



Comparing the effectiveness of group training of psychological capitals with mindfulness based cognitive therapy on depression of patients with migraine in Isfahan

Ali sadeghi¹, Ahmad Ghazanfari², Shahram Mashhadizadeh³, Tayebeh Sharifi⁴

1. Ph.D Student Psychology, Department of Psychology, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran
2. Associate Professor, Department of Psychology, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran
3. Assistant Professor, Department of Basic Medical Sciences, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran
4. Associate Professor, Department of Psychology, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran

ABSTRACT

Aim and background: For many years, psychological treatments for acute biological patients, along with other drug treatments, have been the answer to the patients' psychological problems. The present study was conducted with the aim of comparing the effectiveness of group training of psychological capitals with cognitive therapy based on mindfulness on depression of migraine patients in Isfahan city.

Material and Methods: The design of this research was Quasi-Experimental type of pre-test, post-test and follow-up with a control group. The statistical population of the study was made up of all migraine patients in Isfahan city in 1400. The research sample consisted of 54 patients with migraine and were selected by available sampling method and randomly assigned to two experimental groups and one control group. The experimental groups underwent 14 sessions of psychological capital training, and the second experimental group underwent 8 sessions of cognitive therapy based on mindfulness, and the control group did not receive any intervention. The research tool included the Beck Depression Questionnaire and the data were analyzed using two-way repeated measures ANOVA.

Results: The difference in depression scores in the pre-test and follow-up test in the three groups is significant ($p < 0.001$) and the difference between the groups in the research stages (interaction of time in the group) is equal to 72.9%.

Conclusion: Considering the effect of cognitive therapy based on mindfulness and psychological capital training on depression of migraine patients, these treatments become an effective factor in improving depression of these patients.

Keywords: Depression, Psychological capital training, Mindfulness-based cognitive therapy, Migraine

►Please cite this paper as:

Sadeghi A, Ghazanfari A, Mashhadizadeh SH, Sharifi T [Comparing the effectiveness of group training of psychological capitals with mindfulness based cognitive therapy on depression of patients with migraine in Isfahan (Persian)]. J Anesth Pain 2023;14(1)

Corresponding Author: Ahmad Ghazanfari, Department of Psychology, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran

Email: aghazan5@yahoo.com

فصلنامه علمی پژوهشی بیهوشی و درد، دوره ۱۴، شماره ۱، بهار ۱۴۰۱

مقایسه اثربخشی آموزش گروهی سرمایه‌های روان‌شناختی با شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افسردگی بیماران مبتلا به میگرن شهر اصفهان

علی صادقی^۱، احمد غضنفری^{۲*}، شهرام شهدی زاده^۳، طیبه شریفی^۴

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران
۱. دانشیار گروه روانشناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران
۱. استادیار نوروفیزیولوژی، گروه علوم پایه پزشکی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران
۱. ۴ دانشیار گروه روانشناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۱۲/۲۴

تاریخ بازبینی:

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۱۰/۲۶

چکیده

زمینه و هدف: درمان‌های روان‌شناختی سال‌ها برای بیماران حاد زیستی در کنار سایر درمان‌های دارویی جواب‌گوی مشکلات روان‌شناختی بیماران بوده است. پژوهش حاضر باهدف مقایسه اثربخشی آموزش گروهی سرمایه‌های روان‌شناختی با شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افسردگی بیماران مبتلا به میگرن شهر اصفهان صورت گرفت.

مواد و روش‌ها: طرح این پژوهش نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش را کلیه بیماران مبتلا به میگرن شهر اصفهان در سال ۱۴۰۰ تشکیل دادند. نمونه پژوهش شامل ۵۴ نفر از بیماران مبتلا به میگرن بود و به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه گمارده شدند. گروه‌های آزمایش تحت ۱۴ جلسه آموزش سرمایه روان‌شناختی و گروه آزمایش دوم تحت ۸ جلسه درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی قرار گرفتند و گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. ابزار پژوهش شامل پرسش‌نامه افسردگی بک بوده و داده‌ها با استفاده از آنالیز واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر تجزیه و تحلیل شدند.

نتایج: تفاوت نمرات افسردگی در مرحله پیش‌آزمون پس‌آزمون پیگیری در سه گروه معنی‌دار ($p < 0/001$) و میزان تفاوت گروه‌ها در مراحل پژوهش (تعامل زمان در گروه) برابر با ۷۲/۹ درصد است.

نتیجه‌گیری: با توجه به تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و آموزش سرمایه‌های روان‌شناختی بر افسردگی بیماران مبتلا به میگرن این درمان‌ها عاملی مؤثر در بهبود افسردگی این بیماران می‌شود.

واژه‌های کلیدی: افسردگی، آموزش گروهی سرمایه‌های روان‌شناختی، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، میگرن

نویسنده مسئول: احمد غضنفری، دانشیار گروه روانشناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران

پست الکترونیک: aghazan5@yahoo.com

مقدمه

میگرن یک بیماری شایع است که براساس بررسی‌های پاراکلینیکی می‌توان اذعان داشت که ۱۴ تا ۱۶ درصد مردم تجربه این درد را داشته‌اند؛ این اختلال سومین اختلال شایع در کل جهان بوده و یکی از بیماری‌هایی است که به‌عنوان بالاترین میزان اختلالات عصبی شناخته می‌شود^(۱). Lind و همکاران^(۲) در یک بررسی نشان داد هزینه درمان‌های مرتبط با میگرن در سراسر اروپا به‌طور تقریبی بین ۵۰ تا ۱۱۱ یورو و در آمریکا ۱۰۳۶ دلار برای هر نفر می‌باشد. اکنون نظر به اینکه میگرن یکی از شایع‌ترین انواع سردردها در افراد می‌باشد و با توجه به این مسئله که این نوع سردرد تا چه میزان می‌تواند روی عملکرد افراد تأثیر بگذارد و باعث افت کارایی آن‌ها شود، شناخت عوامل زمینه‌ای در بروز و تداوم آن بسیار ضروری می‌باشد، چرا که برآورد هزینه‌های ناشی از بیماری میگرن به معنای شیوع و البته گستردگی دامنه‌ی عوارض ناشی از آن است؛ در این راستا Zhang و همکاران^(۳) نشان دادند که عوارض روان‌شناختی ناشی از میگرن و ابتلای بالاتر به افسردگی یکی از دلایل اساسی در بررسی این اختلال است^(۴،۵)؛ بنابراین تأییدشده است که افسردگی، یکی از شایع‌ترین اختلالات روان‌شناختی در بیماران مبتلا به میگرن است، به نحوی که حدود ۸۰ درصد از بیماران مبتلا به میگرن علائمی از افسردگی را گزارش می‌دهند؛ به‌طور کلی میگرن و افسردگی اثر متقابل دارند. افسردگی به معنای تجربه احساس غم و اندوه و خلق پایین برای مدت زمان (هفته‌ها، ماه‌ها یا حتی سال‌ها) طولانی است؛ و گاهی اوقات بدون هیچ دلیل مشخصی، بیش از احساس عادی خلق و خو پایین بوده و بیانگر یک وضعیت جدی است که بر سلامت جسمی و روان افراد مبتلا تأثیر می‌گذارد^(۵). در راستای هزینه‌های سنگین و دشواری درمان، متخصصان حوزه سلامت روانی نیز وارد فرایند درمانی بیماران مبتلا به میگرن شده و در این مسیر رویکردهای متنوعی را طراحی نمودند. شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (Mindfulness based cognitive therapy) از جدیدترین رویکردهای درمانی است که از طریق نظارت آگاهانه و زندگی در لحظه، در کاهش مشکلات روان‌شناختی افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن مؤثر بوده است، این رویکرد به آگاهی از افکار تأکید می‌کند که با روشی مشابه روش ثبت افکار در درمان شناختی انجام می‌شود. با این حال به‌جای تغییر افکار مشکل‌آفرین، ترجیح داده می‌شود که این افکار به‌عنوان رویدادهای

ذهنی گذرا تشخیص داده شوند که می‌توانند به‌صورت بالقوه مشکل‌آفرین باشند، اما در حال حاضر خطری ایجاد نکرده‌اند.^(۶-۹) همچنین مهارت‌ها و توانایی‌های افراد برای مقابله با فشارهای روانی می‌توانند موجب کاهش یا افزایش اثرات زبان‌آور فشار روانی بر ارگانیزم افراد شده و احتمال ابتلا به اختلالات جسمی را در آن‌ها، کاهش یا افزایش دهد و راهبردهای روان‌شناختی عاملی مؤثر در بهبود توانمندی‌ها و افزایش مهارت‌های مقابله با استرسورهای محیطی خواهد بود؛ آموزش سرمایه روان‌شناختی (Psychological capital) با تأکید بر ابعاد مثبت‌گرایی همچون امید، خوش‌بینی، تاب‌آوری و خود کارآمدی منجر به ارتقاء ارزش سرمایه انسانی، دانش و مهارت‌های افراد و سرمایه اجتماعی و شبکه روابط میان آنها می‌شود^(۱۰)، چرا که این راهبرد یک حالت روان‌شناختی مثبت‌نگر رشدپذیر است که با ویژگی‌هایی همچون داشتن اعتماد به نفس برای موفقیت در کارهای چالش‌انگیز (خودکارآمدی)؛ ایجاد اسنادی مثبت در مورد موفقیت (خوش‌بینی)؛ پافشاری در رسیدن و مسیری‌های رسیدن به اهداف (امیدواری) و تحمل کردن برای دستیابی به موفقیت هنگام مواجهه با سختی‌ها، (تاب‌آوری)، به افراد کمک می‌کند تا یک سبک مقابله فعال را پرورش دهند^(۱۱) این روش بر مشکلات روان‌شناختی درمانجویان نیز اثربخشی بالایی را نشان داده است^(۱۲،۱۳). پژوهش‌های اندکی در مورد تأثیر گذاری درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و آموزش سرمایه‌های روان‌شناختی بر افسردگی بیماران مبتلا به میگرن صورت گرفته، نتایج پژوهش به گسترش دانش درباره میگرن و درمان روان‌شناختی اختلالات مرتبط با آن و همچنین حمایت تجربی لازم را برای استفاده از این درمان‌ها برای پزشکان در جهت استفاده توأم این شیوه با درمان دارویی ترغیب نموده و می‌تواند به‌عنوان تکنیک مؤثر در درمانگاه‌های تخصصی روان‌تنی و چند رشته‌ای مورد استفاده قرار گیرد. نبود مقایسه دو روش درمانی روان‌شناختی و البته تمرکز بر گروه بیماران روان‌تنی به اهمیت موضوع می‌افزاید. در این راستا پژوهش حاضر به مقایسه اثربخشی آموزش گروهی سرمایه‌های روان‌شناختی و شناختی درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر افسردگی بیماران مبتلا به میگرن می‌پردازد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی بود. طرح نیمه‌آزمایشی پژوهش حاضر پیش‌آزمون، پس‌آزمون،

آزمایش دوم تحت ۱۴ جلسه‌ی شصت دقیقه‌ای آموزش گروهی و هفتگی سرمایه‌های روان‌شناختی که توسط آبابی و همکاران^(۱۷) مورد تأیید قرار گرفته است (جدول ۲) قرار گرفتند و شرکت‌کنندگان گروه گواه هیچ نوع آموزشی را دریافت نکردند، البته بعد از اتمام پژوهش برای گروه گواه نیز این آموزش‌ها اجرا شد. هر سه گروه در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری پرسشنامه افسردگی بک رو به‌طور کامل پاسخ دادند. در این پژوهش ویژگی‌های جمعیت‌شناختی گروه‌های نمونه شامل سن، جنسیت، سطح تحصیلات و اشتغال ثبت و مفاد بیانیه هلینسکی رعایت شد. که از جمله آن‌ها می‌توان به توضیح اهداف برای درمان‌جویان، کسب رضایت آگاهانه از واحدهای مورد مطالعه، اختیاری بودن شرکت در پژوهش، حق خروج از مطالعه، بدون ضرر بودن پاسخ به سؤالات و در اختیار قرار دادن نتایج در صوت تمایل، اشاره کرد. نسخه دوم پرسشنامه افسردگی بک (BDI-II): نسخه دوم پرسش‌نامه افسردگی بک ابتدا در سال ۱۹۶۱ از سوی بک و همکاران معرفی شد، در سال ۱۹۷۱ مورد تجدیدنظر قرار گرفت و در سال ۱۹۷۸ منتشر شد. این پرسشنامه و یکی از پرکاربردترین ابزارهای سنجش افسردگی است که برای سنجش بازخوردها و نشانه‌های بیماران افسرده ساخته شده است. این پرسشنامه از ۲۱ ماده تشکیل شده که آزمودنی برای هر ماده یکی از چهار گزینه‌ای که متناسب با شدت علائم افسردگی است برمی‌گزیند. هر ماده نمره‌ای از صفر تا سه می‌گیرد؛ بنابراین نمره کل پرسشنامه دامنه‌ای از صفر تا ۶۳ دارد این آزمون در تشخیص افسردگی به اندازه مصاحبه‌های با ساختار طولانی و پرهزینه کارایی دارد. پرسشنامه در پنج حوزه احساس گناه، احساس شکست، احساس ناتوانی، تحریک پذیری و آشفتگی خواب طرح شده است از هنگام تدوین این پرسشنامه تاکنون، ارزیابی بسیاری توسط محققان و پژوهشگران در مورد آن صورت گرفته است. گلدمن و همکاران در سال ۱۹۶۵ به منظور دستیابی به میزان افتراقی افسردگی در میان دو گروه افسرده و سالم به این نتیجه دست یافتند که عدد ۱۷، عدد مناسب افتراق در بین این گروه است^(۱۸). همچنین، Goldman و Metkaf برای میزان همبستگی پرسش‌های بالینی روان‌پزشکی و پرسش‌نامه بک به یک نتیجه همبستگی در سطح بالا رسید. Richter و همکاران^(۱۹) تأکید کردند که این آزمون از نظر تشخیص دارای روایی بوده و قادر به پیش‌بینی است. در این راستا به‌زعم سازنده این پرسشنامه نمره‌های زیر را می‌توان برای نشان دادن سطح کلی

پیگیری با گروه گواه شامل مراحل اجرایی زیر بود: ۱. انتخاب به‌صورت در دسترس از نمونه پژوهش، ۲. اجرای پیش‌آزمون و جمع‌آوری داده‌ها؛ ۳. جایگزین کردن تصادفی آزمودنی‌ها؛ ۴. اجرای متغیرهای مستقل (آموزش گروهی سرمایه‌های روان‌شناختی و شناختی درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی) روی گروه‌های آزمایش؛ ۵. اجرای پس‌آزمون و جمع‌آوری داده‌ها و ۶. اجرای پیگیری و جمع‌آوری داده‌ها. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه افراد مبتلا به سردرد میگرنی مراجعه‌کننده به درمانگاه سایکوسوماتیک و مطب‌های متخصصین مغز و اعصاب در شهر اصفهان در سال ۱۴۰۰-۱۳۹۹ بود که به تشخیص متخصصین مغز و اعصاب یا روانپزشکان، سردرد میگرنی تشخیص داده شدن؛ بنابراین در این راستا با دریافت مجوز فعالیت از سوی واحد آموزش دانشگاه آزاد اسلامی واحد شهرکرد، اقدام به اخذ کد اخلاق (IR.IAU.SHK.REC.1400.019) نموده و با دریافت معرفی‌نامه از سوی دانشگاه برای مراکز درمانی و تخصصی بیماران مبتلا به میگرن، به مراکز مربوطه مراجعه شد که با توجه به حساسیت بیماران، تنها یک مرکز حاضر به همکاری شد، با هماهنگی مدیریت مراکز اقدام به برگزاری جلسه توجیهی برای بیماران به‌صورت انفرادی به دلیل حساسیت شرایط قرنطینه اجتماعی شد. در نهایت با توجه به حجم نمونه مورد تأیید و لحاظ ملاک‌های ورود (سابقه سردرد طی حداقل ۶ ماه گذشته و جهت درمان بیش از یک نوبت به پزشک متخصص مراجعه کرده باشند و تحت درمان دارویی باشند و حداقل طی یک ماه گذشته دو حمله سردرد میگرنی را تجربه کرده باشند؛ عدم وجود اختلال روان‌پریشی و سابقه بیماری‌های مغزی (مانند تومورهای مغزی) بر اساس تشخیص روانپزشک و متخصص مغز و اعصاب، دامنه سنی ۲۵ الی ۴۰ سال، ایرانی‌الصل و بودن رضایت آگاهانه جهت شرکت در فرایند پژوهش) و خروج (دو جلسه غیبت در جلسات درمان، بروز اختلال فرایند درمان زیستی) با توجه به پژوهش‌های مشابه^(۱۴، ۱۵) تعداد ۵۴ نفر از بیماران انتخاب و با احتساب احتمال ریزش به روش قرعه‌کشی در سه گروه هدف آموزش گروهی سرمایه‌های روان‌شناختی (۱۸ نفر)، شناختی درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (۱۸ نفر) و گروه گواه (۱۸ نفر) گمارش شدند، شرکت‌کنندگان گروه‌های آزمایش اول تحت آموزش آنلایین هفتگی ۸ جلسه‌ی نود دقیقه‌ای شناختی درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی که توسط Teasdale و همکاران^(۱۶) مورد تأیید است قرار گرفتند (جدول ۱) و شرکت‌کنندگان گروه

و به آنان اطمینان داده شد که اطلاعات آنان محرمانه خواهد ماند و آنان در هر مرحله‌ای از پژوهش مختار به خروج از فرایند بوده و پس از تأیید اثربخشی روش‌های آموزشی فوق گروه گواه نیز تحت آموزش قرار خواهد گرفت.

در این پژوهش با استفاده از نرم افزار آماری SPSS23 در دو سطح توصیفی و استنباطی تحلیل شده است. در ابتدا یافته‌های توصیفی متغیرهای جمعیت شناختی و سپس متغیرهای اصلی پژوهش در گروه‌های آزمایش و گروه گواه ارائه شده و سپس پیش فرض‌های آماری (از آزمون شاپیرو ویک جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها با سطح معناداری ۰/۰۵، آزمون لوین برای بررسی برابری لوین با سطح معناداری ۰/۰۵، آزمون موخلی جهت بررسی پیش فرض کرویت داده‌ها با سطح معناداری ۰/۰۵ و جهت بررسی اثربخشی و مقایسه بسته‌های درمانی از روش تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری با سطح معناداری ۰/۰۱ استفاده می‌گردد. در این پژوهش عضویت گروهی به عنوان متغیر مستقل و نمرات افسردگی در مراحل پژوهش به عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شده است برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از دو سطح آمار توصیفی و استنباطی استفاده شده است.

افسردگی بک بکار بست: صفر تا ۱۳ (هیچ یا کمترین میزان افسردگی)، ۱۴ تا ۱۹ (افسردگی خفیف)، ۲۰ تا ۲۸ (افسردگی متوسط) و ۲۹ تا ۶۳ (افسردگی شدید). بک و همکاران^(۲۰)، روایی این پرسشنامه را ۰/۷۹ و اعتبار باز آزمایی آن را ۰/۶۷ گزارش کردند. همچنین ضریب باز آزمایی برای بیماران روانی ۰/۸۶ و برای بیماران غیر روانی ۰/۸۱ گزارش شده است. پژوهشگران ایرانی در مطالعه خود ضریب آلفا ۰/۹۱، ضریب همبستگی میان دو نیمه را ۰/۸۹، ضریب باز آزمایی به فاصله یک هفته را ۰/۹۴ گزارش کردند^(۲۱، ۲۲)، در این پژوهش ضریب الفا برابر با ۰/۹۴ می باشد.

قبل از شروع مداخله، از افراد شرکت کننده فرم رضایت شرکت آگاهانه و آزادانه در پژوهش به صورت کتبی اخذ گردید. قبل از اجرای مداخله یک جلسه‌ی توجیهی برای درمان جویان شرکت کننده در پژوهش به منظور ارائه توضیحاتی در خصوص پژوهش، اهداف و ضرورت آن و نحوه‌ی اجرای طرح برگزار گردید. همچنین به شرکت کنندگان در مورد محرمانه ماندن اطلاعات حاصل از پژوهش اطمینان داده شد. هرگونه انتشار داده‌ها یا اطلاعات به دست آمده از شرکت کنندگان در تحقیق و نتایج مطالعه براساس رضایت آگاهانه آنها انجام گرفت

جدول ۱: خلاصه جلسات درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی

جلسه	شرح جلسات (هدف و موضوع)
۱	۱. معرفی شرکت کنندگان و شرح مختصری از ۸ جلسه. ۲. تکنیک خوردن کشمش و سپس به مدت ۳۰ دقیقه مدیتیشن اسکن بدن. ۳. تکلیف خانگی: حضور در لحظه و بسط دادن تکنیک خوردن کشمش به سایر فعالیتها.
۲	۱. انجام مدیتیشن اسکن بدن و بحث در مورد آن. ۲. بررسی تکالیف خانگی. ۳. تفاوت بین افکار و احساسات. ۴. انجام مدیتیشن. ۵. تکلیف: ذهن آگاهی یک رویداد خوشایند، انجام مدیتیشن نشسته و اسکن بدن
۳	۱. تمرین دیدن و شنیدن. ۲. مدیتیشن نشسته. بحث در مورد تکالیف خانگی. ۳. انجام یکی از تمرین های حرکات ذهن آگاهی. ۴. تکالیف: مدیتیشن نشسته، اسکن بدن، تمرین ۳ دقیقه ای فضای تنفسی
۴	۱. مدیتیشن نشسته همراه با توجه به تنفس. ۲. بحث در مورد پاسخ های استرس و واکنش یک فرد به موقعیت های دشوار. ۳. تمرین قدم زدن ذهن آگاهانه. ۴. تکالیف: مدیتیشن نشسته، اسکن بدن یا یکی از حرکات بدنی ذهن آگاه و تمرین فضای تنفسی ۳ دقیقه ای (در یک رویداد ناخوشایند)
۵	۱. انجام مدیتیشن نشسته. ۲. ارائه و اجرای حرکات ذهن آگاه بدن. ۳. تکالیف: مدیتیشن نشسته، فضای تنفسی سه دقیقه ای در یک رویداد ناخوشایند و ذهن آگاهی یک فعالیت جدید روزمره.
۶	۱. تمرین فضای تنفسی سه دقیقه ای. ۲. بحث در مورد تکالیف خانگی. ۳. ارائه تمرینی با عنوان "خلق، فکر، دیدگاه هایی جداگانه" ۴. پذیرش احساسات به عنوان احساس. ۵. تکالیف: انتخاب ترکیبی از مدیتیشن ها که ترجیح شخصی باشد به علاوه انجام فضای تنفسی سه دقیقه ای در یک رویداد ناخوشایند و ذهن آگاهی یک فعالیت جدید روزمره
۷	۱. مدیتیشن چهار بعدی. ۲. تمرین جلسه: بهترین راه مراقبت از خود چیست. ۳. آموزش پذیرش بدون قضاوت و داوری. ۴. تکالیف: مدیتیشن، تمرین تنفسی سه دقیقه ای در یک رویداد ناخوشایند، ذهن آگاهی یک فعالیت روزمره ی جدید.
۸	۱. اسکن بدن. ۲. تمرین فضای تنفسی سه دقیقه ای. ۳. بحث در مورد روش های کنار آمدن با موانع انجام مدیتیشن. ۴. مطرح شدن سؤالاتی در مورد کل جلسات

جدول ۲: خلاصه جلسات آموزش گروهی سرمایه‌های روان‌شناختی

جلسه	شرح جلسات (هدف و موضوع)
۱	معرفی اعضا به یکدیگر- بیان انتظارات آنها در خصوص حضور آنها در جلسه بیان- اهداف برنامه‌توضیح در مورد روانشناسی مثبت‌نگار-تاثیر روانشناسی مثبت‌نگار در افزایش مقاومت‌سازی افراد-تبادل نظر در زمینه‌ی تاثیر سرمایه روان‌شناختی در کاهش رفتارهای منحرفانه
۲	توضیح و بررسی مجدد سرمایه‌های روان‌شناختی-توضیح در مورد خوشبینی به عنوان اولین مولفه سرمایه روان‌شناختی-دریافت تجربه‌های افراد از تجربه‌های مرتبط با دوره‌های بدبینی و خوشبینی-توضیح در مورد جلوه‌های خوشبینی-روشهای افزایش خوشبینی-دادن تکلیف برای افزایش خوشبینی در طول هفته و برخورد در موقعیتهای مختلف زندگی
۳	تبادل تجربه‌های افراد در خصوص خوشبینی‌هایی که داشتند-تبادل تجربه‌های افراد در خصوص بدبینی‌هایی که در طول هفته و زندگی به سراغ آنها آمده است-آموزش روشهای افزایش خودگویی مثبت برای افزایش خوش بینی افراد-تهیه کارتهای خوشبین و جملات مثبت برای حفظ خوشبینی
۴	بحث در مورد تجربه افراد از تمرین‌های خوشبینانه-بحث در مورد عوامل برانگیزاننده‌ی خوشبینی و بدبینی افراد-تبادل نظر در مورد عوامل محافظت‌کننده و خطر ساز در مورد افزایش بدبینی و گرایش به رفتارهای انحرافی-شیوه‌های افزایش مقاومت افراد در مقابل هجوم افکار منفی و غلط در زمینه‌ی مشکلات
۵	تبادل نظر در مورد تجربیات قبلی و بحث در خصوص دومین عامل سرمایه‌ی روان‌شناختی(امیدواری)-بررسی برداشت افراد از امیدوار بودن-تبادل نظر در مورد عوامل ناامیدکننده
۶	بررسی تاثیر عامل ناامیدی در بروز رفتارهای انحرافی- روشهای افزایش امیدواری-تمرین جمعی افراد برای تقویت روشهای صحیح امیدوار شدن
۷	بررسی روشهای مقابله‌ای افراد برای حفظ امیدواری خود-فعالیت جمعی و مشترک برای ایجاد شعارهای امیدوارکننده در زندگی-تکلیف دهی برای جمع‌آوری سخنان بزرگان برای افزایش امیدواری نسبت به زندگی و آینده
۸	بررسی تجربه‌های گذشته و معرفی سومین مولفه‌ی سرمایه‌ی روان‌شناختی (تاب‌آوری)-تبادل تجربیات افراد در خصوص شرایط سخت زندگی و نحوه کنار آمدن با آنها-بررسی شیوه‌های مقابله‌ای افراد برای مواجه شدن با ناکامی‌ها-جلوه‌های مختلف تاب‌آوری
۹	بررسی ویژگیهای افراد تاب‌آور- تبادل تجربه‌های افراد در زمینه‌ی افزایش کنترل آنها در زندگی-بررسی شیوه‌های رسیدن به اهداف زندگی.
۱۰	بررسی تجربه افراد در خصوص جلسات قبلی-بررسی شیوه‌های افزایش تعهد به اهداف زندگی-معرفی مهم‌ترین تهدیدات افراد در زندگی.
۱۱	بررسی ترس‌های افراد در مواجه شدن با مشکلات-بررسی شیوه‌های مناسب مقابله با شکست-بررسی تجربه‌های افراد در کسب حمایت‌های اجتماعی برای مقابله با مشکلات
۱۲	بررسی تجربیات افراد از فعالیت‌های گذشته-معرفی چهارمین مولفه‌ی سرمایه‌ی روان‌شناختی تحت عنوان خودکارآمدی-بررسی ویژگیهای افراد خودکارآمد.
۱۳	عملیاتی کردن رفتارهای خودکارآمد در زندگی شخصی و خانوادگی افراد-پیدا کردن ضعف‌ها و ناتوانیهای خود-بررسی راه‌حل‌هایی برای مقابله با ناتوانی‌ها.
۱۴	بررسی تجربه‌های گذشته افراد در خصوص رفع ضعف‌ها-تعریف نقاط مثبت خود-افزایش نقاط مثبت خود با همکاری یکدیگر در گروه-پیدا کردن زمینه‌های مثبت در زندگی خانوادگی خود.

نتایج

استاندارد سنی گروه ذهن‌آگاهی به ترتیب برابر با ۲۹/۱۹ و ۳/۴۷ سال و میانگین و انحراف استاندارد سنی گروه کنترل به ترتیب برابر با ۲۸/۳۴ و ۳/۱۳ سال بوده است همچنین براساس آزمون خی دو بین تعداد در گروه‌های سنی جنسیت اشتغال تحصیلات در سه گروه تفاوت معنی داری وجود ندارد ($p > 0.05$).

توزیع فراوانی اعضای نمونه دو گروه آزمایش و گروه گواه بر اساس جنسیت سن اشتغال و تحصیلات و همچنین نتایج آزمون خی دو جهت بررسی عدم تفاوت توزیع فراوانی در جدول ۳ گزارش شده است. میانگین سنی اعضای نمونه گروه آزمایش سرمایه‌های روان‌شناختی برابر ۲۹/۷۴ با انحراف استاندارد ۳/۱۶، میانگین و انحراف

جدول ۳: مشخصات جمعیت شناختی و آزمون خی دو در دو گروه آزمایش و کنترل در بیماران مبتلا به میگرن شهر اصفهان سال ۱۴۰۰ (n=54)

جمعیت شناختی	گروه سرمایه‌های روان‌شناختی	گروه ذهن‌آگاهی	گروه کنترل	آزمون خی دو
	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی	آماره
کمتراز ۵۲ سال	۵	۹/۳	۷	۳/۷
جنس	۷	۳۱/۰	۶	۰/۷۱۷
۲۶ تا ۳۰ سال	۷	۳۱/۰	۶	
۳۱ تا ۳۵ سال	۳	۵/۶	۲	
۳۶ سال به بالا	۳	۵/۶	۳	
دولتی	۳	۵/۶	۴	۰/۹۹۲
اشتغال	۶	۱۱/۱	۵	۰/۸۰۷
آزاد	۶	۱۱/۱	۵	
دانشجو	۴	۷/۴	۴	
خانه‌دار	۵	۹/۳	۵	
دیپلم	۲	۳/۷	۳	۰/۹۷۴

جدول ۴: یافته‌های توصیفی میانگین و انحراف استاندارد مقیاس افسردگی به تفکیک گروه‌های آزمایش و کنترل در بیماران مبتلا به میگرن شهر اصفهان سال ۱۴۰۰ (n=۵۴)

مقیاس	مراحل	گروه سرمایه‌های روان‌شناختی	گروه ذهن‌آگاهی	گروه کنترل
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین
افسردگی	پیش‌آزمون	۴۰/۹۴	۷/۵۷	۴۱/۰۰
	پس‌آزمون	۳۶/۶۱	۷/۸۰	۴۴/۵۰
	پیگیری	۳۷/۴۴	۷/۷۱	۴۵/۳۸

بودن توزیع مولفه‌های مربوط در جامعه پذیرفته می‌شود ($p > 0.05$). برای بررسی یکنواختی کوواریانس‌ها یا برابری کوواریانس‌ها با کوواریانس کل از آزمون موخلی استفاده شد که آماره سازه افسردگی ۰/۹۷۱ و معناداری بالاتر از ۰/۰۵ گزارش شده است.

همچنین براساس نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌های مکرر در جدول ۵ در هر چهار آزمون در اندازه‌های تکراری بین میانگین نمرات افسردگی در مرحله پیش آزمون، پس آزمون و مرحله پیگیری به طور کلی تفاوت معنی داری وجود دارد ($p < 0.001$)، همچنین تعامل اثر زمان و عضویت گروهی در این متغیر نیز معنی دار به دست آمده است ($p < 0.001$)؛ به عبارت دیگر تفاوت بین نمرات افسردگی در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در کل نمونه پژوهش برابر با ۰/۴۷۳ یا ۴۷/۳ درصد و معنی دار است همچنین تفاوت نمرات این متغیر در سه مرحله از پژوهش در سه گروه معنی دار است که نشان می‌دهد روند تغییر نمرات در مراحل

همچنین در جدول ۴ مربوط به یافته‌های توصیفی، میانگین پیش‌آزمون و پس‌آزمون و در نهایت مرحله پیگیری برای گروه‌های آزمایش و کواه ارائه شده است؛ نکته قابل ذکر این است که میزان افسردگی برای گروه‌های آزمایش کاهش داشته است ولی در گروه گواه برای همه متغیرهای فوق تغییر محسوسی رخ نداده است (کسب نمره پایین‌تر در متغیرهای وابسته به معنای سلامت بیشتر است و برعکس).

جهت بررسی تفاوت میانگین‌ها در سه مرحله به تحلیل واریانس با اندازه‌های مکرر پرداخته می‌شود، بنابراین رعایت برخی پیش‌فرض‌ها ضروری است؛ نتایج آزمون Levene جهت بررسی همگنی واریانس‌ها در متغیره وابسته در دو گروه و سه مرحله به ترتیب برابر با $F=2/35$ $F=2/44$ و $P=0/101$ $P=0/106$ $P=0/098$ و همسانی واریانس در جامعه تأیید می‌شود ($p > 0.05$). همچنین مقدار معناداری در آزمون شاپیرو ویک برای تمامی متغیرها بیشتر از ۰/۰۵ است بنابراین فرض نرمال

پیگیری معنی دار است ($p < 0.001$)؛ اما تفاوت میانگین نمرات پس آزمون و پیگیری در این گروه‌ها معنی دار به دست نیامده است ($p > 0.05$). همچنین براساس میانگین نمرات می‌توان به برتری گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی نسبت به آموزش سرمایه‌های روان‌شناختی در مرحله پس آزمون و پیگیری اشاره کرد.

پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در سه گروه با هم تفاوت معنی داری دارند و میزان تفاوت گروه‌ها در مراحل پژوهش برابر با ۰/۷۲۹ یا ۷۲/۹ درصد است. همچنین نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی در جدول ۶ نشان داد که تفاوت میانگین نمرات افسردگی در گروه‌های مداخله (سرمایه‌های روان‌شناختی و ذهن آگاهی) در مرحله پیش آزمون با پس آزمون و هم‌چنین پیش آزمون با

جدول ۵: نتایج تحلیل اثرات درون آزمودنی در آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر در خصوص افسردگی در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در سه گروه در بیماران مبتلا به میگرن شهر اصفهان سال ۱۴۰۰ ($n=54$)

منبع	آزمون	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	معنی داری	اندازه اثر	توان آماری
اثر زمان	فرض کرویت	۲۸۹/۷۷	۲	۱۹۴/۸۸	۴۵/۷۷	۰/۰۰۱	۰/۴۷۳	۱/۰۰۰
	گرین هاوس گیزر	۲۸۹/۷۷	۱/۷۷	۲۲۰/۰۵	۴۵/۷۷	۰/۰۰۱	۰/۴۷۳	۱/۰۰۰
	هاین فلت	۲۸۹/۷۷	۱/۹	۲۰۴/۸۹۹	۴۵/۷۷	۰/۰۰۱	۰/۴۷۳	۱/۰۰۰
	حد پایین	۲۸۹/۷۷	۱	۳۸۹/۷۷	۴۵/۷۷	۰/۰۰۱	۰/۴۷۳	۱/۰۰۰
اثر زمان × گروه	فرض کرویت	۱۱۶۵/۹۶	۴	۲۹۱/۴۹	۶۸/۴۷	۰/۰۰۱	۰/۷۲۹	۱/۰۰۰
	گرین هاوس گیزر	۱۱۶۵/۹۶	۳/۵۴	۳۲۹/۱۲	۶۸/۴۷	۰/۰۰۱	۰/۷۲۹	۱/۰۰۰
	هاین فلت	۱۱۶۵/۹۶	۳/۸	۳۰۶/۴۴	۶۸/۴۷	۰/۰۰۱	۰/۷۲۹	۱/۰۰۰
	حد پایین	۱۱۶۵/۹۶	۲	۵۸۶/۹۸	۶۸/۴۷	۰/۰۰۱	۰/۷۲۹	۱/۰۰۰

جدول ۶: نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی جهت مقایسه میانگین نمرات افسردگی در مراحل پژوهش به تفکیک سه گروه در بیماران مبتلا به میگرن شهر اصفهان سال ۱۴۰۰ ($n=54$)

گروه	مراحل	تفاوت میانگین	معنی داری
سرمایه‌های روان‌شناختی	پیش آزمون	۴/۳۳	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۳/۵	۰/۰۰۱
	پیگیری	-۰/۸۳۳	۰/۲۷۵
درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی	پیش آزمون	۹/۵	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۱۰/۲۲	۰/۰۰۱
	پیگیری	۰/۷۲۲	۰/۵۲۵
کنترل	پیش آزمون	۳/۵	۰/۰۰۱
	پس آزمون	-۴/۳۹	۰/۰۰۱
	پیگیری	۰/۸۸۹	۰/۶۶۳

میگرن شهر اصفهان بود. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد ضمن معنی داری تأثیر هر دو مداخله آموزش گروهی سرمایه‌های روان‌شناختی و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در بهبود افسردگی در بیماران مبتلا به

بحث
هدف از پژوهش حاضر مقایسه‌ی اثربخشی آموزش گروهی سرمایه‌های روان‌شناختی با شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افسردگی بیماران مبتلا به

تجربه می‌کنند. یکی از دلایل آن این است که افراد با امید بالا، در مقایسه با افرادی که امید پایین دارند، در پیدا کردن مسیرهای چابک‌ترین جهت اهداف اولیه‌شان از مهارت بالاتری برخوردار هستند^(۴۶). همچنین سلیگمن بر این باور است که افراد امیدوار، سطح بالاتری از خوش‌بینی را نیز تجربه می‌کنند، افراد امیدوار خوش‌بین با بهره‌گیری از راهبردهای کنار آمدن مؤثر، مانند ارزیابی مجدد و مساله‌گشایی با فشارهای روان بهتر کنار می‌آیند. اثربخشی مثبت مداخله سرمایه روان‌شناختی بر کاهش افسردگی دقیقاً می‌تواند در نتیجه بهبود راهبردهای تاب‌آورانه در آنها نیز باشد، چرا که بهبود سطح تاب‌آوری منجر به افزایش سطح انعطاف‌پذیری شناختی در آنها شود، افرادی که انعطاف‌پذیری شناختی بالاتری دارند راهبردهای مساله‌مدار بیشتر و در مقابل راهبردهای اجتنابی و هیجان‌مدار کمتری را تجربه می‌کنند. چرا که در مواجهه با مسائل تک بعدی نبوده و بیشترین سطح همه‌جانبه‌نگری را اخذ می‌کنند، این افراد سرسخت‌ترند و بجای رویارویی منفلانه در مواجهه با رویدادهای تنیدگی‌زا از رویارویی فعال، متمرکز و تکلیف‌مدار استفاده می‌کنند^(۴۷). افراد تحت مداخله در واقع به خود و توانایی‌هایشان امیدوار می‌شوند، نقش فعال خود را می‌پذیرند، به نقش خود متمرکز می‌شوند، همین طرز تفکر نسبت بهود باعث افزایش اطمینان به توانایی‌های شخصی شده، ترس از بیماری و آینده کمتر، تفکر رشد می‌کند و فرد قابلیت کنترل بیشتری بر رویدادهای زندگی‌اش یابد؛ و همین چرخه مثبت عاملی مؤثر در جهت کاهش افسردگی در بیماران مبتلا به میگرن بوده است.

شمس و همکاران^(۴۸) پژوهشی تحت عنوان مقایسه اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی و بهزیستی روان‌شناختی بر افسردگی و امید در مبتلایان به دیابت نوع دو انجام دادند. این محققین نشان دادند که براساس نظر بک موضوعات و محتویات افکار در افراد افسرده مربوط به شکست‌ها و باخت‌های گذشته است. این افکار باعث شکل‌گیری باورهای منفی در فرد می‌شود. با کشف ارتباط بین خلق و افکار منفی می‌توان به درمان افسردگی پرداخت و از بازگشت یا عود مجدد آن جلوگیری کرد. براین اساس ذهن‌آگاهی یک ارتباط متفاوت با افکار ارائه می‌دهد. تاکید این روش بر آن نیست که رویدادای موافق و مخالف با افکار جمع‌آوری می‌شود و یا به آن پاسخ داده شود. بلکه تاکید بر مقاومت افراد در مقابل افکار منفی است که با ذهن متمایز و با توجه و تمرکز بیشتر صورت

میگرن در مرحله پس از آزمون و باقی ماندن اثرات این مداخلات در مرحله پیگیری، بین اثربخش این دو مداخله در بهبود افسردگی تفاوت معنی داری وجود دارد به گونه ای که درمان ذهن‌آگاهی در این زمینه اثربخش‌تر از آموزش گروهی سرمایه‌های روان‌شناختی است؛ که همسوی با یافته‌های پژوهشی McCartney و همکاران^(۴۹) و Zou و همکاران^(۵۰) بوده است.

در تبیین این یافته‌ی پژوهشی می‌تواند اذعان داشت که که رویکرد سرمایه روان‌شناختی به جهت ترکیب چهار نیروی اصلی و اثرگذار امید، خوش‌بینی، خودکارآمدی و تاب‌آوری یک انرژی ترکیبی بالاتری را ایجاد می‌کنند. براین مبنا این عوامل تاثیر هم‌افزایی بر یکدیگر دارند. این عوامل در یک فرایند تعاملی و ارزشیابانه، به زندگی فرد معنا بخشیده، تلاش فرد برای تغییر موقعیت‌های فشارزا را تدام می‌بخشند، او را برای ورود به صحنه‌ی عمل آماده نموده و مقاومت و سرسختی وی در تحقق اهداف را تضمین می‌کند^(۵۱). پژوهشگرانی همچون Bakker و همکاران^(۵۲) معتقدند پایین بودن سطح سرمایه روان‌شناختی با افسردگی در ارتباط است؛ این در حالی است که ریشه بسیاری از مشکلات روانی و اجتماعی تنش، استیصال، افسردگی، یاس و ناامیدی، احساس عجز، احساس تنهایی، کاهش تحمل اجتماعی و غیره در پایین بودن میزان سرمایه روان‌شناختی افراد، جوامع و ملت‌ها قرار دارد که با تقویت سرمایه‌ی روان‌شناختی می‌توان با این مشکل مبارزه کرد. چراکه آموزش سرمایه روان‌شناختی می‌تواند به عنوان ابزاری قدرتمند فرد را در برابر طوفان‌های زندگی مقاوم نماید. اصل مهم در مداخله مبتنی بر سرمایه روان‌شناختی این است که این مداخله تنها متکی بر کاهش مشکلات نبوده، بلکه به افراد کمک می‌کند تا بتوانند زندگی کامل‌تر، غنی‌تر و شادتری داشته باشند.

از سوی دیگر راهبردهای افزایش امید در بیماران می‌تواند موجب تغییر در نظام انگیزشی، ایجاد تفکر سازنده، ایجاد هدفمندی و باز نمودن مسرهای جدید تفکر در فرد گردد و بالا رفتن امید پیش‌بینی کننده کاهش افسردگی است. اسنایدر نیز رابطه بین مولفه‌های امید و ملاک‌های افسردگی را مورد توجه قرار داده است. کاهش علاقه و فقدان انرژی بیشترین ارتباط را با انگیزه دارند، از سوی دیگر، خلق افسرده با مسیرها و احساسات بی‌ارزشی و افکار خودکشی با توقف اهداف، رابطه معناداری دارند^(۵۳). افرادی که امید بالا را تجربه می‌کنند، واکنش‌های هیجانی منفی کمتری را نسبت به افراد با امید پایین

نقیبی و همکاران^(۲۸) می‌باشد، این محققین اذعان داشتند که ذهن‌آگاهی منجر به کاهش افسردگی و ادراک درد در بیماران می‌شود و روشی مؤثر در بهبود علائم روان‌شناختی آنهاست. مهم‌ترین محدودیت‌های پژوهش حاضر محدودیت منابع و یافته‌های مطالعاتی مرتبط با سرمایه‌های روان‌شناختی است که تبیین نتایج حاصل از پژوهش را با دشواری مواجه نموده است همچنین پژوهش تنها برای بیماران مبتلا به میگرن صورت پذیرفته است و همین امر تعمیم یافته‌ها به سایر گروه‌های روان‌تنی را با محدودیت مواجه می‌سازد همچنین استفاده از پرسشنامه یعنی یک ابزار خودگزارشی که می‌تواند از عینیت نتایج پژوهش به دلیل سوگیری در پاسخگویی از طرف درمانجویان بکاهد بنابراین پیشنهاد می‌شود ابزارهای تکمیلی دیگر همچون مصاحبه به جهت دستیابی به اطلاعات شخصی بیشتر نیز در فرایند ارزیابی توسط متخصصین در دستور کار سایر متخصصین قرار بگیرد و همینطور پیشنهاد می‌شود این پژوهش برای سایر بیماران روان‌تنی اجرا و نتایج گزارش شود.

نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد تأثیر هر دو مداخله آموزش گروهی سرمایه‌های روان‌شناختی و درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در بهبود افسردگی در بیماران مبتلا به میگرن است. با توجه به یافته‌های پژوهش پیشنهاد می‌شود که رویکرد ترکیبی از سرمایه روان‌شناختی و درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی به درمانگرانی که مشغول به فعالیت در حوزه بیماران مبتلا به میگرن هستند آموزش داده شود. همچنین، پیشنهاد می‌شود تأثیر سرمایه روان‌شناختی و درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر سایر ابعاد و سازه‌های روان‌شناختی این بیماران مورد بررسی قرار بگیرد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله نویسندگان تشکر و قدردانی خود را از مسئولان کلینیک به دلیل معرفی نمونه‌ها به پژوهشگران و از شرکتکنندگان در پژوهش به دلیل مشارکت فعال در پژوهش اعلام می‌کنند.

می‌گیرد؛ بنابراین آموزش ذهن‌آگاهی به افراد می‌آموزد چگونه مهارت‌های عادت‌ی (واقع در موتور مرکزی) را از حالت نیرومندی خارج و منابع پردازش اطلاعات را به طرف اهداف خنثی مانند تنفس یا حس لحظه متوجه کرده و شرایط را برای تغییر آماده نمایند. لذا بکار گرفتن مجدد توجه به این شیوه، از افزایش یا ماندگاری افسردگی جلوگیری می‌کند و چرخه‌های پردازش معیوب کمتر در دسترس قرار می‌گیرند. از این دیدگاه شانس گسترش یا سماجت افسردگی کاهش می‌یابد. همچنین ذهن‌آگاهی از این نظر که توجه و آگاهی فرد را نسبت به احساسات فیزیکی و روانی بیشتر می‌کند و احساس اعتماد در زندگی، دلسوزی عمیق، احساس عشق عمیق به دیگران و پذیرش واقعی رخدادهای زندگی را به دنبال دارد؛ می‌تواند باعث شود که فرد توانایی خود را بشناسد؛ با استرس‌های زندگی مقابله نماید؛ از نظر شغلی موفق و سازنده بوده و به عنوان عضوی از جامعه با دیگران همکاری و مشارکت لازم را داشته باشد؛ زیرا یکی از جنبه‌های مهم درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی آن است که افراد می‌آموزند با هیجانات و افکار منفی مقابله نموده و حوادث ذهنی را بصورت مثبت تجربه کنند. آموزش ذهن‌آگاهی می‌تواند با وجود چنین روش‌های مثبتی نقش مهمی در کاهش افسردگی، اضطراب و ... داشته باشند. در واقع یکی از اثرات ذهن‌آگاهی «نفوذ یا رخنه» ذهن‌آگاهی نام دارد. نفوذ به عنوان افزایش ذهن‌آگاهی در دامنه فعالیت‌های روزانه زندگی است. به عبارت دیگر به رشد تداوم آگاهی در طول روز و افزایش خود به خودی تجربه آگاهی اشاره دارد که بدون قصد قبلی فراهم می‌شود و به اثرات طولانی‌مدت ذهن‌آگاهی روی توجه افراد به محیط پیرامون و اتفاقات روزمره اشاره دارد که فرد با پذیرش و آگاهی هرچه تمام‌تر این رویدادها، سعی در رفع مشکلات روزمره می‌نماید. ذهن‌آگاهی به افراد در تعدیل الگوهای رفتار منفی و افکار اتوماتیک و تنظیم رفتارهای مثبت مرتبط با سلامتی کمک می‌کند و با ترکیب سرزندگی و واضح دیدن تجربیات؛ می‌تواند تغییرات مثبتی را در شادکامی و کاهش افسردگی ایجاد نماید و با جلوگیری از نشخوار فکری باعث گسترش افکار جدید می‌شود؛ این نتایج همسوی با یافته‌ی پژوهشی

References

1. Sharpe L, Dudeney J, de C Williams AC, Nicholas M, McPhee I, Baillie A, et al. Psychological therapies for the prevention of migraine in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2019(7):12-3.
2. Linde M, Gustavsson A, Stovner LJ, Steiner TJ, Barré J, Katsarava Z, et al. The cost of headache disorders in Europe: the Eurolight project. *European journal of neurology*. 2012;19(5):703-11.
3. Zhang Y, Liu Y, Han R, Liu K, Xing Y. Hypochogeticity of the midbrain raphe detected by transcranial sonography: an imaging biomarker for depression in migraine patients. *Therapeutic Advances in Neurological Disorders*. 2021;14:23-4.
4. O'Brien HL, Slater SK. Comorbid Psychological Conditions in Pediatric Headache. *Seminars in Pediatric Neurology*. 2016;23(1):68-70.
5. Chu HT, Liang CS, Lee JT, Yeh TC, Lee MS, Sung YF, et al. Associations between depression/anxiety and headache frequency in migraineurs: a cross-sectional study. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*. 2018;58(3):407-15.
6. Shams S, Heydari S, Hassanzadeh R. Comparison the Effectiveness of Mindfulness and Psychological Well-being Education on Depression and Hope in Patients with Type 2 Diabetes. *Iranian Journal of Nursing Research*. 2021;16(1):39-49 (persian)
7. Khaledian M, Mohammadifar MA. On the Effectiveness of Group Cognitive-Behavioral Therapy and Logotherapy in Reducing Depression and Increasing Life Expectancy in Drug Addicts. *Research on Addiction*. 2016;9(36):63-80 (persian).
8. McCartney M, Nevitt S, Lloyd A, Hill R, White R, Duarte R. Mindfulness-based cognitive therapy for prevention and time to depressive relapse: Systematic review and network meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2021;143(1):6-21.
9. Zou H, Chair S, Cao X. P191 The effectiveness of mindfulness-based interventions on perceived stress, depression and anxiety in patients with coronary heart disease: A systematic review and meta-analysis. *European Heart Journal*. 2020;41(Supplement_1):ehz872. 066.
10. Luthans F, Youssef CM, Avolio BJ. *Psychological capital and beyond*: Oxford University Press, USA; 2015.
11. Neisi A, Arshadi N, Rahimi E. The causal relationship between psychological capital and positive emotions, psychological well-being, job performance and job commitment. *Psychological achievements (educational sciences and psychology)*. 1390;18(1):-
12. Song R, Sun N, Song X. The efficacy of psychological capital intervention (PCI) for depression from the perspective of positive psychology: A pilot study. *Frontiers in psychology*. 2019:1816.
13. Liu L, Hu S, Wang L, Sui G, Ma L. Positive resources for combating depressive symptoms among Chinese male correctional officers: perceived organizational support and psychological capital. *BMC psychiatry*. 2013;13(1):1-9.
14. Shabani M, Najat H, Saffarian MR. Comparison of the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy and a quality of life-based therapy on rumination in patients with migraine. *International Journal of Basic Science in Medicine*. 2019;4(2):61-8 (persian).
15. Simshäuser K, Pohl R, Behrens P, Schultz C, Lahmann C, Schmidt S. Mindfulness-Based Cognitive Therapy as Migraine Intervention: a Randomized Waitlist Controlled Trial. *International Journal of Behavioral Medicine*. 2022;29(5):597-609.
16. Teasdale JD, Williams JMG, Segal ZV. *The mindful way workbook: An 8-week program to free yourself from depression and emotional distress*: Guilford Publications; 2014.
17. Abaee niasar N, Atashpour H. Thesis on the impact of group training of psychological capital with the role of modulating social relationships on components of psychological capital, stress and happiness in vulnerable women in Khomeinishahr. *Journal of Faculty of Educational Sciences, Isfahan Azad University*. 2016:102 (persian).
18. Goldman RH, Klughaupt M, Metcalf Thomas,

- Spivack AP, Harrison DC. Measurement of central venous oxygen saturation in patients with myocardial infarction. *Circulation*. 1968;38(5):941-6.
19. Richter P, Werner J, Heerlein A, Kraus A, Sauer H. On the validity of the Beck Depression Inventory. *Psychopathology*. 1998;31(3):160-8.
 20. Beck AT, Steer RA, Carbin MG. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical psychology review*. 1988;8(1):77-100.
 21. Ajori, Maral, Amiri, Hasan, hoseini, sadatAfsharinia S, et al. The effectiveness of group cognitive-behavioral couple therapy on the quality of marital relationships, marital intimacy, marital depression of betrayed women. *Applied family therapy*. 2022;2(4):52-70 (persian).
 22. Alizadehfard S. The effectiveness of Dialectical Behavior Therapy on depression, stress, anxiety and symptoms of migraine. *International Journal of Psychology (IPA)*. 2019;13(2):229-57 (persian).
 23. Luthans F, Youssef-Morgan CM. Psychological capital: An evidence-based positive approach. *Annual review of organizational psychology and organizational behavior*. 2017;4:339-66.
 24. Bakker DJ, Lyons ST, Conlon PD. An exploration of the relationship between psychological capital and depression among first-year doctor of veterinary medicine students. *Journal of Veterinary Medical Education*. 2017;44(1):50-62.
 25. Snyder CR. *Handbook of hope: Theory, measures, and applications*: Academic press; 2000.
 26. Snyder C, Lehman KA, Kluck B, Monsson Y. Hope for rehabilitation and vice versa. *Rehabilitation Psychology*. 2006;51(2):89.
 27. Reich JW, Zautra AJ, Hall JS. *Handbook of adult resilience*: Guilford Press; 2010.
 28. Naghibi F, Ahadi H, Tajeri B, Seairafi MR. Effectiveness of Mindfulness-Based Stress Reduction training on psychological symptoms, pain in patients with thalassemia major. *Advances in Cognitive Sciences*. 2020;22(2):45-53 (persian).