

## مقایسه اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان راه حل محور کوتاه مدت بر کیفیت زندگی و تاب آوری نوجوانان دختر مبتلا به بیماری قلبی

### Comparison of the Effectiveness of Mindfulness-based Cognitive Therapy and Short-term Solution-focused Therapy on the Quality of Life and Resilience of Teenage girls with Heart Disease

Hadi Smkhani Akbarinejhad PhD<sup>✉</sup>

Mahak Nagizadeh Alamdari PhD Candidate

هادی اسمخانی اکبری نژاد<sup>۱</sup>

ماهک نقی زاده علمداری<sup>۲</sup>

#### Abstract

In addition to addressing the physical problems of patients with heart disease, special attention should be paid to their psychological problems, the best of which is using psychological interventions. Therefore, this study aims to compare the efficacy of mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) and short-term solution-focused therapy (SSFT) on quality of life and resilience in patients with heart disease. The method of this study was semi-experimental with pre-test, post-test and follow up with the control group. The population of this study consisted of all Female students with heart disease the second secondary school in Jolfa in the academic year 2019-2020. In total, 45 Female students were selected by purposive sampling method, who were randomly divided into three groups (Each group 15 people). Members of both experimental groups received their treatment, respectively, in 8 and 6 sessions of 1.5 hours; however, the control group did not receive any treatment. Measuring instruments were quality of life and Connor and Davidson's resilience questionnaire. Analysis of findings through repeated measures analysis of variance & Bonferroni post hoc test. Both treatments compared to the control group, increased quality of life and resilience in patient after the test. In the follow-up phase, the effect of these two treatments on quality of life and resilience was lasting. The effect of these two treatments on quality of life and resilience at posttest and follow-up was not different. It seems that these two therapies can increase the acceptance of the disease in heart patients, so they can probably be considered as a useful treatment strategy to improve the mental status of heart patients.

**Keywords:** Mindfulness, Solution Focused Brief Therapy, Quality of Life, Resilience, Heart Disease

#### چکیده

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان راه حل محور کوتاه مدت بر کیفیت زندگی و تاب آوری نوجوانان دختر مبتلا به بیماری قلبی صورت گرفت. روش پژوهش، نیمه تجربی با طرح پیش آزمون-پس آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری را دانش آموزان دختر مبتلا به بیماری قلبی دوره متوسطه دوم مدارس شهر جلفا در سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۳۹۹ تشکیل دادند. ۴۵ نفر با روش نمونه گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه قرار گرفتند (هر گروه ۱۵ نفر). گروه های آزمایشی، درمان مختص گروه خود را به ترتیب در ۸ و ۶ جلسه دریافت کردند. گروه کنترل درمانی دریافت نکرد. ابزارهای اندازه گیری، پرسشنامه کیفیت زندگی و مقیاس تاب آوری کانر و دیویدسون بودند. داده ها توسط آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی تجزیه و تحلیل شدند. نتایج نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان راه حل محور کوتاه مدت در مقایسه با گروه کنترل، کیفیت زندگی و تاب آوری نوجوانان دختر مبتلا به بیماری قلبی را در پس آزمون افزایش داد. در مرحله پیگیری، اثر این دو درمان بر کیفیت زندگی و تاب آوری ماندگار بود. تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان راه حل محور کوتاه مدت بر کیفیت زندگی و تاب آوری بیماران قلبی در مراحل پس آزمون و پی گیری یکسان بود. به نظر می رسد، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان راه حل محور کوتاه مدت می توانند سبب افزایش پذیرش بیماری در بیماران قلبی شوند، از این رو احتمالاً می توانند راهبرد درمانی مفیدی برای ارتقای وضعیت روانی بیماران قلبی تلقی شوند.

واژه های کلیدی: ذهن آگاهی، درمان کوتاه مدت راه حل محور، کیفیت زندگی، تاب آوری، بیماری قلبی

دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۴/۳ تصویب نهایی: ۱۴۰۱/۱۱/۱۲

۱. گروه روان شناسی، دانشکده علوم انسانی، موسسه آموزش عالی نبی اکرم (ص)، تبریز، ایران. (نویسنده مسئول)
۲. گروه روان شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، پردیس بین المللی ارس دانشگاه تبریز، جلفا، ایران.

## ● مقدمه

بیماری قلبی (heart disease) از مهم‌ترین عوامل مرگ و میر در اکثر جوامع است. موارد مرگ ناشی از بیماری‌های قلبی در کشورهای در حال توسعه سیر صعودی دارد و در بین نوجوانان ایرانی نیز شایع است (رحمانی و همکاران، ۲۰۲۱). بیماری قلبی با محدودکردن فعالیت‌های روزمره، اختلال در روابط خانوادگی و اجتماعی و ایجاد فشارهای اقتصادی، کیفیت زندگی را تحت تأثیر قرار می‌دهد (باهال و همکاران، ۲۰۲۰). این امر ندر نهایت سبب تضعیف روحیه (پدرسن و همکاران، ۲۰۱۷)، و کاهش تاب‌آوری (resilience) (ماریا مارتینز دلموس و همکاران، ۲۰۱۷) می‌شود.

کیفیت زندگی شرایطی است که در آن بیمار از نظر عاطفی، اجتماعی، اقتصادی، معنوی و جنسی احساس رضایت می‌کند؛ که ابعاد فیزیکی، روانی و اجتماعی دارد و در واقع احساسی است که بیمار از وضعیت سلامتی خود دارد (دالی و همکاران، ۲۰۲۰). بین بیماری و کیفیت زندگی ارتباط متقابل وجود دارد و اختلال‌های جسمانی و وجود علائم جسمی اثر مستقیم روی تمام جنبه‌های کیفیت زندگی دارد (اربابی و همکاران، ۱۴۰۱). بررسی‌ها نشان می‌دهند که کیفیت زندگی بیماران قلبی پایین است (ژانگ و همکاران، ۲۰۲۱).

تاب‌آوری سبب سازگاری مؤثر با عوامل خطر می‌شود (ابراهیمی و عابد، ۱۴۰۱) و نشان‌دهنده مقاومت جسمانی و بهبود خودانگیزگی و توانایی ایجاد مجدد تعادل هیجانی در موقعیت‌های تنش‌زاست (اسبرایگیا و همکاران، ۲۰۲۱). تاب‌آوری در برابر تأثیرات روان‌شناختی وقایع مشکل‌آفرین از فرد محافظت می‌کند (وو و همکاران، ۲۰۲۰). افراد با سطح بالای تاب‌آوری معمولاً می‌توانند با درد ناشی از بیماری مقابله کنند و نشانه‌های افسردگی در این افراد به سبب مقابله مؤثر کاهش می‌یابد (بائوئر و همکاران، ۲۰۱۶).

بیماران قلبی درگیر مراجعات مکرر به پزشک، هزینه‌های زیاد درمان و عوارض ناشی از آن هستند که این امر بر کیفیت زندگی آنها تأثیر می‌گذارد (ماریا مارتینز دلموس و همکاران، ۲۰۱۷)؛ بنابراین علاوه بر لزوم پرداختن به مشکلات جسمانی این بیماران، می‌بایست به مشکلات روان‌شناختی آنها نیز توجه کرد که کاربرد مداخلات روان‌شناختی از جمله شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (mindfulness-based cognitive therapy) و درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت (short-term solution-focused therapy) از جمله آنها است.

تمرین‌های درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی طوری طراحی شده است که توجه به بدن را افزایش می‌دهد (محمدی و همکاران، ۱۴۰۱). این درمان به بیماران کمک می‌کند تا یاد بگیرند چگونه از احساسات بدنی، افکار و هیجانات خود آگاه شوند و به شکل غیرمستقیم با کاهش میزان استرس، پاسخ سازگاران‌های به‌علائم هشداردهنده عود بیماری نشان دهند (فومرو و همکاران، ۲۰۲۰). اصول اساسی این درمان حضور در زمان حال و قضاوت‌نکردن است (بورگس و همکاران، ۲۰۲۱). این درمان بر کیفیت زندگی (امیدی و همکاران، ۱۳۹۵)، اضطراب (فرهادی و همکاران، ۱۳۹۲) و تاب‌آوری (هرزندجدید، ۱۳۹۹) بیماران قلبی مؤثر است.

درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت اعتقاد دارد که واقعیات از نظر اجتماعی ساخته می‌شوند و به‌جای این که یک واقعیت بیرونی محسوس وجود داشته باشد، چندین راه‌حل و واقعیت وجود دارد. این مدل مددجویان را افراد شایسته و متبحری می‌داند که قادرند مشکلات خود را با حداقل کمک از طرف دیگران حل نمایند (چن، ۲۰۲۰). فرض اساسی و زیربنایی این درمان این است که مشکل یا مسئله موجود که فرد را به سوی درمان می‌کشاند، برای تعیین جهت ادامه بحث نیاز نیست. زیرا عامل هر مشکلی لزوماً با راه‌حل آن مرتبط نبوده و درمان‌جویان خودشان منابعی را دارند که برای ایجاد تغییر آنها را به کار خواهند گرفت (چوی، ۲۰۲۱). این درمان بر کیفیت زندگی (جمعیان و همکاران، ۱۳۹۷) و تاب‌آوری (میرهاشمی و نجفی، ۱۳۹۳؛ اسمخانی اکبری‌نژاد و نقی‌زاده علمداری، ۱۴۰۰) بیماران مؤثر است.

امروزه با تغییر رویکرد بیماری‌نگر و پیدایش دیدگاه‌های سلامت‌نگر، سلامتی فقط روی یک محور که یک سوی آن بیمار و سوی دیگر آن سلامتی افراد قرار دارد، در نظر گرفته نمی‌شود؛ بلکه سلامت پیوستاری است که حالت انفعالی ندارد و نیازمند پرورش است. بدیهی است در این رابطه شناخت عوامل مؤثر بر غنی‌سازی زندگی و افزایش ظرفیت‌ها و سرمایه‌های روان‌شناختی و یافتن رویکردهای درمانی مؤثر برای زندگی آرام و مطمئن برای بیماران از اهمیت ویژه‌ای برخوردار باشد (اسمخانی اکبری‌نژاد و نقی‌زاده علمداری، ۱۴۰۰)؛ از این‌رو، در پژوهش حاضر پژوهشگران سعی دارند رویکردی را عملیاتی کنند که ضمن قابلیت اجرایی پژوهش، جنبه جدیدی را دربر

داشته باشد و در عین حال، فرضیه‌های اساسی آنها را که معتقدند این دو درمان بر کیفیت زندگی و تاب‌آوری نوجوانان مبتلا به بیماری قلبی مؤثر هستند، مورد بررسی قرار دهد و مشخص سازد که کدام‌یک از آنها، روش مناسب‌تری برای کیفیت زندگی و تاب‌آوری این بیماران است. در خصوص مقایسه اثربخشی این دو درمان پژوهشی صورت نگرفته تا بتوانیم تناقضات موجود را بررسی کنیم؛ از این رو، هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت بر کیفیت زندگی و تاب‌آوری نوجوانان دختر مبتلا به بیماری قلبی است.

## • روش

روش پژوهش حاضر، نیمه‌تجربی و طرح آن از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه دانش‌آموزان دختر مبتلا به بیماری قلبی دوره متوسطه دوم مدارس شهرستان جلفا بود که در سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۳۹۹ مشغول به تحصیل بودند. برای نمونه‌گیری از روش نمونه‌گیری غیراحتمالی در دسترس مبتنی بر هدف استفاده شد؛ به‌طوری‌که پس از کسب رضایت از مسئولین و دانش‌آموزانی که به‌دلیل درگیربودن با مشکلات قلبی، توسط مربیان بهداشت مدارس شناسایی شده (با توجه به اطلاعات مندرج در پرونده سلامت دانش‌آموزان و تأییدشده توسط متخصصین قلب و عروق) و به اداره آموزش و پرورش شهرستان جلفا معرفی شده بودند، از دانش‌آموزان مبتلا جهت بررسی میزان آمادگی آنها برای مشارکت در پژوهش و جلسات درمانی، توسط پژوهشگران مصاحبه به‌عمل آمد. سپس با در نظر گرفتن معیارهای ورود (سن ۱۵ تا ۱۷، ابتلا به بیماری قلبی بیش از ۵ سال، عدم ابتلا به بیماری جدی دیگری به غیر از بیماری قلبی، عدم استفاده از داروهای روان‌پزشکی، عدم شرکت در جلسات مشاوره و روان‌درمانی فردی و گروهی)، پرسشنامه‌های کیفیت زندگی و تاب‌آوری کانر و دیویدسون در بین ۱۱۳ نفر از آنها که مایل به شرکت در پژوهش بودند، اجرا شد (توضیح این‌که پرسشنامه‌ها توسط دانش‌آموزان و در حضور پژوهشگران پُر شدند). سپس از بین آنهایی که در این پرسشنامه‌ها یک انحراف معیار پایین‌تر از میانگین نمره کسب کردند (۶۸ نفر)، ۴۵ نفر انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی (به‌شیوه قرعه‌کشی) به دو گروه آزمایش (هر کدام ۱۵ نفر) و یک گروه کنترل (۱۵ نفر) تقسیم شدند. با بهره‌گیری از نرم‌افزار G پاور  $a=0/05$ ، اندازه اثر:  $0/15$ ) و حجم نمونه مطالعات نیمه‌آزمایشی گذشته، حجم نمونه مطالعه حاضر ۴۵ نفر (۱۵ نفر برای هر گروه) تعیین شد. توضیح این‌که حجم نمونه بزرگ‌تر از ۱۵ نفر در روان‌درمانی‌های گروهی ممکن است کیفیت درمان و پویایی گروه‌های درمانی را پایین بیاورد. شایان ذکر است که تمام اصول اخلاقی در این مقاله رعایت گردیده است. شرکت‌کنندگان اجازه داشتند هر زمان که مایل بودند از پژوهش خارج شوند. اطلاعات آنها محرمانه نگه داشته شد. در پایان درمان، گروه کنترل نیز تحت مداخله قرار گرفت. اطلاعات جمعیت‌شناختی که از نمونه‌ها جمع‌آوری شدند شامل سن، مدت زمان ابتلا به بیماری قلبی، مدت زمان استفاده از داروهای قلبی، شغل پدر و مقطع تحصیلی بود.

## • ابزارها

**الف: پرسشنامه کیفیت زندگی (quality of life questionnaire- QLQ):** این پرسشنامه شامل ۳۶ ماده با پاسخ‌های چندگزینه‌ای ضعیف (یک) تا عالی (پنج) است و دیدگاه فرد را نسبت به سلامتی شخصی می‌سنجد. حداقل نمره در این پرسشنامه ۳۶ و حداکثر ۱۸۰ است. نمره بالاتر نشان‌دهنده کیفیت زندگی بیشتر است. این پرسشنامه سوالاتی چون "به‌طور کلی، سلامتی خود را چگونه توصیف می‌نمایید" دارد. این پرسشنامه دارای ابعاد هشت‌گانه عملکرد جسمی، محدودیت جسمی، درد جسمی، سلامت عمومی، عملکرد اجتماعی، مشکلات روحی، سلامت روانی و نشاط است؛ که ضرایب آلفای کرونباخ گزارش شده برای آنها و کل پرسشنامه به‌ترتیب  $0/90$ ،  $0/85$ ،  $0/71$ ،  $0/65$ ،  $0/77$ ،  $0/84$ ،  $0/81$ ،  $0/77$ ،  $0/83$  بوده که نشان‌گر ثبات درونی خوب این ابعاد و کل پرسشنامه است (فرانس و پاورز، ۱۹۹۲). مقیاس‌های گونه‌فارسی این پرسشنامه به جز مقیاس نشاط  $0/65$ ، از حداقل ضرایب استاندارد اعتبار در محدوده  $0/77$  تا  $0/90$  برخوردارند. روایی هم‌گرایی نسخه فارسی این پرسشنامه برای ابعاد عملکرد جسمی، محدودیت جسمی، درد جسمی، سلامت عمومی، عملکرد اجتماعی، مشکلات روحی، سلامت روانی، نشاط و کل پرسشنامه به‌ترتیب  $0/83$ ،  $0/81$ ،  $0/76$ ،  $0/76$ ،  $0/79$ ،  $0/80$ ،  $0/83$ ،  $0/79$  و  $0/81$  گزارش شده است (رفیعی و همکاران، ۱۳۹۳). آزمون تحلیل عاملی نیز دو جزء اصلی را به‌دست داد

که ۰/۶۵ پراکندگی میان مقیاس‌های پرسشنامه را توجیه می‌نمود. این پرسشنامه از اعتبار و روایی لازم برخوردار است (رفیعی و همکاران، ۱۳۹۳). اعتبار این مقیاس در این مطالعه با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۲ به دست آمده است.

### ب: مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون (Connor and Davidson resilience scale- CDRS): کانر و دیویدسون با مرور

منابع پژوهشی ۱۹۹۷-۱۹۷۹ در حوزه تاب‌آوری، این مقیاس را طراحی کرده‌اند. این مقیاس ۲۵ ماده دارد که در یک دامنه لیکرتی بین صفر (کاملاً نادرست) تا ۴ (همیشه درست) نمره‌گذاری می‌شود (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳). حداقل نمره تاب‌آوری آزمودنی در این مقیاس صفر و حداکثر ۱۰۰ است. هرچه نمره آزمودنی در این پرسشنامه بالا باشد، نشان‌دهنده تاب‌آوری بیشتر وی است (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳). روایی و اعتبار این مقیاس روی ۲۰۰ نفر از نوجوانان مبتلا به سرطان تهران، ارومیه و اصفهان بررسی شد؛ که روایی محتوایی این مقیاس با استفاده از روش تعیین شاخص روایی محتوا ۰/۹۸ و اعتبار کل ابزار با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۲ گزارش شد (آهنگرزاده رضایی و رسولی، ۱۳۹۴). در پژوهش سامانی و همکاران (۲۰۰۷)، اعتبار این مقیاس با روش آلفای کرونباخ روی ۲۸۷ نفر از دانشجویان دانشگاه شیراز محاسبه و میزان آن ۰/۸۷ گزارش شد. اعتبار این مقیاس در این مطالعه با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۱ به دست آمده است.

پس از اجرای پیش‌آزمون، اعضای گروه آزمایش اول طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (دو ماه؛ هفته‌ای یک جلسه) شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی را به صورت گروهی طبق برنامه درمانی سگال و همکاران (۲۰۱۳)، دریافت کردند (جدول ۱). اعضای گروه آزمایش دوم نیز طی ۶ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (یک و نیم ماه؛ هفته‌ای یک جلسه) از درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت به صورت گروهی طبق برنامه درمانی دشاژر (۱۹۹۴) برخوردار شدند (جدول ۲)؛ اما اعضای گروه کنترل هیچ درمانی را دریافت نکردند. جلسات درمانی در یک مرکز مشاوره خصوصی در شهر جلفا توسط یک متخصص مشاوره با درجه دکتری و یک دانشجوی دکتری روان‌شناسی برگزار شد. برای جلوگیری از تبادل اطلاعات بین افراد گروه‌های آزمایش، از آنها خواسته شد تا ۴ ماه پس از اتمام درمان، درباره محتوای جلسات با یکدیگر گفتگویی نداشته باشند. جلسات درمانی، توسط یک مشاور با درجه دکتری تخصصی مشاوره و یک روان‌شناس تربیتی با درجه کارشناسی ارشد در یک مرکز مشاوره خصوصی در شهر جلفا برگزار شد. بعد از اتمام جلسات (پس‌آزمون) و چهار ماه پس از اتمام درمان (پیگیری)، اعضای هر سه گروه با استفاده از ابزارهای اندازه‌گیری ارزیابی شدند. جهت جلوگیری از ریزش اعضای گروه‌ها، حین مصاحبه اولیه با از همه آنها خواسته شد تعهد خود را نسبت به شرکت در کل جلسات حفظ کنند. این امر در طول جلسات نیز رصد می‌شد و همبستگی گروهی که بین اعضا ایجاد شده بود، مانع ریزش افراد گروه شد.

### جدول ۱. محتوای جلسات و پروتکل شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی

جلسه	شرح جلسات
اول	هدف: آگاهی بیشتر از احساسات، افکار و حس‌های بدنی لحظه به لحظه و تجربه بودن در لحظه. موضوع: توضیح درباره اهمیت حضور در لحظه حال و بودن در این‌جا و اکنون، و بازکردن مفهوم ذهن‌آگاهی برای اعضا با استفاده از چند فن، و یاد گرفتن انجام امور روزمره، همراه با توجه کردن به آنها.
دوم	هدف: توجه به احساسات و افکار و گسترش و پذیرش افکار و احساسات ناخوشایند. موضوع: پی‌بردن به ذهن سرگردان و تمرین توجه به بدن، احساس جسمی و فیزیکی و توجه به تنفس.
سوم	هدف: مهارت‌های پاسخ‌گویی به فکر یا احساس ناخوشایند. موضوع: آرام‌گرفتن ذهن سرگردان با تمرین تنفس و مرور بدن، مراقبه نشسته و انجام تمرین‌هایی که توجه را به لحظه حال می‌آورند.
چهارم	هدف: جلوگیری از ایجاد تثبیت افکار منفی. موضوع: یاد گرفتن اینکه بدون فرار و دوری کردن از افراد، در لحظه اکنون باقی بمانیم و تلاطم افکار را نظاره کنیم.
پنجم	هدف: تغییر عادات قدیمی فکر کردن مانند شناخت امور روزمره خودکار، بی‌انگیزه بودن در کارها، بی‌نتیجه دانستن فعالیت‌ها، فرار یا اجتناب از موقعیت‌های سخت زندگی، آرزوهای بزرگ داشتن، مقایسه همیشگی وضع موجود خود با وضعیت دل‌خواه. موضوع: آگاهی کامل از افکار و احساسات و پذیرفتن آنها بدون قضاوت و دخالت مستقیم.
ششم	هدف: آگاه شدن از علایم هشداردهنده تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی. موضوع: تغییر خلق و افکار از طریق تلقی افکار به‌عنوان فقط فکر و نه واقعیت.
هفتم و هشتم	هدف: آگاهی از تغییرات جزئی خلق. موضوع: هشیار بودن از نشانه‌های کاهش تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی و تنظیم برنامه برای روبه‌رو شدن احتمالی با نشانه‌های کاهش تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی؛ برنامه‌ریزی برای آینده و استفاده از فنون حضور در لحظه برای ادامه زندگی و تعمیم آنها به کل جریان زندگی.

## جدول ۲. محتوای جلسات و پروتکل درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت

جلسه	شرح جلسات
اول	اجرای پیش‌آزمون - هدف: آشنایی گروه با هم و با درمانگر گروه، بیان قواعد گروه و تعیین چهارچوب‌ها و بیان اصول کلی درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت. تکلیف: شرکت‌کنندگان موظف شدند برای جلسه بعد هدف‌های موردنظر خود را از شرکت در جلسات نوشته و به‌گروه بیاورند. این اهداف باید متمرکز به‌تغییراتی باشد که در گروه ایجاد خواهند شد.
دوم	هدف: کمک به شرکت‌کنندگان تا بتوانند هدف‌های خود را به‌صورتی مثبت، معین، ملموس و قابل‌اندازه‌گیری تدوین کنند. تکلیف: از شرکت‌کنندگان درخواست شد برای جلسه بعد انتظارات و هدف‌های دیگری را که از خود و زندگی‌شان دارند به‌صورتی مثبت، دقیق، ملموس و قابل‌اندازه‌گیری نوشته و به جلسه آینده بیاورند.
سوم	هدف: کمک به شرکت‌کنندگان تا دریابند که از یک واقعه تعابیر متفاوتی وجود دارد و بتوانند تلقی خود از مشکلات پیش‌آمده را به‌شکل مفیدتر تغییر دهند. کمک به آنها تا به‌قابلیت‌ها و منابع خود پی‌برده و بتوانند یکدیگر را تحسین کنند. تکلیف: از اعضای گروه درخواست شد که در طول هفته جاری به‌هیچ وجه از خود ابراد نگیرند و در عوض هر کار و فعالیت مثبتی که از خودشان می‌بینند را مورد تحسین و قدردانی قرار دهند و گزارش آن را به‌جلسه بیاورند.
چهارم	هدف: کمک به شرکت‌کنندگان تا استثنائات مثبت در زندگی خود را تشخیص داده و بر این اساس در خودشان امید ایجاد شده و بتوانند حوزه مشکلات خود را کاهش دهند. تکلیف: از شرکت‌کنندگان درخواست شد که به‌سوالات مطرح‌شده بیشتر فکر کنند و لحظات استثنائی مثبت در زندگی‌شان را تشخیص داده و به‌جلسه بعد بیاورند.
پنجم	هدف: برهم‌زدن الگوهای رفتاری مختلی که شرکت‌کنندگان طراحی کرده‌اند با استفاده از پرسش معجزه‌آسا. تکلیف: از شرکت‌کنندگان درخواست شد درباره سوال مطرح‌شده در جلسه، در منزل فکر کنند و پاسخ‌ها را برای جلسه بعد بیاورند.
ششم	هدف: کمک به‌اعضا برای اینکه راه‌های دیگری برای تفکر، احساس و رفتار به‌جای آنچه الان انجام می‌دهند را پیدا کرده و احساسات جدیدی را تجربه کنند با استفاده از واژه مهم به‌جای جمع‌بندی و نتیجه‌گیری و تعیین اینکه آیا اعضا به‌اهداف خود دست یافته‌اند؟ اجرای پس‌آزمون

## • یافته‌ها

برای تجزیه و تحلیل آماری از نسخه ۲۴ نرم‌افزار SPSS استفاده شد. برای این منظور در سطح آمار توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد، آزمون t مستقل و در سطح آمار استنباطی از آزمون تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. در این پژوهش سطح معناداری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. در جدول ۳، یافته‌های توصیفی متغیرهای سن، مدت زمان ابتلا به بیماری قلبی، مدت زمان استفاده از داروهای قلبی، شغل پدر و مقطع تحصیلی آزمودنی‌ها آورده شده است. سطوح معناداری به‌دست آمده در جدول ۳ نشان می‌دهند که بین سه گروه از نظر سن، مدت زمان ابتلا به بیماری قلبی، مدت زمان استفاده از داروهای قلبی، شغل پدر و مقطع تحصیلی تفاوت معناداری وجود ندارد ( $p > 0/05$ ).

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار یافته‌های توصیفی (تعداد در هر گروه ۱۵ نفر)

متغیر	گروه آزمایش ۱	گروه آزمایش ۲	گروه کنترل	p
سن (سال) (میانگین $\pm$ انحراف معیار)	۱۶/۰۶ $\pm$ ۰/۸۵	۱۵/۸۳ $\pm$ ۱/۰۱	۱۵/۹۲ $\pm$ ۰/۸۸	۰/۸۸۷ •
مدت زمان ابتلا به بیماری قلبی (میانگین $\pm$ انحراف معیار)	۵/۴۵ $\pm$ ۰/۶۵	۵/۷۲ $\pm$ ۰/۸۰	۵/۴۹ $\pm$ ۰/۶۳	۰/۵۸۷ •
مدت زمان استفاده از داروهای قلبی (میانگین $\pm$ انحراف معیار)	۵/۴۵ $\pm$ ۰/۶۵	۵/۷۲ $\pm$ ۰/۸۰	۵/۴۹ $\pm$ ۰/۶۳	۰/۵۸۷ •
شغل پدر (تعداد (درصد))				
کارمند	۹ (۰/۶)	۸ (۰/۵۳)	۷ (۰/۴۶)	۰/۵۱۶ ••
آزاد	۶ (۰/۴)	۷ (۰/۴۶)	۸ (۰/۵۳)	
مقطع تحصیلی (تعداد (درصد))				
دهم	۵ (۰/۳۳)	۴ (۰/۲۶)	۵ (۰/۳۳)	۰/۳۴۷ ••
یازدهم	۶ (۰/۴)	۵ (۰/۳۳)	۵ (۰/۳۳)	
دوازدهم	۴ (۰/۲۶)	۶ (۰/۴)	۵ (۰/۳۳)	

آزمون: تحلیل واریانس یک‌راهه • و مجذور کای ••. \*  $p < 0/05$  اختلاف معنادار

در بررسی پیش فرض‌های آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، آزمون شاپیرو-ویلک نشان دادند که پیش فرض نرمال بودن توزیع متغیرهای مورد مطالعه در نمونه مورد بررسی محقق شده است؛ زیرا مقادیر  $Z$  محاسبه شده در سطح  $(p > 0/05)$  معنادار نیستند. در آزمون ام باکس، از آنجایی که  $F$  متغیرهای کیفیت زندگی ( $F=2/86$ ) و تاب‌آوری ( $F=3/62$ ) به ترتیب در سطح  $0/38$  و  $0/56$  معنادار نبودند، می‌توان گفت که مفروضه همسانی ماتریس واریانس-کواریانس برای متغیرها برقرار شده است. از سوی دیگر، آزمون کرویت موخلی نشان دادند با توجه به این که مقدار کرویت موخلی ( $0/55$ ) متغیر کیفیت زندگی در سطح خطای داده شده ( $0/40$ ) و مقدار کرویت موخلی ( $0/67$ ) متغیر تاب‌آوری در سطح خطای داده شده ( $0/56$ ) معنادار نیست، می‌توان کرویت ماتریس واریانس-کواریانس متغیرهای وابسته را پذیرفت؛ بنابراین، این پیش فرض نیز برقرار است.

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهند که بین نمرات متغیر کیفیت زندگی و تاب‌آوری در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، تفاوت معناداری وجود دارد ( $P < 0/001$ ). همچنین نتایج حاکی از آن هستند که نمرات کیفیت زندگی و تاب‌آوری در گروه‌های آزمایش در پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون تفاوت معناداری دارد ( $P < 0/001$ ). علاوه بر این تأثیر شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت بر کیفیت زندگی و تاب‌آوری در دختران نوجوان مبتلا به بیماری قلبی پس از ۴ ماه پیگیری ماندگار بوده است ( $P < 0/001$ ). نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان می‌دهند که اختلاف میانگین نمره کیفیت زندگی و تاب‌آوری در گروه‌های درمانی با گروه کنترل معنادار است ( $P < 0/001$ ). نتایج مقایسه‌های زوجی برای مرحله پیگیری نیز نشان از آن دارند که اختلاف میانگین نمرات کیفیت زندگی و تاب‌آوری در گروه‌های درمانی با گروه کنترل معنادار است ( $P < 0/001$ ). از سوی دیگر، نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی حاکی از آن هستند که معناداری تغییرات بین گروهی به دلیل تفاوت تغییرات گروه‌های درمانی با گروه کنترل است؛ به طوری که هم در پس‌آزمون و هم در پیگیری، نمرات کیفیت زندگی و تاب‌آوری گروه‌های درمانی بیشتر از نمرات گروه کنترل است؛ اما نمره کیفیت زندگی و تاب‌آوری شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت متفاوت از یکدیگر نیست؛ بنابراین، شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت در افزایش کیفیت زندگی و تاب‌آوری، نسبت به یکدیگر برتری ندارند.

جدول ۴. میانگین و انحراف معیار متغیر کیفیت زندگی و تاب‌آوری در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	گروه	پیش‌آزمون انحراف معیار $\pm$ میانگین	پس‌آزمون انحراف معیار $\pm$ میانگین	پیگیری انحراف معیار $\pm$ میانگین	سطح معناداری تغییرات بین گروهی	سطح معناداری تغییرات داخل گروهی
کیفیت زندگی	شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی	39/91 $\pm$ 4/76	51/06 $\pm$ 5/33	51/16 $\pm$ 4/94	$P < 0/001^*$	$P < 0/001^*$
	درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت کنترل	38/47 $\pm$ 4/53	50/13 $\pm$ 4/52	50/17 $\pm$ 4/34	$P < 0/001^*$	$P < 0/001^*$
		40/73 $\pm$ 4/11	41/27 $\pm$ 3/85	40/90 $\pm$ 4/78	$P > 0/876$	
تاب‌آوری	شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی	51/44 $\pm$ 7/05	75/17 $\pm$ 4/74	74/55 $\pm$ 4/13	$P < 0/001^*$	$P < 0/001^*$
	درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت کنترل	50/83 $\pm$ 6/78	76/61 $\pm$ 1/74	76/31 $\pm$ 1/56	$P < 0/001^*$	$P < 0/001^*$
		51/93 $\pm$ 7/08	52/10 $\pm$ 7/17	51/78 $\pm$ 7/29	$P > 0/903$	

نوع آزمون: تحلیل واریانس آمیخته  $p < 0/05^*$  اختلاف معنادار

با توجه به این که آزمون اثر پیلای در موقعیت‌های عملی دارای قدرت بیشتری نسبت به سایر آزمون‌ها است، نتایج آن در جدول ۵ گزارش شده است. اطلاعات بخش اول جدول ۵ در مورد متغیر کیفیت زندگی بیان می‌کند که بین نمرات این متغیر در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین بخش دوم نتایج این جدول حاکی از آن هستند که بین نمرات متغیر کیفیت زندگی در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه‌های آزمایش (شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت) و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد؛ به عبارت دیگر بین زمان و مداخله، تعامل وجود دارد. اندازه اثر به دست آمده برای متغیر کیفیت زندگی ( $0/40$ ) نشان می‌دهد که ۴۰ درصد از تغییرات متغیر کیفیت زندگی مربوط به اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت بوده است. علاوه بر این، اطلاعات بخش اول جدول ۵ برای متغیر تاب‌آوری بیان می‌کند که بین نمرات این متغیر در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین

بخش دوم نتایج این جدول نشان می‌دهد که بین نمرات متغیر تاب‌آوری در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه‌های آزمایش (شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت) و کنترل؛ تفاوت معناداری وجود دارد؛ به عبارت دیگر، زمان و مداخله تعامل دارند. اندازه اثر به دست آمده برای متغیر تاب‌آوری ( $0/40$ ) نشان می‌دهد که ۴۰ درصد از تغییرات متغیر تاب‌آوری مربوط به اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت بوده است.

جدول ۵. نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در نمرات متغیرهای پژوهش در گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیر	تأثیر	مقدار	F	فرضیه درجه آزادی	خطای درجه آزادی	سطح معناداری	اندازه اثر
کیفیت زندگی	زمان	۰/۹	۸/۱۲	۲/۰	۲۶/۰	۰/۰۰۱	۰/۹۱
	زمان*مداخله	۰/۹	۱۲/۶۷	۴/۰	۵۴/۰	۰/۰۰۱	۰/۴۰
تاب‌آوری	زمان	۰/۹	۲/۵۸	۲/۰	۲۶/۰	۰/۰۰۱	۰/۹۱
	زمان*مداخله	۰/۹	۱۱/۷۱	۴/۰	۵۴/۰	۰/۰۰۱	۰/۴۰

$p < 0/05$  \* اختلاف معنادار

نتایج جدول ۶ برای مقایسه زوجی متغیرهای پژوهش در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نشان می‌دهد که اختلاف میانگین نمرات کیفیت زندگی و تاب‌آوری گروه‌های آزمایشی با گروه کنترل، معنادار بوده است ( $P < 0/001$ )؛ اما اختلاف میانگین نمرات کیفیت زندگی و تاب‌آوری در گروه‌های آزمایشی نسبت به یکدیگر معنادار نیست ( $P > 0/05$ ). نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی نیز حاکی از آن هستند که معناداری تغییرات بین‌گروهی، ناشی از تفاوت تغییرات گروه شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت با کنترل است؛ به طوری که هم در پس‌آزمون و هم در پیگیری، نمرات کیفیت زندگی و تاب‌آوری گروه‌های آزمایشی بیشتر از نمره گروه کنترل است؛ اما نمرات کیفیت زندگی و تاب‌آوری گروه‌های درمانی، تفاوت معناداری با یکدیگر ندارند؛ بنابراین برتری درمان در پس‌آزمون و پیگیری در افزایش کیفیت زندگی و تاب‌آوری به نفع هیچ یک از درمان‌ها نیست.

جدول ۶. مقایسه‌های زوجی برای متغیرهای پژوهش بر اساس آزمون تعقیبی بونفرونی

متغیر	گروه شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی	گروه درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت در مقایسه با گروه کنترل	گروه شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در مقایسه با گروه درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت
کیفیت زندگی	تفاوت میانگین‌ها	تفاوت میانگین‌ها	تفاوت میانگین‌ها
	۹/۸۰	۸/۹۰	۰/۹۰
تاب‌آوری	تفاوت میانگین‌ها	تفاوت میانگین‌ها	تفاوت میانگین‌ها
	۲۳/۰۰	۲۴/۵۰	۱/۵۰

$p < 0/05$  \* اختلاف معنادار

## • بحث

این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت بر کیفیت زندگی و تاب‌آوری نوجوانان دختر مبتلا به بیماری قلبی انجام شد. نتایج از اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان راه‌حل‌محور بر افزایش کیفیت زندگی و تاب‌آوری نوجوانان دختر مبتلا به بیماری قلبی حمایت کرد. همچنین، نتایج نشان داد که تأثیر این دو درمان بر افزایش کیفیت زندگی و تاب‌آوری نوجوانان دختر مبتلا به بیماری قلبی در پس‌آزمون و پیگیری با هم متفاوت نیست. تطابق نتایج پژوهش حاضر با پژوهش‌های مشابه که از لحاظ موضوعی با این پژوهش تطابق داشته باشد، به دلیل نوین بودن درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت و از طرفی به سبب در دسترس نبودن مقایسه اثربخشی دو درمان بر کیفیت زندگی و تاب‌آوری نوجوانان دختر مبتلا به بیماری قلبی، مقدور نبود؛ ولی می‌توان گفت که نتایج حاصل از این پژوهش با یافته‌های مطالعات زیر همسو است. همچنین، لازم به ذکر است که در هیچ پژوهشی نتایج مغایر با نتایج پژوهش حاضر به دست نیامده تا دلیل ناهمسویی را مورد بحث قرار دهیم.

امیدی و همکاران (۱۳۹۵) در پژوهش خود با عنوان اثربخشی آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کیفیت زندگی بیماران قلبی - عروقی به این نتیجه دست یافتند که آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کیفیت زندگی بیماران قلبی - عروقی اثربخش است. فرهادی و همکاران (۱۳۹۲) در پژوهش تحت عنوان تأثیر شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر افسردگی مردان مبتلا به بیماری عروق کرونر به این نتیجه رسیدند که شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر افسردگی مردان مبتلا به بیماری عروق کرونر اثربخش است.

و همچنین، هرزنجید (۱۳۹۹) در تحقیق خود با عنوان تأثیر شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر تاب‌آوری و حساسیت اضطرابی مبتلایان به بیماری قلبی حاد نشان داد که شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر تاب‌آوری و حساسیت اضطرابی مبتلایان به بیماری قلبی حاد مؤثر است؛ که نتایج این پژوهش‌ها با نتایج پژوهش حاضر همسو است.

در راستای اثربخشی درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت نیز می‌توان به نتیجه پژوهش جمعیان و همکاران (۱۳۹۷) با عنوان اثربخشی درمان راه‌حل‌مدار کوتاه‌مدت گروهی بر خودکارآمدی و کیفیت زندگی زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس اشاره کرد که در پژوهش خود نشان دادند درمان راه‌حل‌مدار کوتاه‌مدت گروهی بر خودکارآمدی و کیفیت زندگی زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس اثربخش است. میرهاشمی و نجفی (۱۳۹۳) در پژوهشی با موضوع اثربخشی درمان راه‌حل‌مدار بر تاب‌آوری و احساس انسجام بیماران مولتیپل اسکلروزیس (ام‌اس) به این نتیجه دست یافتند که درمان راه‌حل‌مدار بر تاب‌آوری و احساس انسجام بیماران ام‌اس اثربخش است. همچنین، اسمخانی اکبری‌نژاد و نقی‌زاده علمداری (۱۴۰۰) در کار خود با عنوان مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت بر خودکارآمدی درد و تاب‌آوری دانش‌آموزان دختر مبتلا به سردرد مزمن نشان دادند که درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت بر خودکارآمدی درد و تاب‌آوری دانش‌آموزان دختر مبتلا به سردرد مزمن تأثیر دارد؛ که نتایج این پژوهش‌ها با نتایج پژوهش حاضر همسو است.

دلیل اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کیفیت زندگی نوجوانان دختر مبتلا به بیماری قلبی ناشی از آن است که در این درمان، تمرین‌هایی به بیماران ارائه می‌شود که آنها قادر می‌شوند آگاهی را در فعالیت‌های روزانه تمرین نمایند تا حدی که بدانند چه اتفاقی در حال رخ دادن است و بتوانند از این طریق ماهیت تجربه خودشان را تغییر دهند. توجه به این که هدف از درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در بیماران، تقویت ذهن‌آگاهی روشن و غیرقضاوتی بودن درباره آنچه در لحظه قابل درک است؛ بوده است، می‌تواند تغییرات قابل مشاهده‌ای در زندگی بیماران و کارکردهای روان‌شناختی آنها ایجاد کند و با توسعه ساز و کارهای دفاعی و کنارآمدن و پذیرفتن درد ناشی از بیماری به ارتقا تاب‌آوری بیماران کمک کند (اسمعیلی و همکاران، ۱۳۹۹).

اهداف درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت در مسیر تغییر به‌گونه‌ای است که تغییر در توانمندی حل مسأله را می‌طلبد. شواهد نیز نشان می‌دهد که تمرکز بر راه حل و حل مسأله با افزایش کیفیت زندگی و تاب‌آوری همراه است (چن، ۲۰۲۰).

## • نتیجه‌گیری

به‌نظر می‌رسد شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت می‌تواند سبب افزایش پذیرش بیماری در بیماران قلبی شوند، از این رو احتمالاً می‌تواند راهبرد درمانی مفیدی برای ارتقای وضعیت روانی بیماران قلبی تلقی شوند. با توجه به نقش مهم دختران در خانواده و جامعه و از طرفی، لزوم توجه به سلامت جسمانی و روان‌شناختی آنها پیشنهاد می‌شود در کلینیک‌های روان‌شناسی بیمارستان‌ها و کلینیک‌های دولتی و خصوصی، از این درمان‌ها به‌صورت فردی و گروهی در زمینه افزایش کیفیت زندگی و تاب‌آوری دختران نوجوانان مبتلا به بیماری قلبی استفاده شود.

لازم به ذکر است نمونه پژوهش حاضر را دانش‌آموزان دختر مجرد ۱۵ تا ۱۷ ساله مبتلا به بیماری قلبی شهر جلفا تشکیل داد که این مورد یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر است و تعمیم یافته‌ها به دختران مبتلا به بیماری قلبی جوان‌تر و مسن‌تر و همچنین دختران و زنان متأهلی که از حمایت همسر برخوردار هستند را دشوار می‌سازد. همچنین در این مطالعه جمع‌آوری داده‌ها توسط پرسشنامه انجام شد که به دلیل خودگزارشی بودن ابزارها، سوگیری در پاسخ‌دهی محتمل است. پیشنهاد می‌شود پژوهش حاضر در جوامع آماری مختلف و در سایر شهرها اجرا گردد و از سایر روش‌های گردآوری اطلاعات نظیر مشاهده و مصاحبه نیز استفاده شود.

## • تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

## • تشکر و قدردانی

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از شرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر تقدیر و تشکر نمایند.



## • منابع

- آهنگرزاده رضایی، سهیلا و رسولی، مریم. (۱۳۹۴). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی "مقیاس تاب‌آوری کانر-دیویدسون" در نوجوانان مبتلا به سرطان. *مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه*، ۱۳(۹): ۷۳۹-۷۴۷.
- ابراهیمی، گلنوش و عابد، نازنین. (۱۴۰۲). پیش‌بینی تاب‌آوری از سبک‌های دلبستگی و تنظیم شناختی هیجان زنان دارای تجربه سوگ همسر. *مجله روان‌شناسی*، ۲۷(۲): ۲۱۵-۲۲۳.
- اربابی، فائزه؛ سراوانی، شهرزاد؛ زینلی‌پور، مژگان و هاشمی‌سنجانی، امیر. (۱۴۰۱). اثربخشی ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت‌درمانی بر بهزیستی روان‌شناختی، کیفیت زندگی و تاب‌آوری در زوجین با تعارضات زناشویی. *مجله روان‌شناسی*، ۲۶(۲): ۱۴۰-۱۴۹.
- اسمعیلی، نازیلا؛ عسگری، پرویز؛ سراج‌خرمی، ناصر و بختیارپور، سعید. (۱۳۹۹). اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBCT) بر افزایش تاب‌آوری و کاهش سردرد در بیماران مبتلا به میگرن. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، ۶۳(۳): ۲۳۵۰-۲۳۵۸.
- اسمخانی اکبری‌نژاد، هادی و نقی‌زاده علمداری، ماهک. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت بر خودکارآمدی درد و تاب‌آوری دانش‌آموزان دختر مبتلا به سردرد مزمن. *بیهوشی و درد*، ۱۲(۲): ۱-۱۸.
- امیدی، عبدالله؛ مومنی، جواد؛ رایگان، فریبا؛ اکبری، حسین و طلیقی، انیسه. (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کیفیت زندگی بیماران قلبی - عروقی. *اندیشه و رفتار*، ۱۱(۴۲): ۷-۱۶.
- جمعیان، دلارام؛ حسین ثابت، فریده و معتمدی، عبدالله. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان راه‌حل‌مدار کوتاه‌مدت گروهی بر خودکارآمدی و کیفیت زندگی زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. *مجله روان‌شناسی بالینی*، ۱۰(۳): ۱۳-۲۲.
- رفیعی، نرگس؛ شریفیان ثانی، مریم؛ رفیعی، حسن؛ بهنام‌پور، ناصر و فروزش، کیان. (۱۳۹۳). ارزیابی پایایی و روایی نسخه فارسی پرسشنامه شاخص کیفیت زندگی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، ۲۴(۱۱۶): ۷۵-۸۳.
- سامانی، سیامک؛ جوکار، بهرام و صحراگرد، نرگس. (۱۳۸۶). تاب‌آوری، سلامت روانی و رضایتمندی از زندگی. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۱۳(۳): ۲۹۰-۲۹۵.
- فراهادی، علی؛ موحدی، یزدان؛ کریمی‌نژاد، کلثوم و موحدی، معصومه. (۱۳۹۲). تأثیر شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر افسردگی مردان مبتلا به بیماری عروق کرونر. *نشریه پرستاری قلب و عروق*، ۲(۴): ۶-۱۴.
- محمدی، اعظم؛ رضائی، علی و ایزدی، فاطمه. (۱۴۰۱). اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر مدیریت استرس و مهارت‌های حل مسئله مادران دارای کودکان کم‌توان ذهنی. *مجله روان‌شناسی*، ۲۶(۴): ۳۹۶-۴۰۵.
- میرهاشمی، مالک و نجفی، فاطمه. (۱۳۹۳). اثربخشی درمان راه‌حل‌مدار بر تاب‌آوری و احساس انسجام بیماران مولتیپل اسکلروزیس (ام‌اس). *فصلنامه علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی تهران*، ۲۴(۳): ۱۷۵-۱۸۱.
- هرزندجدید، یاسمن. (۱۳۹۹). تأثیر شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر تاب‌آوری و حساسیت اضطرابی مبتلایان به بیماری قلبی حاد. دومین کنگره تازه یافته‌ها در حوزه خانواده، بهداشت روان، اختلالات، پیشگیری و آموزش، تهران.
- Bahall, M., Legall, G., & Khan, K. (2020). Quality of life among patients with cardiac disease: the impact of comorbid depression. *HQLO*, 18(1): 1-10.
- Bauer, H., Emeny, R T., Baumert, J., & Ladwig, K-H. (2016). Resilience moderates the association between chronic pain and depressive symptoms in the elderly. *EJP*, 20(8): 1253-1265.
- Burgess, EE., Selchen, S., Diplock, BD., & Rector, N A. (2021). A Brief Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) Intervention as a Population-Level Strategy for Anxiety and Depression. *Int J Cogn Ther*, 20: 1-19.
- Chen, S. (2020). An online solution focused brief therapy for adolescent anxiety during the novel coronavirus disease (COVID-19) pandemic: a structured summary of a study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 21(1): 403.
- Choi, JJ. (2021). The Role of the Solution-Focused Brief Therapist in Client-Led Problem Talks. *AJFT*, 49(1): 1-17.
- Conner, K M., & Davidson, J R. (2003). Development of a new resilience scale: The Conner – Davidson Resilience Scale(CD-RISC). *Depress Anxiety*, 18(2): 76-82.
- Daly, LE., Dolan, RD., Power, DG., Ní Bhuachalla, É., Sim, W., Cushen, S J., & et al. (2020). Determinants of quality of life in patients with incurable cancer. *Cancer*, 126(12): 2872-2882.
- De, Shazer S. (1994). *Words were originally magic*. Ind ed. New York: Norton; 1994. p 30.
- Ferrans, CE., & Powers. MJ. (1992). Psychometric assessment of the Quality of Life Index. *Res Nurs Health*, 15(1): 29-38.
- Fumero, A., Peñate, W., Oyanadel, C., & Porter, B. (2020). The Effectiveness of Mindfulness-Based Interventions on Anxiety Disorders. A Systematic Meta-Review. *EJIHPE*, 10(3): 704-719.
- Maria Martins de Lemos, M., William Moraes, D., & Campos Pellanda, L. (2016). Resilience in Patients with Ischemic Heart Disease. *Arq Bras Cardiol*, 106(2): 130-135.

- Pedersen, S S., von Kanel, R., Tully, P J., & Denollet, J. (2017). Psychosocial perspectives in cardiovascular disease. *Eur J Prev Cardiol*, 24(3): 108-115.
- Rahmani, F., Asgari, S., Khalili, D., Habibi Moeini, A S., Tohidi, M., Azizi, F., & et al. (2021). National trends in cardiovascular health metrics among Iranian adults using results of three cross-sectional STEP wise approaches to surveillance surveys. *Scientific Reports*, 11(1): 58.
- Sbragia, E., Colombo, E., Pollio, C., Cellerino, M., Lapucci, C., Inglese, M., & et al. (2021). Embracing resilience in multiple sclerosis: a new perspective from COVID-19 pandemic. *Psychol Health Med*, 13(9): 1-9.
- Segal, ZV., Williams, JM., & Teasdale, JD. (2013). *Mindfulness Based cognitive therapy for depression*. 3rd ed. New York: The Guilford Press, p 86.
- Wu, Y., Sang, Z-Q., Zhang, X-C., & Margraf J. (2020). The Relationship Between Resilience and Mental Health in Chinese College Students: A Longitudinal Cross-Lagged Analysis. *Front Psychol*, 11: 108.
- Zhang, J., Lyu, S., Yin, H., Ma, J., Chen, Z., Cui, M., & et al. (2021). Investigation of the quality of life of patients with coronary heart disease during COVID-19 and analysis of influencing factors. *Psychol Health Med*, 24: 1-12.