed: 21914814]
Wersebe, H., Lieb, R., Meyer, A. H., Hofer, P., & Gloster, A. T. (2018). 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, 18(1), 60 - 68.
Wigfield, A., Guthrie, J. T., Tonks, S., & Perencevich, K. C. (2004). Children's motivation for reading: Domain specificity and instructional influences. The Journal of Educational Research, 97(6), 299 - 310.
Wu, T. Y., Pender, N., Yang, K. P. (2002). Promoting physical activity among Taiwanese and Eastern Mediterranean. Journal of Nursing Research, 10, 57 - 64.
Wu, T., & Pender, N. (2002). Determinants of physical activity among Taiwanese adolescents: an application of the health promotion model. Research of Nursing Health, 25, 25 - 36.
Yancy, C. W., Jessup, M., Bozkurt, B., Butler, J., Casey, D. E., Jr, Drazner, M. H., Fonarow, G. C., Geraci, S. A., Horwich, T., Januzzi, J. L., Johnson, M. R., Kasper, E. K., Levy, W. C., Masoudi, F. A., McBride, P. E., McMurray, J. J., Mitchell, J. E., Peterson, P. N., Riegel, B., Sam, F., Stevenson, L. W., Tang, W. H., Tsai, E. J., & Wilkoff, B. L. (2013). American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. ACCF/AHA guideline for the management of heart failure: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. Circulation, 128, e240 - e 327.
Zeitlhofer, J., Schmeiser-Rieder, A., Tribl, G., Rosenberger, A., Bolitschek, J., Kapfhammer, G., & et al. (2000). Sleep and quality of life in the Austrian population. Acta Neurologica Scandinavica, 102(2), 249 - 257.
Zettle, R. D. (2007). ACT for depression: A clinician's guide to using acceptance and commitment therapy in treating depression. Oakland, CA: New Harbinger.
Zimmermann, F. F., Burrell, B., & Jordan, J. (2018). 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, 30, 68 - 78.
Zou, H., Cao, X., Geng, J., & Chair, S. Y. (2020). Effects of mindfulness-based interventions on health-related outcomes for patients with heart failure: a systematic review. European Journal of Cardiovascular Nursing, 19(1), 44 – 54.

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-04]

نشریه پرستاری قلب و عروق، دوره دهم، شماره ۱، سال ۱۴۰۰
Cardiovascular Nursing Journal, 10(1), 2021

Original Article

Comparison of the effect of mindfulness-based cognitive therapy and acceptance and commitment therapy on sleep quality and health-promoting lifestyle behaviors in patients with heart failure

Sayed Ehsan Kazemeini[1], PhD Candidate
***Tahereh Ranjbaripour[2], PhD**
Atefeh Nezhadmohammad Nameghi[3], PhD
Sheida Sodagar[4], PhD
Parisa Peyvandi[5], PhD

Abstract

Aim. The aim of this study was to compare the effect of mindfulness-based cognitive therapy and acceptance and commitment therapy on sleep quality and health promoting lifestyle behaviors in patients with heart failure.

Background. Consequences of heart failure create problems with sleep quality and lifestyle that affect the course of the disease. Mindfulness-based cognitive therapy and acceptance and commitment therapy are some of the potential effective interventions on those.

Method. The present study was a quasi-experimental with a pretest-posttest design and a control group with quarterly follow-up. The sample size was 45 people which were purposefully selected and then randomly assigned to two experimental groups (n=30) and one control group (n=15). Data were collected in three stages using the Sleep Quality Index Pittsburgh of Boyce et al. (1989) and the Health-Promoting Lifestyle Questionnaire of Walker et al. (1987). Mindfulness-based cognitive therapy and acceptance and commitment therapy for experimental groups were performed and data analysis was performed in SPSS-25 software through analysis of covariance.

Findings. Both acceptance and commitment therapy and mindfulness-based cognitive therapy in posttest and follow-up ($F=181.224$, $P\leq0.0001$) and ($F=62.315$, $P\leq0.0001$), improved sleep quality and health-promoting lifestyle behaviors when compared to the control group. Despite the effect of both interventions, the superiority of acceptance and commitment therapy ($P< 0.001$) on health promoting lifestyle was found. There was no statistically significant difference between two interventions ($P=0.967$) in terms of improving sleep quality.

Conclusion. According to the results, both interventions were effective on sleep quality and health-promoting lifestyle behaviors, especially acceptance and commitment therapy was more effective on health -promoting lifestyle behaviors, so, in medical settings it can be used along with medical treatments for patients with heart failure.

Keywords: Mindfulness-based cognitive therapy, Acceptance and commitment therapy, Sleep quality, Health-promoting lifestyle behaviors, Heart failure

1 PhD Candidate 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 (*Corresponding Author) email: t.ranjbaripour@gmail.com
3 Assistant Professor, Department of Counselling and Guidance, 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

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-04]