



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

Ali sadeghi¹ , Ahmad Ghazanfari^{2*} , 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 years, psychological treatments for acute biological patients, along with other drug treatments, have been the answer to patients' psychological problems. The present study aimed to compare the effectiveness of group training of psychological capitals with cognitive therapy based on mindfulness on the psychosomatic symptoms of migraine patients in Isfahan city.

Material and Methods: The design of this research was a semi-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 purposeful sampling 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 analysis of variance with repeated measurements.

Results: The difference in the psychosomatic symptoms 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 mindfulness based cognitive therapy and psychological capital training on the psychosomatic symptoms of migraine patients, these treatments become an effective factor in improving the symptoms of these patients.

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

►Please cite this paper as:

Sadeghi A, Ghazanifar A, Mashhadizadeh SH, Sharifi T [Comparing the effectiveness of group training of psychological capitals with mindfulness based cognitive therapy on the psychosomatic symptoms of migraine patients in Isfahan city (Persian)]. J Anesth Pain 2023; 14(3): 27-38.

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 ۳، پاییز ۱۴۰۲

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

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

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

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۵/۲۷

تاریخ بازبینی: ۱۴۰۲/۵/۵

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۴/۲۶

چکیده

زمینه و هدف: درمان‌های روانشناختی سالها برای بیماران حاد زیستی در کنار سایر درمان‌های دارویی جواب‌گویی مشکلات روانشناختی بیماران بوده است. پژوهش حاضر باهدف مقایسه اثربخشی آموزش گروهی سرمایه‌های روان‌شناختی با شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر نشانه‌های روان‌تنی 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 هدفمند 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 آزمون غربالگری نشانه‌های روان‌تنی بوده و داده‌ها با استفاده از آنالیز واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر تجزیه و تحلیل شدند.

نتایج: تفاوت نمرات نشانه‌های روان‌تنی 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 ۳/۵۷ درصد است.

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

واژه‌های کلیدی: نشانه‌های روان‌تنی، آموزش گروهی سرمایه‌های روان‌شناختی، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، میگرن

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

پست الکترونیک: aghazan5@yahoo.com

مقدمه

با توجه به اینکه امروزه آدمی را یک واحد جسمانی-روانی-اجتماعی می‌دانند که اثرات مداوم و متقابلی بر روی هم دارند. پیوستگی و یکپارچگی روان و تن و اثرات متقابل آن برهم، رشته جدیدی در پزشکی به نام پزشکی ایجاد است، عوامل استرس‌زا ممکن است به پاسخ‌های روانی متعدد مانند اضطراب، افسردگی، ناامیدی، بی‌قراری و احساس ناتوانی عمومی و همچنین نشانه‌های جسمانی در سازش یافتگی با جهان منجر شوند^(۱). محققان دیگر چون Polk^(۲) و همکاران نیز مواردی از قبیل زخم معده، دیابت، آسم، اختلال‌های پوستی، بیخوابی، سندرم روده تحریک پذیر، اضطراب عملکرد، بیماری‌های کرونر قلبی، سردرد میگرنی، سردرد عصبی، آرتریت روماتوئید، تبخال‌های عفونی و ویروسی، فلج اطفال، عفونت‌های ادراری تناسلی، سرماخوردگی، ذات‌الریه، تب مالت، تومور، یادزدودگی، وسعت هراسی، افزایش کلسترول خون، تندخوئی‌ها و ریزش مو را به فهرست بیماری‌های ناشی از استرس که منجر به نشانه‌های روان‌تنی می‌شوند افزوده‌اند.

هرچند انواع مختلف سردردها شناسایی شده‌اند، شایع‌ترین آنها میگرن و سردرد تنشی است^(۳) به اعتقاد Anheyer^(۴) و همکاران شایع‌ترین نوع سردرد میگرن بوده و سردردی معمولاً یک‌طرفه و با کیفیتی ضربان‌دار است. اغلب با تهوع، استفراغ، صوت‌هراسی، نورهراسی و بی‌حالی همراه می‌باشد و خلق، اشتها و یا شناخت فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهند. Zhang و همکاران^(۵) نشان دادند که عوارض جسمانی ناشی از میگرن و ابتلای به نشانه‌های تنانه دیگر یکی از دلایل اساسی در بررسی این اختلال است^(۶، ۷)؛ بنابراین تأییدشده است که انواع نشانه‌های روان‌تنی، یکی از شایع‌ترین مشکلات در بیماران مبتلا به میگرن است. به‌طور کلی میگرن و نشانه‌های روان‌تنی اثر متقابل دارند.

میگرن یک بیماری شایع است که براساس بررسی‌های پاراکلینیکی می‌توان ادعان 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^(۸). Lind و همکاران^(۹) 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 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. شناخت‌درمانی 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 می‌کنند که با روشی مشابه روش ثبت افکار در درمان شناختی انجام می‌شود. باین‌حال 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^(۱۰-۱۳). همچنین مهارت‌ها و توانایی‌های افراد برای مقابله با فشارهای روانی می‌توانند موجب کاهش یا افزایش اثرات زیان‌آور 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 استرس‌سورهای 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^(۱۴)، چرا که این راهبرد یک حالت روان‌شناختی مثبت‌نگر رشد‌پذیر است که با ویژگی‌هایی همچون داشتن اعتماد به نفس برای موفقیت در کارهای چالش‌انگیز (خودکارآمدی)؛ پافشاری در رسیدن و مسیره‌های موفقیت (خوش‌بینی)؛ پافشاری در رسیدن و مسیره‌های 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^(۱۵). این روش بر مشکلات روان‌شناختی درمانجویان نیز اثربخشی بالایی را نشان داده است^(۱۶، ۱۷). پژوهش‌های اندکی در مورد تأثیر گذاری درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و آموزش سرمایه‌های روان‌شناختی بر نشانه

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^(۱۸) 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 آنلاین هفتگی ۸ جلسه‌ای نمود دقیقه‌ای شناختی درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی که توسط Teas-dale و همکاران^(۲۰) مورد تأیید است قرار گرفتند (جدول ۱) و شرکت‌کنندگان گروه آزمایش دوم تحت ۱۴ جلسه‌ی شصت دقیقه‌ای آموزش گروهی و هفتگی سرمایه‌های روانشناختی که توسط آباپی و همکاران^(۲۱) 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 هیلنسکی 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.

آزمون غربالگری نشانه‌های روان‌تنی (Soms-7): این آزمون یک مقیاس ۵۳ آیتمی است که برای ارزیابی علائم جسمانی و همچنین، ارزیابی اثر درمان در بیماران مبتلا به اختلالات روان‌تنی مورد استفاده قرار می‌گیرد. این پرسشنامه شامل تمام ابعاد نشانگان روان‌تنی می‌باشد و علائم و نشانه‌های بیماران را در هفت روز ارزیابی می‌کند. شدت علائم و نشانه‌ها براساس معیار درجه‌بندی از صفر برای کمترین شدت تا ۴ برای بیشترین شدت تنظیم شده است. در مطالعه Hiller و Rief^(۲۲) که روان‌سنجی پرسشنامه از طریق مصاحبه بالینی با بیماران و گزارش علائم توسط

های روان‌تنی 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 نشانه‌های روان‌تنی بیماران مبتلا به میگرن می‌پردازد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی بود. طرح نیمه‌آزمایشی پژوهش حاضر پیش‌آزمون، پس‌آزمون، پیگیری با گروه گواه شامل مراحل اجرایی زیر بود: ۱. انتخاب به‌صورت هدفمند 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. درنهایت 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

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 و یک 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 نشانه‌های روان تنی 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.

خود بیماران انجام شد، حساسیت و اطمینان بالایی گزارش گردید؛ بطوری که پایایی و روایی پرسشنامه غربال‌گری نشانگان روان‌تنی به ترتیب ۰/۸۵ و ۰/۷۵ بدست آمده است. پایایی این آزمون توسط ابراهیمی و همکاران^(۳۳) صورت گرفت و ضریب آلفای کرونباخ را ۰,۹۳ گزارش کردند. قبل از شروع مداخله، از افراد شرکت‌کننده فرم رضایت شرکت آگاهانه و آزادانه در پژوهش به صورت کتبی اخذ گردید. قبل از اجرای مداخله یک جلسه‌ی توجیهی برای درمان‌جویان شرکت‌کننده در پژوهش به منظور ارائه توضیحاتی در خصوص پژوهش، اهداف و ضرورت آن و نحوه‌ی اجرای طرح برگزار گردید. همچنین به شرکت‌کنندگان در مورد محرمانه ماندن اطلاعات حاصل از پژوهش اطمینان داده شد. هرگونه انتشار داده‌ها یا اطلاعات به دست آمده از شرکت‌کنندگان در تحقیق و نتایج مطالعه براساس رضایت آگاهانه آن‌ها انجام گرفت 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

جدول ۱: خلاصه جلسات درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی

جلسه	شرح جلسات (هدف و موضوع)
۱	۱. معرفی شرکت‌کنندگان 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 تمرین‌های حرکات ذهن آگاهی. ۴. تکالیف: مدیتیشن نشسته، اسکن بدن، تمرین ۳ دقیقه‌ای فضای تنفسی
۴	۱. مدیتیشن نشسته همراه با توجه به تنفس. ۲. بحث در مورد پاسخ‌های استرس و واکنش یک فرد به موقعیت‌های 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 دقیقه‌ای (در یک رویداد ناخوشایند)
۵	۱. انجام مدیتیشن نشسته. ۲. ارائه و اجرای حرکات ذهن آگاه بدن. ۳. تکالیف: مدیتیشن نشسته، فضای تنفسی سه دقیقه‌ای در یک رویداد ناخوشایند و ذهن آگاهی یک فعالیت جدید روزمره.
۶	۱. تمرین فضای تنفسی سه دقیقه‌ای. ۲. بحث در مورد تکالیف خانگی. ۳. ارائه تمرینی با عنوان "خلق، فکر، دیدگاه‌هایی جداگانه". ۴. پذیرش احساسات به عنوان احساس. ۵. تکالیف: انتخاب ترکیبی از مدیتیشن‌ها که ترجیح شخصی باشد به علاوه انجام فضای تنفسی سه دقیقه‌ای در یک رویداد ناخوشایند و ذهن آگاهی یک فعالیت جدید روزمره
۷	۱. مدیتیشن چهار بعدی. ۲. تمرین جلسه: بهترین راه مراقبت از خودم چیست. ۳. آموزش پذیرش بدون قضاوت و داوری. ۴. تکالیف: مدیتیشن، تمرین تنفسی سه دقیقه‌ای در یک رویداد ناخوشایند، ذهن آگاهی یک فعالیت روزمره ی جدید.
۸	۱. اسکن بدن. ۲. تمرین فضای تنفسی سه دقیقه‌ای. ۳. بحث در مورد روش‌های 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 مثبت نگار- تاثیر روانشناسی مثبت نگار در افزایش مقاومت سازی افراد- تبادل نظر در زمینه ی تاثیر سرمایه روان‌شناختی در کاهش رفتارهای منحرفانه
۲	توضیح و بررسی مجدد سرمایه های روانشناختی- توضیح در مورد خوشبینی به عنوان اولین مولفه سرمایه روانشناختی- دریافت تجربه های افراد از تجربه های مرتبط با دوره‌های بدبینی و خوشبینی- توضیح در مورد جلوه های خوشبینی- روشهای افزایش خوشبینی- دادن تکلیف برای افزایش خوشبینی در طول هفته و برخورد در موقعیتهای مختلف زندگی
۳	تبادل تجربه های افراد در خصوص خوشبینی هایی که داشتند- تبادل تجربه های افراد در خصوص بدبینی هایی 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 برانگیزاننده ی خوشبینی و بد بینی افراد- تبادل نظر در مورد عوامل محافظت کننده 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 سرمایه ی روانشناختی(امیدواری)- بررسی برداشت افراد از امیدوار بودن- تبادل نظر در مورد عوامل ناامید کننده
۶	بررسی تاثیر عامل ناامیدی در بروز رفتارهای انحرافی - روشهای افزایش امیدواری- تمرین جمعی افراد برای تقویت روشهای صحیح امیدوار شدن
۷	بررسی روشهای مقابله ای افراد برای حفظ امیدواری خود- فعالیت جمعی و مشترک برای ایجاد شعارهای امیدوار کننده در زندگی- تکلیف دهی برای جمع آوری سخنان بزرگان برای افزایش امیدواری نسبت به زندگی و آینده
۸	بررسی تجربه هی گذشته و معرفی سومین مولفه ی سرمایه ی روانشناختی (تاب آوری)- تبادل تجربیات افراد در خصوص شرایط سخت زندگی و نحوه کنار آمدن با آنها- بررسی شیوه‌های مقابل افراد برای مواجه شدن با ناکامی ها- جلوه های مختلف تاب آوری
۹	بررسی ویژگیهای افراد تاب آور- تبادل تجربه های 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 تعهدات افراد در زندگیشان.
۱۱	بررسی ترس های افراد در مواجه شدن با مشکلات- بررسی شیوه‌های مناسب مقابل با شکست- بررسی تجربه های افراد در کسب حمایت‌های اجتماعی برای مقابل با مشکلات
۱۲	بررسی تجربیات افراد از فعالیت‌های گذشته- معرفی چهارمین مولفه ی سرمایه‌ی روانشناختی تحت عنوان خودکار آمدی- بررسی ویژگیهای افراد خود کار آمد.
۱۳	عملیاتی کردن رفتارهای خود کار آمد در زندگی شخصی و خانوادگی افراد- پیدا کردن ضعف ها و ناتوانیهای خود- بررسی راه حل هایی برای مقابل با ناتوانی ها.
۱۴	بررسی تجربه‌های گذاشته 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 گروه های 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 آزمون‌های دو گروه آزمایش و کنترل در بیماران مبتلا به میگرن شهر اصفهان سال ۱۴۰۰ (n=۵۴)

معنی داری	آماره	گروه کنترل		گروه ذهن‌آگاهی		گروه سرمایه‌های روان‌شناختی		جمعیت شناختی
		درصد فراوانی	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی	
		۱۳/۰	۷	۷/۴	۴	۹/۳	۵	کمتر از ۲۵ سال
۰/۷۱۷	۳/۷	۱۱/۱	۶	۱۴/۸	۸	۱۳/۰	۷	جنس ۲۶ تا ۳۰ سال
		۳/۷	۲	۹/۳	۵	۵/۶	۳	۳۱ تا ۳۵ سال
		۵/۶	۳	۱/۹	۱	۵/۶	۳	۳۶ سال به بالا
		۷/۴	۴	۹/۳	۵	۵/۶	۳	دولتی
۰/۹۹۲	۰/۸۰۷	۹/۳	۵	۹/۳	۵	۱۱/۱	۶	اشتغال آزاد
		۷/۴	۴	۵/۶	۳	۷/۴	۴	دانشجو
		۹/۳	۵	۹/۳	۵	۹/۳	۵	خانه دار
		۵/۶	۳	۵/۶	۳	۳/۷	۲	دیپلم
۰/۹۷۴	۱/۲۶	۵/۶	۳	۹/۳	۵	۹/۳	۵	تحصیلات کاردانی
		۱۱/۱	۶	۱۱/۱	۶	۱۱/۱	۶	کارشناسی
		۱۱/۱	۶	۷/۴	۴	۹/۳	۵	ارشد و بالاتر
۰/۵۷۴	۲/۱۱	۱۳/۰	۷	۱۴/۸	۸	۹/۳	۵	سن مرد
		۲۰/۴	۱۱	۱۸/۵	۱۰	۲۴/۱	۱۳	زن

جدول ۴: یافته‌های توصیفی میانگین و انحراف استاندارد مقیاس نشانه‌های روان‌تنی 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	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
نشانه‌های روان‌تنی	پیش‌آزمون	۱۴۰/۸۳	۱۶/۱۵	۱۴۰/۱۶	۱۸/۹۶	۱۴۲/۸۳	۱۶/۲۴
	پس‌آزمون	۱۱۹/۵	۱۴/۵۹	۹۸/۱۷	۱۹/۹۵	۱۴۷/۱۷	۱۹/۰۹
	پیگیری	۱۱۴/۳۳	۱۸/۰۲	۹۱/۶۷	۱۹/۹	۱۵۱/۱۷	۲۰/۸۹

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 $F=۰/۹۴۶$ و $F=۰/۵۳۴$ و $P=۰/۱۴۱۴$ و $P=۰/۳۹۵$ و همسانی واریانس در جامعه تأیید می‌شود ($p > ۰/۰۵$) همچنین مقدار معناداری در آزمون شاپیرو ویک برای تمامی متغیرها بیشتر از $۰/۰۵$

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

مرحله از پژوهش در سه گروه معنی دار است که نشان می دهد روند تغییر نمرات در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در سه گروه با هم تفاوت معنی داری دارند و میزان تفاوت گروه ها در مراحل پژوهش برابر با ۰/۵۷۳ یا ۵۷/۳ درصد است.

همچنین نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی در جدول ۶ نشان داد که تفاوت میانگین نمرات نشانه های روان تنی در گروه های مداخله (سرمایه های روانشناختی و ذهن آگاهی) در مرحله پیش آزمون با پس آزمون و هم چنین پیش آزمون با پیگیری معنی دار است ($p < 0/001$)؛ اما تفاوت میانگین نمرات پس آزمون و پیگیری در این گروه ها معنی دار به دست نیامده است ($p > 0/05$). همچنین براساس میانگین نمرات می توان به برتری گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی نسبت به آموزش سرمایه های روانشناختی در مرحله پس آزمون و پیگیری اشاره کرد.

است بنابراین فرض نرمال بودن توزیع مولفه های مربوط در جامعه پذیرفته می شود ($p > 0/05$) برای بررسی یکنواختی کوواریانس ها یا برابری کوواریانس ها با کوواریانس کل از آزمون موخلی استفاده شد که آماره سازه نشانه های روانتنی ۰/۸۲۴ و معناداری بالاتر از ۰/۰۵ گزارش شده است. همچنین براساس نتایج تحلیل واریانس با اندازه های مکرر در جدول ۵ در هر چهار آزمون در اندازه های تکراری بین میانگین نمرات نشانه های روان تنی 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 نشانه های روان تنی در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در کل نمونه پژوهش برابر با ۰/۵۶۲ یا ۵۶/۲ درصد و معنی دار است همچنین تفاوت نمرات این متغیر در سه

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

منبع	آزمون	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی داری	اندازه اثر	توان آماری
اثر زمان	فرض کرویت	۱۵۹۶۸/۴۴	۲	۷۹۸۴/۲۲	۶۵/۴۴	۰/۰۰۱	۰/۵۶۲	۱/۰۰۰
	گرین هاوس گیزر	۱۵۹۶۸/۴۴	۱/۷	۹۳۸۷/۵۸	۶۵/۴۴	۰/۰۰۱	۰/۵۶۲	۱/۰۰۰
	هاین فلت	۱۵۹۶۸/۴۴	۱/۸۲	۸۷۶۱/۰۹	۶۵/۴۴	۰/۰۰۱	۰/۵۶۲	۱/۰۰۰
	حد پایین	۱۵۹۶۸/۴۴	۱	۱۵۹۶۸/۴۴	۶۵/۴۴	۰/۰۰۱	۰/۵۶۲	۱/۰۰۰
اثر زمان × گروه	فرض کرویت	۱۶۷۱۲/۲۲	۴	۱۴۷۸/۰۶	۳۴/۲۴	۰/۰۰۱	۰/۵۷۳	۱/۰۰۰
	گرین هاوس گیزر	۱۶۷۱۲/۲۲	۳/۴	۴۹۱۲/۴۲	۳۴/۲۴	۰/۰۰۱	۰/۵۷۳	۱/۰۰۰
	هاین فلت	۱۶۷۱۲/۲۲	۳/۶۴	۴۵۸۴/۵۸	۳۴/۲۴	۰/۰۰۱	۰/۵۷۳	۱/۰۰۰
	حد پایین	۱۶۷۱۲/۲۲	۲	۸۳۵۶/۱۱	۳۴/۲۴	۰/۰۰۱	۰/۵۷۳	۱/۰۰۰

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

گروه	مراحل	تفاوت میانگین	معنی داری
سرمایه های روانشناختی	پس آزمون	۲۱/۳۳	۰/۰۰۱
	پیش آزمون		
	پیگیری	۲۶/۵	۰/۰۰۱
	پیگیری	۵/۱۷	۰/۲۴۹
درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی	پس آزمون	۴۲	۰/۰۰۱
	پیش آزمون		
	پیگیری	۴۸/۵	۰/۰۰۱
	پیگیری	۶/۵	۰/۱۲۷
کنترل	پس آزمون	-۴/۳۳	۰/۳۹۱
	پیش آزمون		
	پیگیری	-۸/۳۳	۰/۱۶۷
	پیگیری	-۴	۰/۵۰۳

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 نشانه‌های روان‌تنی 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 منفلانانه در مواجهه با رویدادهای تنیدگی‌زا از رویارویی فعال، متمرکز و تکلیف‌مدار استفاده می‌کنند^(۲۸). 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 زندگی‌اش‌یابد؛ و همین چرخه مثبت عاملی مؤثر در جهت کاهش نشان‌های روان‌تنی در بیماران مبتلا به میگرن بوده است.

Grözinger^(۲۹) و همکاران همچنین از طریق آموزش گروهی سرمایه روان‌شناختی، افراد برای تجربه عواطف عمیق احساس آزادی می‌کنند و دارای قابلیت نظم‌بخشی به هیجانات (به واسطه افزایش خوش‌بینی امید تاب‌آوری و خودکارآمدی) بوده و به‌طور آزادانه به آن‌ها دسترسی دارند، آن‌ها قادرند افکار شخصی خود را شناسایی و ابراز کنند. شناسایی هیجانات و ابراز سازگارانه آن به دور از فاجعه‌سازی این هیجانات منجر به جلوگیری از سرکوب این احساسات آسیب‌زننده میشود که این امر باعث کاهش نشانه‌های تنی در بیماران می‌شود. بیرامی^(۳۰) معتقد است که یکی از مشکلات اساسی در بیماران روان‌تنی نادیده گرفتن مشکلات روان‌شناختی در آنهاست که اساساً منبع بسیاری از ناتوانی‌ها، آسیب‌های اجتماعی و پایین آمدن کیفیت زندگی در آنهاست. این در حالیست که توانمندی‌های افراد متأثر از باورهای است که دارند نه قابلیت‌های واقعی آنها، افراد زمانی که تحت آموزش سرمایه روان‌شناختی قرار می‌گیرند سطوح بالاتری از خودکارآمدی را در خود می‌پروراندند و همین سطح بالاتر خودکارآمدی می‌تواند بر اضطراب، ناراحتی،

بحث

هدف از پژوهش حاضر مقایسه‌ی اثر بخشی آموزش گروهی سرمایه‌های روان‌شناختی با شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر نشانه‌های روان‌تنی بیماران مبتلا به 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 نشانه‌های روان‌تنی در بیماران مبتلا به میگرن در مرحله پس‌آزمون و باقی ماندن اثرات این مداخلات در مرحله پیگیری، بین اثربخش این دو مداخله در بهبود افسردگی تفاوت معنی داری وجود دارد به گونه‌ای که درمان ذهن آگاهی در این زمینه اثربخش‌تر از آموزش گروهی سرمایه‌های روان‌شناختی است؛ که همسوی با یافته‌های این نتایج همسوی با یافته‌های پژوهشی سبحانی^(۲۴) و همکاران، کی‌سنگ^(۲۵) و همکاران است.

در تبیین این یافته‌ی پژوهشی می‌تواند ادعان 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 تأثیر 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 مقامت و سرسختی وی در تحقق اهداف را تضمین می‌کند^(۲۶). 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 استرس و در نتیجه کاهش نشانه‌های روان‌تنی است. افرادی که امید بالا را تجربه می‌کنند، واکنش‌های هیجانی منفی مثل سرکوب احساسات کمتری را نسبت به افراد با امید پایین 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 جایگزین جهت اهداف اولیه‌شان از مهارت بالاتری برخوردار هستند^(۲۷). همچنین سلیگمن بر این باور است که افراد امیدوار، سطح بالاتری از

می‌گذرد یکی ندانند و بفهمند که این افکار فقط فکرنند و اصلاً واقعیت نیستند. به این ترتیب افکار قدرت خود را از دست می‌دهند و در نتیجه آن اضطراب و نگرانی هم کاهش می‌یابد^(۳۴) و با کاهش اضطراب که تشدید کننده اختلالات روان تنی است علایم آن کاهش می‌یابد. هر نوع تلاش برای متوقف کردن نگرانی باعث افزایش نگرانی می‌شود. افراد با ذهن آگاه‌تر شدن، می‌توانند رابطه خود با افکارشان را عوض کنند و نسبت به آن‌ها مهربان‌تر و صمیمی‌تر گردند و به جای حذف افکارشان آن‌ها را بپذیرند^(۳۵).

نتیجه گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد تأثیر هر دو مداخله آموزش گروهی سرمایه‌های روان‌شناختی و درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در بهبود نشانه‌های روان تنی 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.

افسردگی و علائم روان تنی فائق آید و متعاقباً ادراک درد ناشی از بیماری را کاهش خواهد داد.

در راستای تبیین نقش درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش نشانگان روان تنی سید آسیابان^(۳۱) و همکاران در پژوهشی تحت عنوان مقایسه اثربخشی طرح‌واره درمانی و ذهن‌آگاهی بر علائم روان تنی در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد محرک نشان دادند طرح‌واره درمانی و ذهن‌آگاهی در پیشگیری از عود مصرف مواد محرک موثرند، این محققین نشان دادند که مکانیسم اصلی درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی خودکنترلی توجه است؛ آموزش ذهن‌آگاهی مستلزم یادگیری فرآشناختی و استراتژی‌های رفتاری جدید برای متمرکز شدن روی توجه، جلوگیری از نشخوارهای فکری و گرایش به پاسخ‌های نگران‌کننده است و باعث گسترش افکار جدید و دریافت‌های جدید، اضطراب کمتر و در نتیجه کاهش علائم روان تنی ناخوشایند است^(۳۲). ذهن‌آگاهی به فرد یاری می‌دهد تا این نکته را درک کند که هیجان‌های منفی ممکن است رخ دهد، اما آن‌ها جزء ثابت و دائمی شخصیت نیستند. همچنین به فرد این امکان را می‌دهد تا به جای آنکه پاسخدهی غیرارادی و بی‌تأمل به رویدادها، با تفکر و تأمل پاسخ دهند^(۳۳). از طرفی می‌توان گفت: ذهن‌آگاهی به جای قفل کردن روی اتفاقات شوم آینده روی همین‌الان و همین‌جا تمرکز کنید و بدون هیچ پیش‌داوری لحظات اکنون را برای افراد تجربه می‌کند. به این ترتیب آزمودنی‌ها شروع به رهایی خود از ذهن آینده بین می‌کنند و به خود اجازه می‌دهند تا دنیای قابل حس زنده در اطرافشان مشاهده کنند. ذهن‌آگاهی افراد را قادر می‌سازد تا از محتویات ذهن و احساس خود فاصله بگیرند. با ذهن‌آگاهی افراد یاد می‌گیرند که خودشان را با افکاری که از ذهنشان

References

1. Avona A, Mason BN, Lackovic J, Wajahat N, Motina M, Quigley L, et al. Repetitive stress in mice causes migraine-like behaviors and calcitonin gene-related peptide-dependent hyperalgesic priming to a migraine trigger. *Pain*. 2020;161(11):2539-50.
2. Polk AN, Protti TA, Smitherman TA. Allodynia and disability in migraine: the mediating role of stress. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*. 2020;60(10):2281-90.
3. An Y-C, Liang C-S, Lee J-T, Lee M-S, Chen S-J, Tsai C-L, et al. Effect of sex and adaptation on migraine frequency and perceived stress: a cross-sectional case-control study. *Frontiers in Neurology*. 2019;10:598.
4. Anheyer D, Leach MJ, Klose P, Dobos G, Cramer H. Mindfulness-based stress reduction for treating chronic headache: A systematic review and meta-analysis. *Cephalalgia*. 2019;39(4):544-55.
5. Zhang Y, Liu Y, Han R, Liu K, Xing Y. Hypoechoogenicity 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.
6. O'Brien HL, Slater SK. Comorbid Psychological Conditions in Pediatric Headache. *Seminars in Pediatric Neurology*. 2016;23(1):68-70.
7. 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.
8. 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.
9. 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.
10. 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)
11. 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).
12. 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.
13. 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.
14. Luthans F, Youssef CM, Avolio BJ. *Psychological capital and beyond*: Oxford University Press, USA; 2015.
15. 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):-
16. 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.
17. 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.
18. 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).
19. 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.
20. 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.
21. 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).
22. Rief W, Hiller W. A new approach to the assessment of the treatment effects of somatoform disorders. *Psychosomatics*. 2003;44(6):492-8.
 23. Ebrahimi A, Rief W, Mirshahzadeh P, Zanjani HA, Dehsorkhi HN, Roohafza H, et al. Psychometric properties of the Persian version of screening for Somatic Symptom Disorders-7 (SOMS-7). *Iran J Psychiatry*. 2018;13(4):264.
 24. Sobhani E, Babakhani N, Alebouyeh MR. The effectiveness of mindfulness-based stress reduction on the depression, anxiety, stress, and pain perception in females with obstructed labour-induced chronic low back pain. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2019;25(3):266-77.
 25. Kessing L, Andersen P. Evidence for clinical progression of unipolar and bipolar disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2017;135(1):51-64.
 26. Luthans F, Youssef-Morgan CM. Psychological capital: An evidence-based positive approach. *Annual review of organizational psychology and organizational behavior*. 2017;4:339-66.
 27. Snyder C, Lehman KA, Kluck B, Monsson Y. Hope for rehabilitation and vice versa. *Rehabilitation Psychology*. 2006;51(2):89.
 28. Reich JW, Zautra AJ, Hall JS. *Handbook of adult resilience*: Guilford Press; 2010.
 29. Grözinger A-C, Wolff S, Ruf PJ, Moog P. The power of shared positivity: organizational psychological capital and firm performance during exogenous crises. *Small Business Economics*. 2022;58(2):689-716.
 30. Bayrami M, Movahedi M, Movahedi Y, Azizi A, Rahimi A. The role of personality factors in predicting migraine symptoms in nurses. *Iran Journal of Nursing*. 2013;26(84):71-9.
 31. SeyedAsiaban S, Manshaee GR, Askari P. Compare the effectiveness of schema therapy and mindfulness on psychosomatic symptoms in people with substance abuse stimulants. *Scientific Quarterly Research on Addiction*. 2017;10(40):181-99.
 32. Bassak Nejad S, Aghajani Afjadi A, Zargar Y. The effectiveness of cognitive group therapy based on mindfulness on sleep quality and life quality in female university students. *Psychological Achievements*. 2011;18(2):181-98.
 33. Emanuel AS, Updegraff JA, Kalmbach DA, Ciesla JA. The role of mindfulness facets in affective forecasting. *Personality and Individual Differences*. 2010;49(7):815-8.
 34. Musa ZA, Lam SK, Mamat FB, Yan SK, Olalekan OT, Geok SK. Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on the management of depressive disorder: Systematic review. *International Journal of Africa Nursing Sciences*. 2020;12:100200.
 35. Newland P, Bettencourt BA. Effectiveness of mindfulness-based art therapy for symptoms of anxiety, depression, and fatigue: A systematic review and meta-analysis. *Complementary Therapies in Clinical Practice*. 2020;41:101246.